



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI

**studijní opora k předmětu
pro studenty kombinované formy studia
oboru Sociální komunikace v neziskovém sektoru**

Doporučený semestr:	šestý
Prerekvizita:	není
Navazující předmět:	není
Ukončení předmětu:	zkouška
Garant předmětu:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Úvod do studia předmětu

Cíle předmětu

Cílem předmětu je **seznámit studenty se základními tématy psychologie zdraví a nemoci a možnostmi aplikace v profylaxi, terapii a rehabilitaci** a v programech podpory zdraví u vybraných skupin populace. V praktické rovině osvědčit schopnost samostatně sestavit a realizovat intervenční program u vybrané cílové skupiny populace. **Doplnit poznatky sociální patologie o základní témata současné psychologie zdraví a pozitivní psychologie.**

Osnova předmětu

1. Předmět psychologie zdraví, vývoj medicínského myšlení, hlavní modely zdraví nemoci 20. a 21. století, holistický přístup ke zdraví a nemoci. Salutogeneze. Pozitivní psychologie. Program Zdraví pro 21. století.
2. Biopsychosociální faktory ovlivňující zdraví a nemoc, náročné situace a závažné životní události, mikrostressory, pracovní zátěž, socioekonomický gradient a zdraví. Strategie zvládnání stresu.
3. Psychosociální rizikové faktory, základní problémy psychosomatiky, multikauzální etiologie onemocnění, psychoneuroimunologie, komplexní léčba onemocnění, léčebné společenství, prevence a rehabilitace.
4. Nemoc jako náročná životní situace, chronické onemocnění, zvládnání nemoci. Osobnostní zdroje zvládnání, resilience, percipovaná sociální opora, rodinný systém, rodinný stres a rodinná resilience, subjektivní kvalita života.
5. Psychosomatický pacient z pohledu salutogeneze, základní psychosomatická péče, psychologická péče o psychosomaticky nemocné.
6. Duševní hygiena u pomáhajících profesí, rizikové a protektivní faktory. Psychické důsledky výkonu profese. Duševní krize, akutní krize, chronická krize. Syndrom vyhoření, chronický únavový syndrom. Možnosti prevence.
7. Metody psychosociální intervence v prevenci a podpoře zdraví.

Literatura

Základní literatura:

HAVLÍNOVÁ, M. a kol. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 1 vyd. Praha: Portál, 1998, 280 s. ISBN 80-7178-263-7.

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 978-80-24714-24-0

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. 258 s. ISBN 80-200-1307-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-2470-179-0

MAREŠ, J., a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 152 s. ISBN 80-86225-19-4

PAYNE J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
PELČÁK, S. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 206 s. Recenzované monografie; 37. ISBN 978-80-7435-342-0.
SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.
SLEZÁČKOVÁ A. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-1
ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

Rozšiřující literatura:

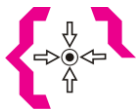
BARTŮŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6
BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7
BŘICHÁČEK, V., HABERMANNOVÁ M. *Studie z psychologie zdraví*. 1.vyd.Praha:Ermat, 2006. 257s. ISBN978-80-87178-00-3
FALEIDE AO.,LILLEBA BL., FALEIDE, EK. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing,2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3
HARGAŠOVÁ, M. a kol. *Skupinové poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 264 s. ISBN 978-80-247-2642-7.
HOSKOVCOVÁ, S., SUCHOCHLEBOVÁ, L. *Výchova k psychické odolnosti dítěte*. Praha: Grada, 2009. 224 S. ISBN 978-80-347-2206-1.
FIALOVÁ, L., KOUBA, P. a kol. *Medicína v kontextu západního myšlení*. 1.vyd.Praha:Galén,2008.978-80-7262-513-0
GILLERNOVÁ, I., KEBZA V., RYMEŠ, M. a kol. *Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada Publishing, 2011.256 s. ISBN 978-80-247-2798-1
GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
IRMIŠ, F. *Temperament a autonomní nervový systém*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. 195 s. ISBN 978-80-7262-475-1
JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1.vyd.Praha:Portál,2007.192s. ISBN 978-80-7367-210-2
KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012.144 s. ISBN 978-80-247-3604-4
MARCUS, BH., FORSYTH, LA. *Psychologie aktivního způsobu života*. 1.vyd. Praha: Portál,2010.224s. ISBN 978-80-7367-654-4
TÓTHOVÁ, J. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. 1 vyd. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-856-2
GRAVE, K. *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-311-6
CHROMÝ, K., HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1473-6
OREL, M., FACOVÁ, V. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2617-5
PAYNE J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2002.124 s. ISBN 80-7254-293-1

- PELCÁK, S. Psychologie zdraví a salutogeneze. In *Sociální práce a sociální služby*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, s. 61 – 73.
- PELCÁK, S. Nespecifická primární prevence a psychologie zdraví. In KRAUS, B. (ed.). *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, s. 304 – 316.
- PELCÁK, S. Psychologická pomoc u pomáhajících profesí. Prediktory psychologické morbidity u zdravotníků. In: *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou*. Sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce. Hradec Králové 12. -13. 10. 2007, Hradec Králové: GAUDEAMUS 2008, s. 344–350
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1.vyd.Olomouc:UP v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2365-4
- PRAŠKO, J. a kol. *Chronická únava*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-139-5
- RONEN, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: Kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9
- TRESS, W., KRUSSE, J. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-309-3
- TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing,2011. ISBN 978-80-247-3174-2
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
- ZDRAVÍ 21. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. Praha: MZ ČR, 2003
- ZDRAVÍ 21. *Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie*. Praha: MZ ČR, 2004

Požadavky na ukončení předmětu

Aktivní práce na seminářích, splnění zadaných dílčích studijních úkolů, úspěšné zvládnutí didaktického testu, zpracování ročníkové práce dle vlastního výběru v rozsahu 10 -15 stran a její obhajoba na kolokviu.

1 TEORETICKÉ ZDROJE PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI



Cíle

Seznámit s vývojem modelů zdraví a nemoci a jejich hlavními teoretickými zdroji s akcentem na salutogenetický model zdraví a nemoci.



Časová náročnost

4 hodiny



Pojmy k osvojení

Patogenetický model nemoci, biomedicínský model zdraví a nemoci, behaviorální medicína, behaviorální zdraví, systémový model zdraví, psychosomatika, salutogeneze

1.1 Patogenetický model nemoci

Role medicíny se mění nejen v oblasti jejích specifických zásahů a intervencí do lidského zdraví a jeho determinant, ale také ve sféře inspirační, iniciační a edukační ve vztahu k jiným resortům, institucím a subjektům, které se jakkoli svými aktivitami podílejí na utváření zdravotního stavu lidí (Drbal a Bencko, 2005).

Medicína 19. a 20. století postupně formulovala modely nemoci, které byly odrazem aktuálního stavu a úrovně vědeckého poznání v daném čase. Biologický model nemoci se plně rozvinul v 19. století na základě prudkého rozvoje přírodovědeckého poznání. Biomedicínský přístup vychází zejména z Descartova dualistického pojetí člověka jako „rozumného stroje“. Mc Clelland (1985) je popsal: „jako mechanistický model, který s tělem zachází jako se strojem, který je spraven tak, že se spraví, nebo nahradí vadná součástka, nebo se zničí nějaký cizí element, který způsobuje problémy“. Lékař se v tomto pojetí podobá „opraváři stroje“, jehož cílem je poruchu diagnostikovat a zajistit její odstranění nebo minimalizaci. Zásadní kritiku kartezianismu z pohledu neurofyzologie podal Damasio (2000). Reviduje tradiční schematický dichotomický pohled na člověka.

Značným přelomem v medicínském myšlení byly názory pruského patologa von Virchowa, který v roce 1858 postuloval nemoc jako poruchu buněk, tkání, orgánů, z níž vyplývá porucha jejich funkce, která se projevuje nejrůznější symptomatologií (Honzák, 2005). Všechny děje v lidském těle byly vysvětlovány na základě biochemických, fyziologických a dalších biologicky definovaných příčin. Názor, že „opravdová nemoc“ musí mít své fyziologické nebo somatické koreláty, přetrvává v povědomí laiků i zdravotníků dodnes.

Tento model na jedné straně umožnil výrazné objevy v oblasti „somatické medicíny“, jeho zásluhou došlo ke snížení mortality i morbidity, na druhé straně nepostihoval zdraví a nemoc v jejich komplexnosti. Podle Danzera (2001) vedla fragmentující specializace v medicíně k tomu, že se psychologické a antropologické aspekty nemoci postupně vytrácely ze somatických oborů a byly řazeny mezi

speciální problémy psychologie nebo psychiatrie. V třicátých letech minulého století prochází biomedicínský přístup určitou krizí.

Přes rozvíjející se techniku, výzkum, rozšiřující se spektrum léčiv přibývá nemocí, na které medicína „nestačí“ (civilizační nemoci, chronická onemocnění, psychosomatická onemocnění aj.). Biomedicínský model selhával především při hledání kauzálního činitele u nemocí, které nebyly způsobeny vnějšími činiteli (fyzikální a chemické noxy, mikroorganismy apod.), nebo nebyly přiřazovány k nemocem dědičným. S využitím současné terminologie se jedná zejména o chronická *neinfekční onemocnění*.¹

Základní charakteristiky **biomedicínského modelu nemoci** můžeme shodně s Křivohlavým (1999) shrnout následujícím způsobem:

- má velkou zásluhu na snížení úmrtnosti a na zlepšení úrovně morbidit v posledních 100–150 letech,
- preferuje výhradně biologický, příčinný faktor při vzniku onemocnění (lineárně kauzální model zdraví),
- pojímá tělo a duši (psychiku) jako dvě oddělené a odlišné skutečnosti, pozornost věnuje somatické stránce zdraví (psychiku do značné míry ignoruje),
- prvořadým zájmem je nemoc, kterou vysvětluje jako poruchu normální činnosti (malfunkci), zdraví bere jako samozřejmost ve smyslu opozita nemoci,
- vychází z předpokladu, že nemoc je do značné míry zcela nezávislá na psychických a sociálních faktorech,
- prvořadou pozornost věnuje biochemickým procesům a somatické stránce nemoci,
- jeho výchozím bodem je poznání narušené biochemické rovnováhy v organismu (homeostáza),
- věnuje velkou pozornost neurofyzilogickým abnormalitám,
- snaží se o popis nosologických jednotek s charakteristickou etiologií, které jsou zakotveny uvnitř organismu (symptomy se skládají do syndromů vytvářejících nemoc),
- pacient není za vznik onemocnění zodpovědný a nemůže pravděpodobnost rozvoje onemocnění ovlivňovat,
- má obtíže s objektivní interpretací etiologických faktorů dnes převažujících onemocnění a příčin úmrtí, s nemocemi kardiovaskulárními, rakovinou a úrazy,
- nepodporuje prevenci a posilování zdraví ani individuální zodpovědnost za zdraví.

1.2 Behaviorální medicína a behaviorální zdraví

Behaviorální medicína rozšiřuje klasický medicínský model onemocnění modelem, podle kterého je vznik a průběh nemoci ovlivněn chováním, postoji a myšlením nemocného. **Současná behaviorální medicína je multidisciplinární obor, který vytváří široký model zdraví a nemoci, jenž integruje biologické, psychologické proměnné a faktory prostředí, zvláště pro člověka nejdůležitějšího prostředí sociálního** (Vašina, Záškodná, 1996).

V roce 1977 Yalská konference zdůraznila, že výzkum a praxe v behaviorální medicíně předpokládá interdisciplinární spolupráci lékařů a psychologů. Matarazzo

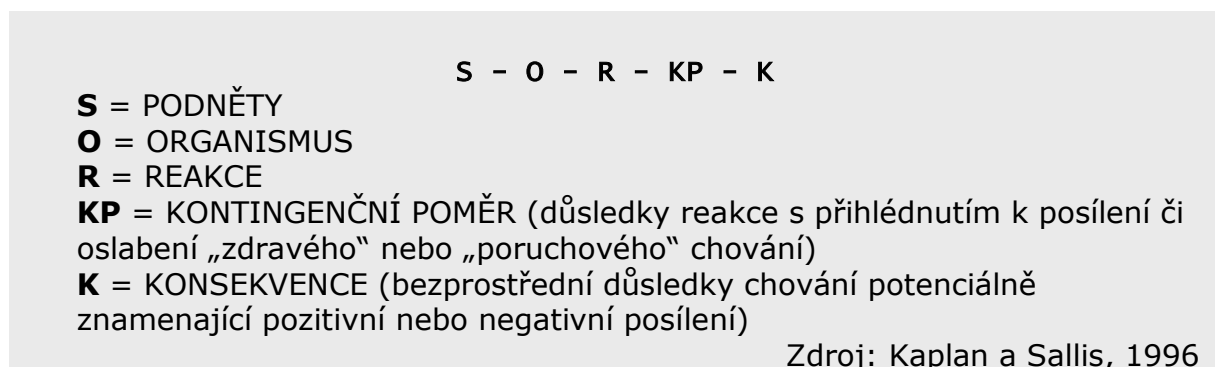
¹V této souvislosti byl biomedicínský model kriticky přehodnocen celou řadou autorů, např. Pogády a Nociar (1986), Baštecký a kol. (1993), Honzák (1992), Mohapl (1992), Frankl (1994), Křivohlavý (1999), Kadlec (1990), Poněšický (1999), Vašina a Záškodná (1996), Matarazzo (1984), Kaplan a Sallis (1996) aj.

(1980, 1982) v této souvislosti konstatuje, že již samotný fakt, že byla vytvořena a definována behaviorální medicína, pomohl zajistit potřebnou strukturu, metodiku i její působnost. Koncipování nového oboru pomohlo sjednotit mnohé nekoordinované postupy, které paralelně probíhaly jak v medicíně, tak v behaviorálních vědách, s větší důrazem na prevenci nemoci a posilování dobrého (aktivního) zdraví. Obdobně Kondáš (1989) konstatuje, že behaviorální medicína vyrostla z prací věnovaných psychosomatickým aspektům onemocnění a z behaviorální terapie.

Behaviorální medicína je v tomto kontextu **systematickou aplikací principů a technologie behaviorální psychologie do oblasti medicíny, zdraví a nemoci**, přičemž pod pojmem behaviorální psychologie rozumí experimentální nebo empirickou psychologii a v menší míře fyziologickou psychologii. Schwartz a Weiss (1978) definují behaviorální medicínu jako **interdisciplinární oblast, která se týká vývoje a integrace behaviorální a biomedicínské vědy, znalostí a technik s ohledem na zdraví a nemoc a aplikace těchto znalostí a technik na prevenci, diagnózu, léčbu a rehabilitaci**. Behaviorální medicína klade důraz na interakci biologických a behaviorálních faktorů v etiologii onemocnění a při jeho léčbě. Základní metodologický postup v behaviorální medicíně je zjišťování a analýza faktorů nemoci, jež mají nějaký vztah k chování nemocného, např. kouření, abúzus alkoholu a drog, nesprávné návyky ve složení a kvantitě stravy, vyrovnávání se se stresovými situacemi, včetně zafixovaných neadekvátních životních stylů (schéma 1).

Cílem behaviorální medicíny je uplatnit psychologické metody, které by zlepšily průběh onemocnění s využitím behaviorálních a kognitivních technik zaměřených na postupnou změnu životního stylu, změnu rizikového chování, posilování schopnosti zvládat stres atp. Obdobně behaviorální intervence cíleně využívá při léčbě stejných zákonitostí lidského učení, tzv. *kognitivně behaviorální modifikaci chování*. Mezi preventivní opatření behaviorální medicíny, shodné s psychologií zdraví, patří zdravý **způsob života, nový životní styl** (Boleloucký, 2007 in Vorlíček a kol., 2004).

Schéma 1: Kanferův a Philipsův behaviorální model nemoci



zdraví a prevence nemoci a dysfunkcí prostřednictvím různých individuálních nebo společenských činností (Matarazzo, 1980). Behaviorální zdraví je tedy oblastí behaviorální medicíny, která se zabývá zvyšováním a zachováním zdraví, prevencí nemocí a dysfunkcí. Nově je položen důraz na osobní **zodpovědnost každého jedince za vlastní zdraví i na aktivní roli nemocných při odstraňování dysfunkčních návyků nebo překážek zdravého způsobu života**.

1.3 Psychosomatika a psychosomatická medicína

Psychosomatická medicína je spojována s psychiatricky založenými postupy diagnostiky a terapie nemocí. Vychází z předpokladu psychogenního původu nemocí a při vysvětlování jejich příčin často vychází z psychoanalytických východisek. Psychosomatiku lze chápat jako vnitřně složitě propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci. Podle Bašteckého a kol. (1993) můžeme vymezit **psychosomatiku** z několika úhlů pohledu:

- *nejširší pojetí* psychosomatiky předpokládá, že člověk ve zdraví a v nemoci představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím,
- v *užším pojetí* jsou předmětem psychosomatiky somatické poruchy a choroby, u nichž se v etiopatogenezi, průběhu či prevenci onemocnění výrazněji uplatňují psychosociální faktory, a onemocnění, jež souvisí s nevhodným životním stylem a vzorci chování,
- v *nejúžším pojetí* se jedná o psychosomatické syndromy či onemocnění, u nichž psychosociální faktory mají své pevné a někdy i charakteristické místo nebo se jejich vliv předpokládá jako podstatný.
- Danzer (2001), Entralgo (1995), Honzák (1993), Poněšický (1999), Špitz (1992), Kebza a Šolcová (2002), Vymětal (2003) aj. shodně zdůrazňují, že každé onemocnění je psychosomatické, protože žádné onemocnění není prosté psychických vlivů.

Pro tzv. **integrativní psychosomatiku** bylo charakteristické postupné odhalování a překonávání metodologických, diagnostických a terapeutických deficitů a jednostrannosti biologické medicíny. Byly vytvořeny předpoklady pro lékařskou vědu zabývající se „celým“ člověkem. Zejména poznatky hlubinné psychologie, reprezentované klasickou psychoanalýzou, modely a teorie celostní medicíny antropologicky a filozoficky orientovaných lékařů z poloviny 20. století výrazně ovlivňují moderní psychosomatiku dodnes.

Teoretická zdůvodnění patogeneze psychosomatických koncepcí prošla poměrně složitým vývojem. S využitím původního členění Vašiny a Záškodné (1996) jej můžeme stručně charakterizovat prostřednictvím **tří hlavních skupin teoretických koncepcí**:

- **historicky starší hlubinné psychosomatické koncepce** vycházející z poznatků klasické psychoanalýzy reprezentované *Freudem* (teorie orgánové konverze – vznik tělesných symptomů na pozadí konfliktů), *Reichem* (tělo jako charakter), *Adlerem* (životní styl pacienta, poruchy vztahů a komunikace), *Alexandrem* (model specifčnosti interpretující tělesné onemocnění jako důsledek specifického konfliktu), *Dunbarovou* (specifická osobnost nemocného), později tzv. berlínskou a heidelberskou školou psychosomatiky (*von Bergmann, Wittkower, Goldstein, von Krehl, von Weizsäcker*);
- **pozdější psychosomatické koncepce vycházející ze stresové hypotézy**: Cannon (reakce útok–útek), Allen (útek–útok), Selye (nespecifický adaptační syndrom GAS), Holmes a Rahe (teorie náročných životních situací), Rosenman a Friedman (typ chování A, B, C), Weiner (faktor X);
- **filozofující a antropologicky orientované koncepce zahrnující salutoprotektivní mechanismy**, např. Antonovsky (1985, 1987), Kobasa, Maddi (1979), Cohen a Wills (1985), Frankl (1995) aj.

Odborná diskuse týkající se psychosomatiky neustále pokračuje. Příkladem mohou být „*antropologizující*“ práce Bosse (1975, 1979), jenž vychází z předpokladu, že tělování předpokládá existování.² Obdobně Condrau (1998) se v rámci daseinsanalytické koncepce zabývá existenciální tělovou situovaností, a výrazně tak přispívá k rehabilitaci lidského těla (od tělesa k tělovosti). Z hlediska celostního pohledu na nemoc nelze opomenout přínos Frankla. Kriticky hodnotí tzv. americkou i německou psychosomatickou školu, zdůrazňuje **duchovní (noický) význam osoby a smyslu života**. Předpokládá, že porušené zdraví může také působit jako výzva a příležitost k duchovnímu zvládnutí statečným vzdorováním či snášením omezení a utrpení, které je s tím spojeno (Balcar, 2005). Pozornost také posunuje směrem k **psychosomatickému zdraví**, z oblasti nezbytného léčení nemocí do oblasti možného předcházení nemocím: „**Je jasné, že tam, kde jsou nemoci vyvolávány z oblasti duševního dění, musí také být možno právě z této oblasti jim zabraňovat.**“ (Frankl, 1999).

Současný stav psychosomatiky výstižně charakterizuje Honzák (2005). Podle autora je psychosomatika vědecká a klinická disciplína zabývající se:

- a. studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi: studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, průběhem a vyústěním u všech nemocí,
- b. prosazováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné,
- c. aplikací psychologických, behaviorálních a psychiatrických metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických nemocí.

1.4 Systémový - biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci

Pro rozvoj moderního medicínského myšlení a preventivně-léčebné praxe měla velký význam dnes již obecně vžitá definice Světové zdravotnické organizace (1948), která **zdraví** vymezuje **jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody** a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. V roce 1977 byla definice rozšířena o rovinnou zdravotně-sociální, zdůrazňující schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Přestože nebyla odbornou veřejností jednoznačně akceptována, zejména pro svou obsahovou neurčitost a dikci na subjektivně prožívanou kvalitu zdraví, lze její **přínos pro mezioborovou diskusi o zdraví a nemoci** stručně shrnout následovně:

- překonala tradiční biologizující pojetí zdraví jako absence nemoci, slabosti nebo dysfunkce,
- oproti jednostrannému zohledňování fyzických komponent zdraví klade důraz na různé dimenze zdravotního stavu, včetně tělesných, duševních a sociálních aspektů (multikauzální etiologie),
- zdůraznila význam duševního zdraví a štěstí (subjektivní prožívání),
- upozornila na význam sociální pohody (schopnost zastávat sociální role),
- měla motivační charakter, naznačila cíl, k němuž by měla směřovat snaha všech, kteří se zabývají problematikou zdraví a nemoci.

²Boss zdůrazňuje, že odhalování existenciálně tělových symptomů a porozumění jejich smyslu se musí odehrávat vždy s ohledem na konkrétní pobyt a celistvost existence. Uvažuje o tělu jako „médiu projevení lidského bytí ve světě“. Tělovost (Leiblichkeit) nesmí být uvažována stejně jako tělovost přírodních těles (Körpersein). Druhy otevřeného a laděného vztahování, tedy prožitková stránka lidské existence, může zůstat v zajetí určitých stereotypních, nesvobodných fixací, a ty se pak mohou projevit, fenomenálně se manifestovat jako tělesné onemocnění. Volba orgánu je zcela jedinečná v závislosti na motivech životní historie a aktuální životní situaci jednotlivce (Hlavinka, 2003).

Složitost vzájemných interakcí mezi biologickou **vulnerabilitou**, psychologickými a sociálními faktory zdraví a nemoci vyžaduje podle Brownella a Waddena (1992) integrativní biopsychosociální přístup k prevenci a léčbě. V této souvislosti myšlenkově navazuje na relativně starší *koncept duševního zdraví* Beckera (1982), Albeeho (1980) aj., kteří zdůrazňovali **vzájemnou interakci rizikových a protektivních faktorů** ovlivňujících incidenci onemocnění, ale i nezbytnost cílené intervence na úrovni jednotlivých predisponujících faktorů³. Výsledné riziko onemocnění lze podle uvedených autorů zjednodušeně vyjádřit prostřednictvím následující rovnice:

$$\text{Riziko onemocnění} = f\left(\frac{(\text{organické faktory}) + \text{stres} + \text{vulnerabilita}}{\text{Ego kompetence} + \text{podpůrné vlivy vnějšího prostředí}} \right)$$

Biopsychosociální (celostní) přístup ke zdraví jako jeden z prvních autorů prosazoval Engel (1977, 1980). Poukazoval na skutečnost, že biomedicínský model zdraví zanedbává celek, protože vylučuje vše, kromě biologických faktorů. Zabývá se tělem a chorobou na úkor pacienta jako člověka. Dále konstatoval, že biomedicínský model je již „za hranicemi“ vědeckého modelu a poukazoval na nezbytnost rozšíření tradičního biomedicínského přístupu k nemoci tak, aby zohledňoval *psychosociální* rovinu nemoci při zachování předností biomedicínského přístupu.

Významnou roli pro konstituování biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci měla v první polovině 20. století **obecná teorie systémů**, vycházející z holistického, celostního paradigmatu (von Bertalanffy a Bateson). Podle teorie systémů lze pohlížet na každý jev jako na svébytný systém, který obsahuje řadu subsystémů a zároveň je subsystémem systémů vyšší úrovně.

L. von Bertalanffy (1972) na základě vztahů s okolím rozlišuje *systémy uzavřené* – izolované, zcela autonomně se vyvíjející, a *systémy otevřené* – interagující se svým okolím (okolí působí na systém a naopak), chovající se jako nedělitelný celek, v němž změna v jakékoli jeho části navodí změnu v ostatních částech. **Organismus není podle autora geneticky determinovaný stroj, ale sebeorganizující se struktura, ve které se řád (vývojová tendence) projevuje prostřednictvím fluktuací (kolísání). Její funkci nelze pochopit z rozboru aktuálního stavu, ale teprve při sledování individuální historie. Mnohočetné interakce s okolím udržují celý systém v neustálé proměnlivosti.**

³Vulnerabilita představuje dispozici reagovat funkční poruchou ve stresové situaci. Albee místo pojmu vulnerabilita používá pojem organické faktory. Jedná se o predisponující faktory, vrozené nebo vznikající v časném životě (genetické faktory, vrozená zranitelnost, křehké založení organismu). Pojem Ego kompetence zahrnuje kompetence v uspokojování potřeb, sociální kompetence, kognitivní kompetence, kompetence zvládat stres, kompetence v jáské kontrole. Vulnerabilita je pojímána jako protipól zvládacích kompetencí. Individuální vulnerabilitu zvyšují psychologické a sociální faktory. Podpůrné vlivy vnějšího prostředí zahrnují sociální kapitál, systém vztahů a vazeb, v nichž se člověk pohybuje a které mu pomáhají zvládat náročné situace. Z vnějších faktorů jsou často uváděny životní úroveň, způsob života, životní prostředí a životní spokojenost. Zvláštní postavení má mezi těmito faktory životní styl, zejména faktory, které mají salutoprotektivní, nebo naopak patoplastický účinek. V tomto smyslu lze spatřovat náznaky salutogenetického modelu zdraví a nemoci.

Jedním ze základních předpokladů teorie systémů je fakt, že systémy existují uvnitř systémů vyššího řádu. Pojem **systém** je podle Ludewiga (1992) vhodný ke zkoumání souvislostí mezi komplexními kvalitami uspořádání různého druhu. **Autopoietický systém** člověk může být v této souvislosti pojímán jako celek, respektive holistická interakce biologických, psychologických a sociálních vlivů. Sociální systémy jsou strukturálně sdruženy s biologickými a psychologickými systémy, které jsou zároveň podmínkou jejich vzniku. Psychické a sociální systémy vytvářejí pro sebe navzájem nezbytná v **koevoluci** vzniklá prostředí. Vzájemné vztahy mezi organismy a prostředím tradičně konceptualizuje ekologie. Základním poznatkem ekologie je podle Špitze (1992) skutečnost, že **žádná živá jednotka nepředstavuje organismus nebo druh ve statickém prostředí, ale vždy konkrétní ekologický systém s recipročními vztahy mezi organismem nebo organismy a jejich přirozeným prostředím.**

Analogicky lze u živých a sociálních systémů hovořit o vztahové a verbální ekologii, např. uvnitř rodinného systému nebo terapeutického systému. Biopsychosociální rámec aplikuje hledisko systémové teorie na emocionální, psychické, fyzické a behaviorální fungování člověka (Plante, 2001). Změny na jedné úrovni systému pravděpodobně způsobí změny na ostatních úrovních. Komponenty, vztahy a hranice jednotlivých systémů mohou být interpretovány jako vzájemně podmíněné, současně vznikající aspekty systému vyššího řádu.

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

Pro vznik každé nemoci je podle Vašiny (2003) nezbytná tzv. **etiologická triáda**, spočívající ve vzájemné interakci tří skupin faktorů:

1. přítomnost nebo absence vlastního původce nemoci (agens),
2. osobnost jako specifický nositel nemoci (demografické, psychologické, behaviorální, fyziologické a sociální charakteristiky),
3. vnější prostředí (přírodní, společenské a civilizační podmínky).

Vztahy mezi jednotlivými proměnnými jsou ve vzájemné interakci ve smyslu **cirkulární kauzality (interdependence)**, nepůsobí tedy jednosměrně a ve stejném čase. Aktivní adaptace jedince, udržování a případně obnova jeho funkčního zdraví se odehrávají a nalézají odezvu nejen v organismu jako celku, nýbrž bezprostředně a úzce souvisejí i s nejbližším sociálním prostředím individua (Vymětal a Speirer, 1994). *Systémový interakční přístup* sleduje z hlediska zdraví mnohočetné interakce mezi zdravotním stavem (psychické zdraví, funkce tělových systémů a jejich konstituční předpoklady), osobnostními zvláštnostmi člověka a vlivy vnějších činitelů (stresory a salutoprotektivní faktory životního stylu), včetně prostoru a času.

Současné definice zdraví vycházející ze systémového pojetí zdraví podle Křivohlavého (1994) nejčastěji zvýrazňují tyto aspekty:

- *Strukturu celku.* Holistický pohled na zdraví klade důraz na celek, který je více než soubor částí. Zabývá se biologickou, psychologickou, sociální i duchovní stránkou daného celku.
- *Integritu celku.* Systém člověk představuje integrovaný, organický celek ve všech rovinách a mezi těmito rovinami navzájem (mezi somatickou, psychickou, sociální i spirituální).

- *Procesuální charakter zdraví.* Systém člověk je chápán v celoživotním pohledu, důraz je položen na dění v čase, dynamický charakter zdraví; proces, v němž je možný maximální rozvoj daných možností organismu.
- *Sociální kontext individua.* Pro definování zdraví je důležité začlenění člověka do rodiny a sociálních skupin.
- *Respekt k vlivům prostředí.* Jedná se zejména o kulturní prostředí, vliv životních podmínek a ekologických faktorů.

Bioekopsychosociální přístup v medicíně znamená snahu po integraci biologických a psychosociálních faktorů při prevenci, terapii a rehabilitaci poruch zdraví jakékoli etiologie. Potenciální změny zdravotního stavu jsou tak ve svém důsledku výsledkem mnohočetných interakcí řady proměnných, mezi které patří genetická výbava, aktuální stav imunitního systému, osobnostní vlastnosti, úroveň psychické odolnosti, kvalita sociálních interakcí a celkového životního stylu jednotlivce. Nelze opomenout význam sociálního prostoru, uspořádání společenských vztahů a kvalita života společnosti jako celku. V současnosti je věnována velká pozornost typu a rozsahu psychofyziologické odpovědi na vývoj chorobného stavu, tj. závislosti specifčnosti onemocnění na úrovni aktivace. Lze předpokládat, že **individuální emoční reakce a jí odpovídající fyziologický doprovod závisí na charakteru a intenzitě podnětu, na aktuálním stavu organismu a na dlouhodobých charakteristikách jedince** (genetická výbava, typ fyziologické reaktivity, hodnotová orientace, sociální zázemí aj.).



Kontrolní otázky

1. Co je podstatné pro patogenetický (biologický) model zdraví?
2. Co bylo předmětem zájmu behaviorální medicíny a behaviorálního zdraví?
3. Co je to psychosomatika, uveďte hlavní přístupy k psychosomatice, jaká znáte typická psychosomatická onemocnění?
4. Vyhledejte v literatuře příklady ilustrující přínos některého z představitelů psychosomatiky.
5. Vysvětlete pojem chronická neinfekční onemocnění.
6. Co je podstatou obecné teorie systémů? Definujte podstatu autopoietického systému.
7. Co je to biopsychosociální přístup k nemoci (multikauzální) etiopatogeneze.
8. Vyjmenujte hlavní aspekty systémového modelu zdraví.
- 9.



Souhrn

V textu je popsány hlavní modely zdraví a nemoci směřující k salutogenezi. Patogenetický model nemoci, behaviorální medicína a behaviorální zdraví, psychosomatika a psychosomatická medicína, systémový - biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci, salutogenetický model zdraví.



Literatura

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7

DRBAL, C., BENCKO, V. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. PAYNE, J. a kol. Praha: Triton, 2005, 629 s.
PRAŠKO, J. a kol. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1.vyd.Olomouc:UP v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2365-4
TRESS, W., KRUSSE, J. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-309-3

1.5 Salutogenetický přístup ke zdraví a nemoci

Změna paradigmatu v medicíně, projevující se **přesunem pozornosti od patogeneze k salutogenezi**, analogicky probíhala a stále probíhá také v rámci psychologie. Obdobně jako biomedicínský model nemoci psychologie založená na negativním paradigmatu výrazně obohatila vědu i klinickou praxi. Potvrzuje to zejména:

- existence diagnostického systému usnadňujícího a zpřesňujícího komunikaci mezi klinickými a výzkumnými pracovníky,
- existence údajů o různých onemocněních lidské psychiky a s tím spojená redukce lidského utrpení, které tyto nemoci provází,
- efektivní léčba řady onemocnění vyžadujících kombinaci psychoterapie a farmakoterapie,
- rozšíření poznatků o environmentálních stresorech v dětském věku a jejich vlivu na psychické poruchy,
- vznik účinných výzkumných strategií a statistických metod pro identifikaci kauzálních vztahů mezi zkoumanými proměnnými a efektivními intervenčními postupy (Gillham a Seligman, 1999 in Mareš, 2001).

Naopak za slabinu uvedeného přístupu lze považovat určitou jednostrannost vědeckého bádání, nedocení vnitřních zdrojů jedince vzdorovat nebezpečí, přeceňování úlohy prevence, zaujetí pro viktimologii aj. Na tuto skutečnost důrazně poukázal Maslow. Dosavadní orientaci psychologie výstižně charakterizuje následovně: „Je to, jako by nám Freud podal nemocnou polovinu psychologie, kterou nyní musíme doplnit polovinou zdravou. Snad nám tato psychologie poskytuje více možností, abychom svůj život kontrolovali, zlepšovali, aby se z nás stali lepší lidé. Snad je to plodnější, než se ptát po tom, jak se staneme ne-nemocnými.“ Konstatuje, že na horizontu psychologie se začíná rýsovat **nová koncepce lidské nemoci a lidského zdraví**.

Základní východiska charakterizující optimistický, humanistický pohled na člověka autor vyjadřuje následovně:

- vnitřní přirozenost člověka je zčásti jedinečná, zčásti je charakteristikou člověka jako druhu,
- je možné ji vědecky zkoumat a odhalit její povahu,
- tato přirozenost se již nejeví jako primárně zlá, základní potřeby, emoce a lidské schopnosti jsou patrně neutrální, předmorální nebo pozitivně dobré,
- vnitřní přirozenost je slabá, delikátní, subtilní a lehce přemožitelná zvyklostí, kulturním tlakem a nesprávným jednáním jedince,
- je lépe ji podporovat a posilovat než potlačovat, pokud jí dovolíme, aby vedla náš život, vyrůstáme zdravě, plodně a šťastně,
- potlačení, popření tohoto bytostného jádra osobnosti vede k onemocnění,
- i když je vnitřní přirozenost negována, působí skrytě a snaží se prosadit,

- čím více zkušenosti odhalují, posilují naši vnitřní přirozenost, je zřejmější, že mají souvislost se smyslem pro zdravou sebeúctu a sebedůvěru (Maslow, 1985).

V návaznosti na humanisticky orientovanou psychologii a psychoterapii se následně objevují práce zvýrazňující celostní, **antropologické pojetí člověka**. Břicháček (2003, 2005) konstatuje, že se tradičně sledují životní obtíže a lidská selhání, ale mnohem méně se uvažuje o opačném pólu: co se člověku dařilo, jak zvládal rozličné nesnáze, jak se vyvíjely jeho kladné vztahy k okolí či jeho prosociální orientace. Na trend zanedbávání pozitivních témat poukazuje také Mareš (2001). Zvýrazňuje základní ideu **pozitivní psychologie** – *výzkum pozitivního lidského fungování ve světě*. Zcela logicky se tak na pozadí mezioborové diskuse o člověku ve zdraví a v nemoci objevují nové teorie, konstrukty, diagnostické postupy a terapeutické metody s akcentem na salutoprotektivní faktory životního stylu jedince. Jde tedy o jinak zaměřené tradiční otázky.⁴

Salutogeneze se zabývá zkoumáním podmínek pevného, nezdolného zdraví vzdor nepříznivým vlivům prostředí. Antonovsky (1987) shrnul salutogenetickou orientaci následujícím způsobem:

- přehodnocuje dichotomní klasifikaci jedinců jako zdravých nebo nemocných a dává přednost jejich umístění na více rozměrovém kontinuu od pocitu dobrého zdraví (wellbeing) k nemoci,
- oproti jednostrannému důrazu na etiologii dysfunkce nebo nemoci klade důraz na člověka v nemoci,
- oproti orientaci na stresory zaměřuje pozornost na zdroje zvládnání (coping),
- důsledky působení stresorů nejsou pojímány jako patogeny, ale jako možný ozdravný faktor,
- hledání všech zdrojů, které mohou usnadnit aktivní adaptaci organismu na prostředí,
- překročení hranice „ne-nemoci“ spojené s orientací na pól zdraví,
- důraz na etický rozměr zdraví, zdraví není nejvyšší hodnotou.

Oproti biomedicínskému (patogenetickému) přístupu jde tedy o hledání faktorů, které udržují člověka v dobrém zdravotním stavu, faktorů, které zdravotní stav zlepšují a na cestě ke zlepšení jej pozitivně ovlivňují (tabulka 1).

Antonovského koncepce je od předchozích teoretických modelů analyzujících vzájemné vazby „stres–zdraví“ odlišná zejména v těchto aspektech:

⁴Problematice salutoprotektivních faktorů životního stylu (tzv. moderátorů, meliorů zdraví) a jejich úloze v procesu zdraví a nemoci se soustavně věnovala a věnuje zejména na přelomu 20. a 21. století řada autorů, např. Antonovsky (1985, 1987), Cobb (1979), Bakal (1992), Cohen a Wills (1985), Davidson, Shumaker (1987), Ficková (1993, 1995), Heim (1994), Hošek (1979, 1993), Kadlec (1990), Kobasa (1979), Kořán (1986), Koukola (1998), Křivohlavý (1988, 1991, 1990, 1999, 2004), Pelcák a Koukola (1988), Mareš (1997, 2001), Pelcák a kol. (2001), Kebza a Šolcová (1992), Šolcová (1994), Šolcová a Kebza (1996, 1998), Balcar (2005), Kebza (2005), Mareš (2003), Vymětal (1997), Lašek (2005), Baštecký a Beran (2003), Bob a Vymětal (2005), Hoskocová (2007) aj. Monografie, výzkumné studie a přehledové články se nejčastěji zabývaly předpoklady osobnostní resilience, percipovanou sociální oporou, smysluplností života, dispozičním optimismem, smyslem pro humor, osobní kompetencí, osobní pohodou, zvládnáním (coping), kvalitou života z psychologického pohledu (subjective wellbeing, happiness, flow) atd. Podrobněji budou vybrané salutoprotektivní faktory životního stylu rozebrány v subkapitole 2.3 nejčastěji zabývaly předpoklady osobnostní resilience, percipovanou sociální oporou, smysluplností života, dispozičním optimismem, smyslem pro humor, osobní kompetencí, osobní pohodou, zvládnáním (coping), kvalitou života z psychologického pohledu (subjective wellbeing, happiness, flow) atd.

- poukazuje na jednostrannost patogenetické orientace převládající v biomedicínském a sociálním výzkumu zdraví a nemoci,
- snaží se o definování obecnějších faktorů ovlivňujících pohyb jedince směrem ke zdraví,
- zachycuje proces zdraví – nemoc jako biodromální kontinuum,
- zdůrazňuje význam zdrojů tzv. generalizované rezistence (generalized resistance resources),
- primárně se zaměřuje na faktory, které podporují subjektivní pohodu a zdraví člověka,
- zvýrazňuje svobodu volby jedince a hledání smyslu i v nepříznivých životních podmínkách,
- zdůrazňuje aktivní úlohu a zodpovědnost jedince v prevenci a podpoře zdraví (health promotion).

Tabulka 1: Srovnání patogenetického a salutoprotektivního modelu zdraví

problém	patogenetický model	salutogenetický model
pojetí zdraví a nemoci	homeostáza, dichotomie somatických a psychologických korelátů zdraví	chaotická nerovnováha - entropie, dynamický biodromální proces zdraví a nemoci
sledovaná charakteristika	nemoc, dysfunkce, patologie	aktivní zdraví, wellbeing, wellness, kvalita života
etiologický pohled	proč došlo k nemoci? patogenita, virulence, toxicita, diatéza rizikové rysy osobnosti rizikové chování	proč člověk neonemocněl? jak předejít nemoci a napomoci uzdravení, compliance? mediátory, moderátory zdraví
terapie, intervence	eliminace nox, léčba symptomu, dysfunkce	podpora a posilování pozitivního zdraví (profylaxe) stimulace procesů sebeuzdravení uchování a zvýšení kvality života
psychická zátěž, stres	minimalizace zdravotních rizik souvisejících s expozicí stresoru	proaktivní zvládnání stresu, posttraumatický rozvoj osobnosti

Zdroj: Pelcák, 2012

Snaha o celostní uchopení biodromálního procesu zdraví a nemoci přináší do odborné diskuse **nově definované otázky subjektivní kvality života a zdraví jedince**. Podle WHO obecně kvalitu života definuje to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Bártlová, 2005). Dynamický charakter subjektivně vnímané kvality života, zejména ve vztahu ke změnám zdravotního stavu jedince, zvýrazňuje Mareš (2005). Obdobně Kožený, Csémy a Tišanská (2007) poukazují na souvislosti mezi mírou osobní pohody, psychickými asomatickými obtížemi a adaptačním fungováním individua.

Multidimenzionální konstrukt kvality života je souhrnem mnoha faktorů, které je složité spolehlivě hodnotit a kvantifikovat. Tato skutečnost se projevuje v *nejednotnosti používané terminologie i výzkumných metodách*. Vnímaná kvalita

života podle Kebzy (2003) je *osobní pohoda* tvořená různými emočními a kognitivními dimenzemi, jako např. pozitivní a negativní afektivita, subjektivně prožívané štěstí, autonomie, životní spokojenost, sebezpřijetí, shoda mezi očekávanými a životními cíli, schopnosti zvládat vlivy prostředí, smysl života, psychosomatické symptomy a nálada. Z psychologického hlediska spadá na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy, obsahuje také důle-žitou komponentu postojovou. Grob (1998) in Lašek (2003) vymezuje tento konstrukt jako komplexní pojem zahrnující na jedné straně nízké sebehodnocení, malé uspokojení nebo negativní stránky života, na druhé straně štěstí a spokojenost se životem, sebou samým a pozitivní stránky života.

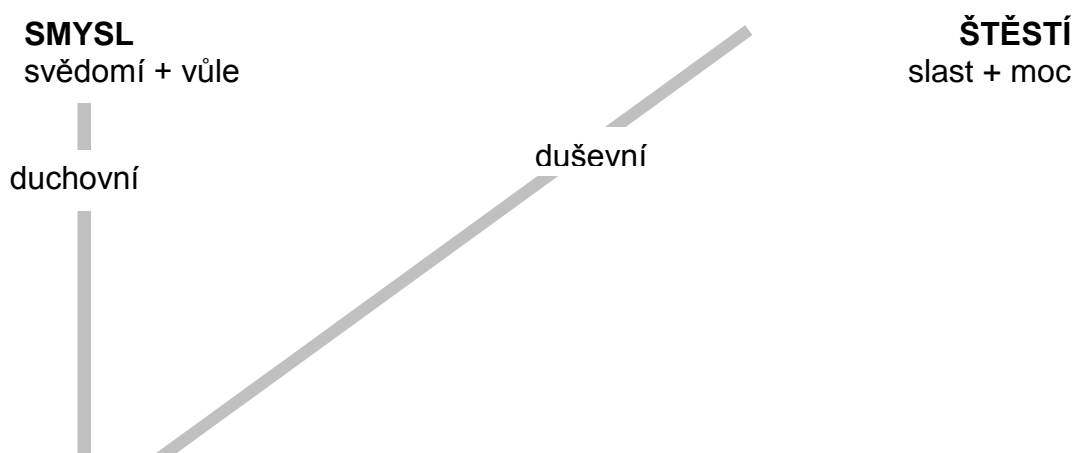
Konstrukt kvality života lze podle Hnilicy (2005) definovat čtyřmi spolu souvisejícími komponentami: kladnými a zápornými emocemi, spokojeností s jednotlivými oblastmi života a spokojeností se životem jako celkem. Kladné a záporné emoce představují afektivní komponentu kvality života, spokojenost s jednotlivými oblastmi a spokojenost se životem v celku její komponentu kognitivní. Kromě štěstí a spokojenosti jsou především v medicínských vědách mezi dimenze subjektivní kvality života zahrnovány i subjektivní zdraví (*subjective health, self-rated health*), případně dimenze zahrnuté pod společný konstrukt se zdravím související kvalita života (*health-related quality of life*).

Podle Mareše (2005) je konstrukt vnímané kvality života tvořen nejméně třemi oblastmi: **fyzickou (somatickou), psychologickou a sociální oblastí**. Pro řadu subjektů je důležitá oblast spirituální a oblast důvěrného přátelství, příp. sexualita nebo vzhled vlastního těla.

Balcar (2005) v kontextu Franklovy logoterapie rozlišuje **dimenze zdraví člověka na základě jeho zaměření vůči světu a vůči sobě samému** (schéma 4) následovně:

- v *dimenzi tělesné* (fyzické) – ideální norma fyzické harmonie a zdatnosti tělesných funkcí, tj. tradičně pojímané zdraví člověka,
- v *dimenzi duševní* (prožitkové) – prožívaná slast a uplatňování moci v životě člověka, vystihující tradiční pojem prožívaného „štěstí“,
- v *dimenzi duchovní* (noické) – prožitek smysluplnosti vlastního života, který je zakotven v odevzavách na hodnotové výzvy, svědomí a činnostech, které jedinec ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci.

Schéma 4: Životní zaměření jedince a kvalita života



ZDRAVÍ přežití + zdatnost

osobní
prospěch + zdar

tělesná

Zdroj: Balcar, 2005

Vůle ke smyslu je snahou, touhou člověka po smysluplnosti vlastní existence. Je to vůle vidět, organizovat a vykládat jednotlivé podněty jako smysluplné celky. Cílem této organizační tendence není pouhé optimální uspořádání percepčních podnětů umožňujících adaptaci člověka na vnější podmínky, ale současně snaha člověka hledat a nacházet co nejpřiměřenější a nejúplnější výklad, který mu ukazuje sebe sama s určitým cílem, jenž má být naplněn (Tavel, 2007).

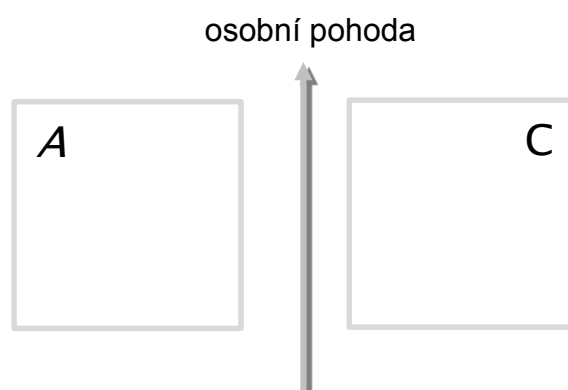
Kvalitativní **posun v pohledu na biodromální proces zdraví a nemoci** můžeme zjednodušeně vyjádřit s využitím následujícího modelu (schéma 4). Osa **x** znázorňuje klasické **kontinuum zdraví–nemoc (porucha)** jako dynamický proces probíhající na kontinuu od optimálního zdraví k nemoci. Umístění je dáno „somatickým“ stavem jedince, resp. aktuálním objektivním nálezem, včetně tělesné zdatnosti (*wellness, fitness*).

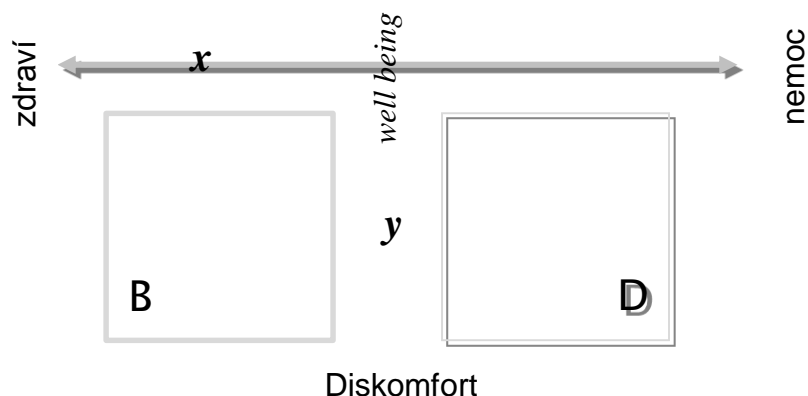
Osa **y** postihuje **salutogenetický konstrukt wellbeing** (*komplex osobní pohody*) ve smyslu biologické, psychické, sociální a spirituální dimenze zdraví. Vyjadřuje subjektivní prožitek člověka, který lze při určitém zjednodušení vystihnout pohybem na ose osobní pohoda – pocit diskomfortu. **Odráží subjektivní zdraví jako reflexi celkového zdravotního stavu jedincem.** Osobní pohoda implicitně zahrnuje dvě obtížně oddělitelné složky – emocionální ve smyslu subjektivního prožívání (aktuální) a osobnostní (habituální) a bývá mnoha autory pokládána za součást kvality života. Subjektivní pocit osobní pohody tvoří čtyři komponenty: psychická osobní pohoda, sebeúcta (self-esteem), sebeuplatnění (self-efficacy) a osobní zvládnání (personal control).

Kontinuální, biodromální proces zdraví a nemoci může být vyjádřen 4 pozicemi, které vznikají průnikem zvolených rovin zdraví a nemoci (Pelcák, 2008):

- A: *absence objektivního nálezu při vysoké hladině WB* – stav subjektivně prožívaného komplexního zdraví,
- B: *absence objektivního nálezu při nízké hladině WB* (např. psychosomatické onemocnění, alexytimie, reakce na náročnou životní situaci aj.),
- C: *objektivně zjištěná nemoc s vysokou hladinou WB* (nemoc jako smysluplná výzva),
- D: *objektivně zjištěná nemoc při nízké hladině WB* (např. syndrom naučené bezmocnosti, non compliance aj.).

Schéma 5: Dvojdimenzionální model zdraví





Zdroj: Pelcák, 2008

Předložený **model** zdraví a nemoci zjednodušeně naznačuje možnosti komplexnějšího posuzování zdravotního stavu jedince ve vztahu k možným rovinám psychologické intervence u různých skupin populace. Kromě tradiční, somatické roviny zdraví, postižitelné objektivními metodami a vyjádřené rigorózními parametry zdraví (např. biochemické a fyzikální vyšetření), zohledňuje také subjektivní hledisko člověka ve zdraví a v nemoci (subjektivní vnímání zdraví, autoplastický obraz nemoci, zvládání nemoci), se do ohniska zájmu také dostávají faktory akcentující širší kontext lidského života ve zdraví a v nemoci – **salutory**. Jedná se o zcela odlišné paradigma hledající příčiny neonemocnění, předpoklady zvládání nemoci v situacích, kdy ostatní jedinci selhávají.

Salutogenetický model zdraví a nemoci umožňuje v praxi přesněji identifikovat a cíleně rozvíjet faktory zdraví, které napomáhají člověku k udržení a posilování zdraví ve smyslu wellbeing. V souvislosti s novými poznatky psychologie zdraví se rozšiřují aplikační možnosti psychologických intervenčních metod v prevenci, léčbě a podpoře zdraví.



Kontrolní otázky

1. Co je to salutogeneze? Jaká „nová“ témata přináší do teorie a praxe?
2. V čem spočívá přínos salutogenetického modelu zdraví pro léčebně-preventivní praxi a pro prevenci?
3. Objasněte pojmy: kvalita života, subjektivní zdraví, biodromální proces zdraví a nemoc.
4. Prostudujte vybrané dílo V. E. Frankla. Jaká je souvislost mezi jeho prací a salutogenezí?



Souhrn

Kapitola charakterizuje salutogenetický model zdraví, odlišnosti oproti patogenetickému modelu, přínos pro definování zdraví ve smyslu wellbeing a léčebně preventivní péči. Přináší stručný přehled „nových témat“ v péči o zdraví (kvalita života, biodromální proces zdraví a nemoci, coping).



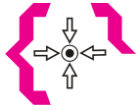
Literatura

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. 258 s. ISBN 80-200-1307-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-2470-179-0

2 Psychologie zdraví a nemoci



Cíle

Definovat předmět psychologie zdraví a nemoci, seznámit s hlavními teoretickými zdroji psychologie zdraví a nemoci a vztahy psychologie zdraví k jiným vědním oborům. Seznámit s hlavními aplikačními možnostmi psychologie zdraví v prevenci, léčbě a rehabilitaci.



Časová náročnost

2 hodiny



Pojmy k osvojení

Psychologie zdraví, pozitivní psychologie, Zdraví pro 21. století

2.1 Předmět psychologie zdraví a nemoci

Nejobecněji lze definovat psychologii zdraví jako *systematickou aplikaci psychologie do oblasti zdraví, nemoci a systému péče o zdraví*. Psychologie zdraví zastřešuje řadu rozmanitých a navzájem souvisejících témat zejména na rozhraní mezi psychologií a behaviorální medicínou (Beam, 2001). Kebza a Šolcová (1998) obdobně zdůrazňují kombinaci mnoha podnětů z jiných psychologických, medicínských a hraničních oborů, jež nejsou jednoznačně zakončeny ani ohraničeny.⁵

Příkladem vzájemného obohacování a úsilí o komplementaritu pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci může být stávající *rozvoj* psychoneuroimunologie a neuropsychoterapie, sanoterapie, psychoonkologie nebo konstituování tzv. **pozitivní psychologie**, která se deklaruje jako věda o pozitivních individuálních rysech, pozitivních životních zážitcích a zkušenostech, pozitivně fungujících společenstvích a institucích (Mareš, 2001).

Psychologie zdraví od počátku důsledně vychází z **holistického přístupu ke zdraví a nemoci**, tzn., že v teorii i praxi respektuje biopsychosociální model zdraví a

⁵Vzhledem k rozsahu textu nejsou zmíněny další zdroje psychologie zdraví, např. duševní hygiena (psychohygiena, mentální hygiena), která se zabývá faktory duševního zdraví z vývojového hlediska, vztahy mezi duševním zdravím a nemocí, vztahy k somatickým podmínkám zdraví a nemoci. Obdobně k rozvoji psychologie zdraví přispěly poznatky a praxe klinické psychologie, která se zaměřuje na diagnostiku, léčbu a porozumění psychickým a behaviorálním problémům a poruchám. Podle Rodnika (1985) je aspektem psychologické vědy a praxe, která se týká analýzy, léčby a prevence, psychických poruch lidí a zlepšování přizpůsobivosti a efektivity. Rámcově je třeba zmínit také podněty přicházející ze sociologie, Veenhoven (1984, 2000) se spolupracovníky je autorem tzv. World Database Happiness, sdružující tisíce studií o štěstí (happiness, life-satisfaction, psychological wellbeing). Pozornost si zaslouží také Inglehart, představitel postmodernismu, jehož hlavním přínosem je přesun pozornosti od pojmu „survival values“ k „wellbeing“.

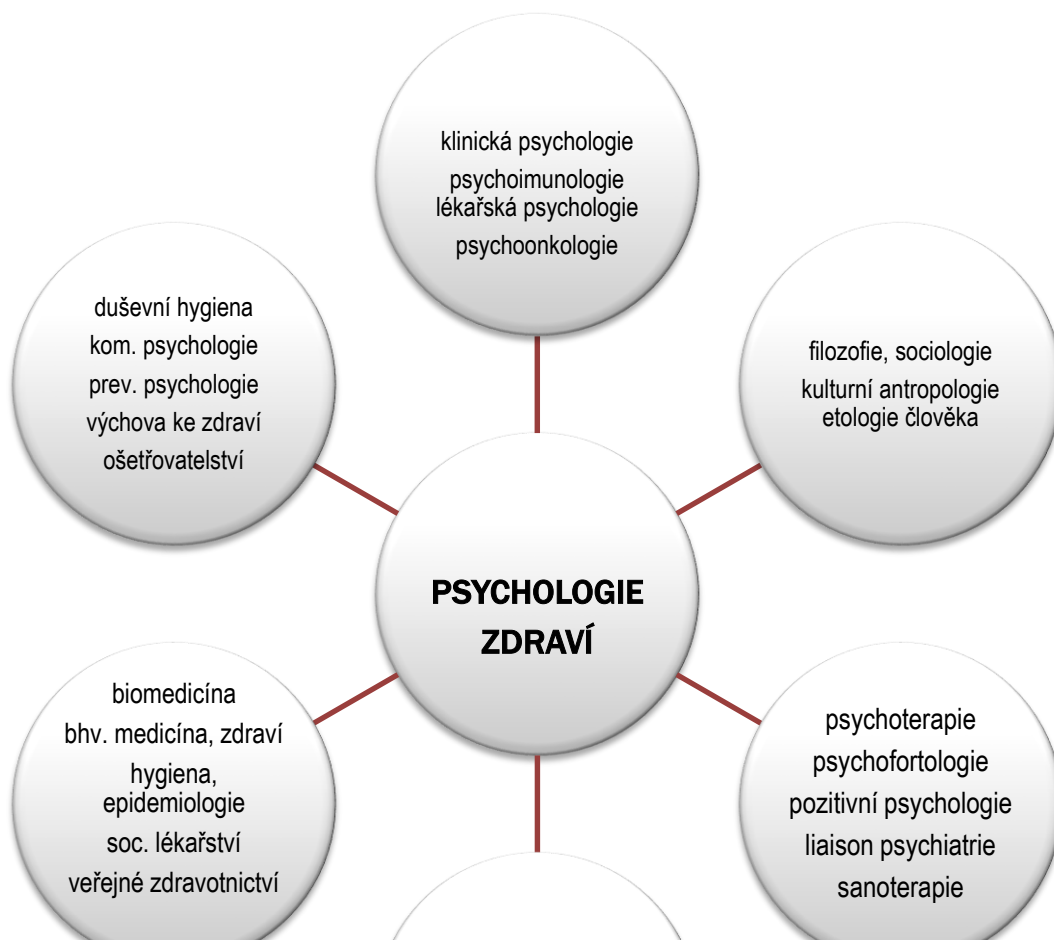
nemoci a **koncepti multikauzální etiologie jednotlivých skupin onemocnění**. Tato dvě východiska implikují interdisciplinární využívání poznatků a metod mnoha disciplín a vědních oborů. Aniž bychom si kladli za cíl vyčerpát všechny interdisciplinární přesahy, můžeme s určitým zjednodušením podíl jednotlivých vědních oborů a disciplín v kontextu psychologie zdraví vyjádřit následujícím schématem (schéma 6).

Formálně byla psychologie zdraví ustanovena v roce 1978 Americkou psychologickou společností (APA) a následně v roce 1985 definována jako souhrn specifických vzdělávacích, vědeckých a profesních přínosů psychologie jako disciplíny, k rozvoji a udržování zdraví, prevence a léčení nemocí, k identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemoci a příbuzných dysfunkcí, k analýze zdravotnického systému a zdravotnické politiky. Kvalitativní posun teoretického uvažování o problematice zdraví a nemoci a možnostech zdravotní péče na přelomu 80. a 90. let 20. století se odráží v postupném formulování předmětu oboru. Matarazzo (1980, 1982, 1984) jako jeden z prvních zdůrazňuje nezbytnost a možnosti mezioborové spolupráce při udržování vysoké míry zdraví, ovlivňování faktorů vedoucích k nemoci a zlepšování nepříznivých důsledků nemocí nebo následků léčení.

Podobně definují psychologii zdraví Kebza a Šolcová (2000) jako obor zkoumající **zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a prevence**. Brannon a Feist (1997) zdůrazňují úlohu chování a životního stylu v procesu zdraví a nemoci: psychologie zdraví se zabývá individuálním chováním člověka a životními styly, které mají vliv na jeho tělesné zdraví.

Obecně vymezuje psychologii zdraví Křivohlavý (1994) jako obor, který se zabývá **úlohou psychologických faktorů při udržování zdraví, prevencí nemocí, psychologií zvládnutí různých onemocnění, otázkami uzdravení a vyrovnáváním se s chronickými nemocemi**.

Schéma 6: **Vztah psychologie zdraví k jiným vědním oborům**



Důraz na **interdisciplinární charakter oboru** je patrný z definice Vašiny a Záškové (1996). Psychologii zdraví vymezují jako specifický příspěvek psychologické disciplíny k bázi poznatků a technik reprezentovaných behaviorální medicínou jako *multidisciplinárního oboru* a v tomto smyslu je ovlivňován a formován celý poznatkový systém psychologie zdraví jako kompatibilní s poznatkovými systémy a technikami dalších disciplín, které mají svůj podíl v tomto relativně celistvém oboru.

Aplikační možnosti psychologie zdraví rámcově naznačuje definice Taylorové (1995): „Psychologie zdraví je tou oblastí psychologie, která se věnuje porozumění psychickým vlivům, které ovlivňují to, zda člověk zůstane zdravý, proč ne onemocní a jak reaguje na to, když je nemocen. Soustřeďuje se na povzbuzování, posilování a udržování zdraví, na prevenci nemocí a na léčení nemocí. Spoluúčastní se etiologických studií (hledání odpovědí na otázky, proč člověk onemocní), zabývá se otázkami zdraví, nemocí a dysfunkcí. Věnuje se otázkám zlepšování systému péče o zdraví a vytváření zdravotní politiky.“

Hlavní charakteristiky a cíle psychologie zdraví shrnul ve své monografii Křivohlavý (2001):

- je zaměřena na psychicky relativně zdravé lidi, kteří jsou z psychologického hlediska v mezích normálu, nemají psychiatrické obtíže,
- je zaměřena na předcházení zdravotním těžkostem, jde jí v první řadě o prevenci; jde jí o udržování dobrého zdravotního stavu, posilování zdraví (health promotion), podporu zdraví (health enhancement), udržování zdraví a psychické povzbuzování zdraví,
- důsledně respektuje zásady vědecké práce, čerpá poznatky z psychosomatické medicíny, lékařské psychologie, klinické psychologie, behaviorálního zdraví ap.

2.2 Reflexe psychologie zdraví v praxi, perspektivy 21. století

Jak již bylo naznačeno, v rámci psychologie zdraví se rozvíjí jak základní, tak aplikovaný výzkum, praktické aplikace mají povahu klinickou, preventivní a poradenskou (Kebza a Šolcová, 2000). Beam (in Plante, 2001) zdůrazňuje zejména intervenční možnosti psychologie zdraví spojující fyzickou léčbu, vzdělávání, psychoterapii, sociální podporu a sociální inženýrství. Aktuální problémy současné klinické psychologie zdraví ilustruje tabulka 2.

Tabulka 2: **Oblasti zaměření psychologie zdraví v medicíně⁶**

alkoholismus	kouření
dráždivý tračník	poruchy příjmu potravy
panické poruchy	hypertenze
zvládání nemoci	astma
kardiovaskulární onemocnění	žaludeční vředy
chronická bolest	bolesti hlavy
diabetes mellitus	rakovina
poranění páteře	epilepsie
poruchy spánku	cystická fibróza
AIDS	stres, coping
sexuální poruchy	zneužívání návykových látek

Zdroj: Beam, 2004

Z hlediska možností rozvoje a posilování zdraví jednotlivců i celé populace psychologie zdraví vychází z předpokladu, že postupnou změnou chování ke zdraví lze v budoucnosti předejít mnoha zdravotním problémům a obtížím nebo je případně minimalizovat. Tento trend potvrdil také průběh 19. konference Evropské společnosti psychologie zdraví (2005), jejímž hlavním cílem bylo zmapování možností změny chování u nemocných či rizikových osob, ale i příprava všech, kdo mohou preventivně působit proti rizikovému chování a obstarávat zdravotní péči, včetně rodiny, školy, zaměstnavatelů i manažerů, profesionálních zdravotníků a osob zodpovědných za zdravotní péči v širších komunitách atd. Konference se zaměřila na čtyři základní oblasti:

⁶Výčet témat odráží začlenění psychologie zdraví mezi klinické obory v německy mluvících zemích. Rozsah aplikačních možností psychologie zdraví nastiňuje výčet některých problémů řešených na přelomu 20. a 21. století: Kognitivní momenty péče o zdraví – zranitelnost, optimismus. Sociálně-kognitivní modely v psychologii zdraví. Práce a zdraví – zdroje a možnosti prevence. Ochranné faktory zdraví. Emoce a zdraví (wellbeing). Zdravotní rizika a životní události. Práce a zdraví – boj se stresem a zvládání obtíží. Kardiovaskulární onemocnění, psychologie zdraví v prevenci a rehabilitaci. Výcvik a výchova v psychologii zdraví. Provádění zdravotního screeningu. AIDS a pomoc lidem HIV pozitivním. Organizace výcviku ve zvládání stresu (podniky, školy). Výcvik lékařů v psychologii zdraví. Problematika zdraví, sportu a pohybové aktivity. Psychologie a onkologické onemocnění. Psychoneuroimunologie. Kardiovaskulární reaktivita na psychologické psychotherapeutické zásahy. Longitudinální studie kouření mladistvých. Aplikace poznatků psychologie zdraví ve stomatologii. Vnímání ekologických problémů a jejich zvládání. Riziko nehod a zábrana úrazů. Odontofobie – její diagnostika a léčení. Zdravé chování školních dětí. Otázky kvality života. Rehabilitace pacientů s cévním onemocněním. Problematika zdravého způsobu chování. Zvládání nemocí – coping. Problematika zdravotního personálu z pohledu psychologie zdraví. Predikátory změny zdravotního postoje a chování. Otázky posilování zdraví (health promotion). Otázky sociální opory. Terapeutické intervenční techniky v psychologii zdraví. Sociálně založená nerovnost ve zdravotní péči aj.

- využití psychologických poznatků v somatickém lékařství,
- zdravý vývoj osobnosti v průběhu ontogeneze,
- zdravý život v různých životních situacích,
- holistický pohled na zdraví, zdravý životní styl, prevence rizikového chování, posilování duševní odolnosti, zvládání stresu v běžných a mimořádných situacích, primární prevence poruch, intervenční programy aj.

Evropská konference WHO Psychické zdraví (Helsinky 12.–15.1. 2005) zdůraznila, že psychické zdraví a duševní pohoda jsou fundamentálními předpoklady kvality života a produktivity jednotlivců, rodin, komunit a národů a že umožňují lidem zakusit rozměr smysluplnost života a být kreativními a aktivními občany. *Primárním úkolem aktivit v oblasti psychického zdraví je pozvednout blahobyt a činnost lidí zaměřením se na jejich silné stránky a možnosti, což povede k zesílení odolnosti a zkvalitnění ochranných vnějších faktorů.*

Rostoucí vliv salutogenetického modelu zdraví a nemoci se dlouhodoběji projevuje v oblasti veřejného zdraví a zdravotní politiky. Evropská deklarace psychického zdraví Zdraví 21⁷ zdůrazňuje zdravotní potenciál (zdravotní dispozice) jednotlivce, aktivní možnost pečovat o své zdraví a podíl na rozhodování. *Základním cílem programu je dosáhnout plného zdravotního stavu pro všechny.* Na tento cíl navazují dva dílčí cíle: posilování a ochrana zdraví lidí v průběhu celého života a snížení incidence hlavních nemocí a omezení strádání, které lidem přinášejí. Z hlediska potenciálu psychologie zdraví je zajímavý **Cíl 6: „Zlepšení duševního zdraví“**, který stanovuje úkol: **„Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb“**. V oblasti péče o duševní zdraví má být přede-vším věnována pozornost:

- snižování stigmatizace spojené s duševním onemocněním a prevenci a podpoře duševního zdraví,
- primární péči o osoby s duševní poruchou,
- efektivnější kombinaci psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunitní péče,
- kontinuálnímu vzdělávání zdravotnického personálu s důrazem na identifikaci rizikových faktorů, jejich ovlivňování a vhodné použití moderních léčebných metod,
- snížení počtu sebevražd včasným a správným diagnostikováním a léčbou depresí,
- péči o duševní zdraví je nutno věnovat především rizikovým skupinám obyvatel.

Z hlediska možností širšího využití psychologických metod v primární prevenci, léčbě a rehabilitaci je výzvou zejména dílčí úkol č. 6.1.: **Podstatně omezit výskyt a**

⁷Program **Zdraví 21** je národní variantou programu WHO (Health 21 – health for all in the 21st century). Je postaven na pěti vzájemně provázaných principech: ekvita, solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast a etická volba. Program je rozpracován do 21. cílů: 1. Solidarita ve zdraví v Evropském regionu. 2. Spravedlnost (ekvita ve zdraví). 3. Zdravý start do života. 4. Zdraví mladých lidí. 5. Zdravé stárnutí. 6. Zlepšení duševního zdraví. 7. Snížení výskytu přenosných nemocí. 8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí. 9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy. 10. Zdravé bezpečné životní prostředí. 11. Zdravější životní styl. 12. Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem. 13. Zdravé místní životní podmínky. 14. Spoluodpovědnost všech rezortů za zdraví. 15. Integrovaný zdravotnický sektor. 16. Řízení k vyšší kvalitě péče. 17. Financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů. 18. Příprava zdravotnických pracovníků. 19. Výzkum a znalosti pro zdraví. 20. Získávání partnerů pro zdraví. 21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny. Časovou prioritou jsou cíle 19.–21., cíle 10.–13. mají být splněny do roku 2015, úkoly týkající se bezprostředně zdravotního stavu jsou zaměřeny do roku 2020.

nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky.

Z předchozího textu je patrné, že se konkrétní modely zdraví a nemoci vždy do určité míry promítají do zdravotní politiky státu, systému zdravotní péče, rozsahu a kvality poskytované léčebně preventivní péče. Svědčí o tom také programové prohlášení WHO „**Zdraví 2020**“ (Malta, 10. – 13. 9. 2012). 62. zasedání Regionální rady pro Evropu za hlavní cíl považuje: „**významně zlepšit zdraví a well-being populací, snížit nerovnost v souvislosti se zdravím, posílit zdraví veřejnosti a zajistit univerzální, spravedlivé, udržitelné a vysoce kvalitní na pacienty orientované zdravotnické systémy.**“

Přestože se jedná spíše o politickou deklaraci – „**zdraví jako hlavní společenský zdroj a investice**“, proklamovaný cíl zahrnuje řadu faktorů ovlivňujících zdraví populace i jednotlivců (např. zaměstnanost a socioekonomický gradient, sociální kapitál a komunitní resilience, pracovní prostředí, zdraví podporující chování, podpora well-being, akcent na primární prevenci, rovnost ve zdravotní péči aj.). Jedná se o problémy, kterými se teoreticky i prakticky v posledním desetiletí zabývá psychologie zdraví. Health 2020 obsahuje 4 prioritní vzájemně provázané oblasti:

1. **Investice do zdraví jako celoživotní přístup, podíl populace na moci** – zvýšení průměrné délky zdravého života a dlouhověkosti, což zahrnuje důležité ekonomické, společenské a individuální benefity (lepší zdravotní podmínky, zdravotní gramotnost, podpora nezávislosti života a možnosti volby mezi zdravější nebo jednodušší variantou; bezpečné porody, zdravý start do života, propagace bezpečí a ochrany v průběhu dětství a mládí, propagace a podpora zdravého pracovního prostředí, podpora zdravého stárnutí). V souvislosti s epidemií obezity v Evropě je prioritou zajištění kvalitních potravin a zdravé výživy; vysoce relevantní je posílení a podpora duševního zdraví prostřednictvím preventivních komunitních programů (každý čtvrtý obyvatel evropského regionu má za život zkušenost s některou z duševních poruch, zvláště důležité je zajistit včasnou diagnózu deprese),
2. **Řešení zásadních zdravotních problémů regionu u infekčních a neinfekčních onemocnění** – postup dle existujících strategií, prevence; sdílení informací a společný monitoring nakažlivých infekcí, bakteriálních nákaz,
3. **Posílení zdravotnických systémů orientovaných na člověka, kapacity veřejného zdravotnictví, připravenosti na pohotovostní situace, dohledu a reakcí** – reagovat na měnící se demografii a vzorce onemocnění (zejména chronická a duševní, pak obtíže spojené se stárnutím), regulace zdražování léčebně preventivní péče hnané nabídkou a omezení plýtvání prostředky; primární péče o zdraví jako pilíř zdravotnických systémů 21. století; revitalizace veřejného zdraví a transformace dostupnosti služeb vyžaduje reformaci vzdělávání a tréninku profesionálních zdravotníků,
4. **Vybudování resilientních komunit a podpůrných prostředí** – klíčový faktor ochrany zdraví, péče o životní prostředí a ochrana populace před rizikovým a kontaminovaným prostředím; rozšíření interdisciplinární a mezisektorové spolupráce v oblasti zdraví člověka, prostředí a fauny.



Kontrolní otázky

1. Definujte předmět psychologie zdraví.
2. Jaký je vztah psychologie zdraví k jiným vědním oborům?
3. Objasněte vztah psychologie zdraví a pozitivní psychologie.
4. Jaké jsou hlavní oblasti projektu Zdravá škola? Jaké úkoly vyplývají pro prevenci z programového prohlášení WHO „Zdraví 2020“?



Souhrn



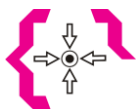
Literatura

HAVLÍNOVÁ, M. a kol. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 1 vyd. Praha: Portál, 1998, 280 s. ISBN 80-7178-263-7.

ZDRAVÍ 21. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. Praha: MZ ČR, 2003

ZDRAVÍ 21. *Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie*. Praha: MZ ČR, 2004

3 Interakční přístup k psychické zátěži a stresu



Cíle

Seznámit s interakčním přístupem k psychické zátěži a stresu .



Časová náročnost



Pojmy k zapamatování

Psychická zátěž, stres, náročné životní situace, mikrostressory, taxonomie zátěžových situací, frustrace, deprivace, konflikt

3.1 *Psychická zátěž a stres v procesu zdraví a nemoci*

Stres jako komplexní odezva organismu na fyzickou nebo psychickou zátěž zajišťuje optimální činnost všech funkcí organismu v nových podmínkách. Závažné, zejména psychosociální stresory ovlivňují imunitní systém a mohou spustit patofyziologický proces, který by bez přítomnosti stresu nevznikl, nebo by nenastal tak brzy. Pro individuální posuzování vzniku, rozvoje, udržování a ukončení složitějších lidských aktivit lze shodně s Vymětalem (2007) využít následující rovnici:

$$R = fc (P-O-S)$$

R - **reakce** (projev, odezva),

Fc - **funkce** (interdependentní vztahy – cirkulárně kauzální povahy),

P - **podnět** (skutečnost, kterou jedinec bezprostředně a selektivně vnímá a hodnotí),

O - **člověk** jako psychologický celek (povaha, osobnostní rysy a vlastnosti, schopnosti, konstituce),

S - **situace** (bezprostředně i dlouhodobě působící okolnosti, v rámci kterých se uplatňují ostatní proměnné).

V pojetí řady autorů je život proměnlivý, dynamický a tím i implicitně stresogenní. Termín **stres** nemá ani v současnosti jednotný obsah (Smolík, 2002). Užívá se promiskue pro označení výrazně nepříjemných situací, fyziologických, behaviorálních a subjektivních odpovědí na ně, okolností zprostředkujících kontakt jedince se zátěží nebo všech výše uvedených možností jako systému. Kebza (2005) v této souvislosti upozorňuje na skutečnost, že pojem stres je nepřesně používán jako univerzální pojem sloužící k označení jakéhokoli požadavku, jemuž je potřeba vyhovět, případně kterákoli část stresové reakce od podnětů navozujících stresovou reakci přes působící stresory, iniciující navození, průběh a důsledky stresové reakce. Obdobně pojem zátěž implicitně vyjadřuje tři aspekty: **podnět, subjektivní prožitek a reakci na podnět.**

Interakční model psychické zátěže a stresu postihuje složitosti intraindividuální a interindividuální variability reakcí a vzorců chování člověka v situačních kontextech na pomyslném kontinuu adaptace, růst a seberozvoj osobnosti na straně jedné a selhávání, desintegrace osobnosti na straně druhé.

3.2 Náročné životní situace a mikrostressory

Životní situace a události, nároky a činnosti, na které musí člověk v průběhu životní cesty reagovat a aktivně je řešit, tvoří homogenní skupinu. Van der Zanden (1990) rozlišuje tyto *obecné kategorie událostí*:

- události vztahující se k celospolečensky probíhajícím sociálním procesům, určující „atmosféru“ doby,
- události intenzivně prožívané jednotlivcem,
- události spojené s vnitřním růstem,
- události jako důsledky pro skupinový život (válka, ekonomická krize),
- události vyplývající z náhod fyzikálního světa (povodně, zemětřesení),
- události mající silné vnitřní psychologické komponenty.

V této souvislosti nelze opomenout dnes již tradiční koncepci životních událostí (Holmes a Rahe, 1967). Vychází z předpokladu, že *každá životní změna nebo událost je spojena s určitou náročností ve smyslu kladených požadavků na aktivní adaptaci v čase*. Tuto premisu v praxi ověřil teoretický konstrukt tzv. **škály sociální readjustace** (tabulka 1). Přednosti této metody podle Kebzy (2005) spočívají zejména v její vysoké obsahové validitě, vhodném systému kvantifikace, zařazení **distresových a eustresových** položek, možnosti výběru podle dvou verzí koeficientu retrospektivy. Závažné životní události jsou subjektivně výrazně negativně hodnocené, obvykle nepředvídatelné, jedincem obtížně kontrolovatelné a ovlivnitelné (Vymětal, 2003).

Praško a Prašková (2003) definují životní událost jako cokoli, co se člověku stane a co ho přinutí *změnit rutinní způsob života*, zdůrazňují, že se nemusí jednat pouze o tragédie. Podle Bašteckého a Berana (2003) životní události představují pro subjekt změnu navyklého způsobu života a vyžadují nové, nezvyklé či zvýšené aktivity nebo přizpůsobení se nové situaci. **Životní události ovlivňují dlouhodobou kvalitu života** spojenou se směřováním, naplňováním životních cílů, uspokojováním potřeby rozvoje a růstu, uskutečňováním vnitřních možností, hledáním nového smyslu života (Frankl, 1994). Podle Vymětala (2003) mohou mít životní situace psychotraumatický ráz, dekompenzaci zdravotního stavu často předchází právě životní událost. Zvýšené riziko je spojeno zejména s událostmi, které přicházejí nečekaně, jsou nežádoucí, neovlivnitelné a jsou subjektivně negativně prožívány. Řada studií potvrzuje, že životní události jako jsou úmrtí životního partnera, rodiče nebo dítěte, rozvod, ztráta zaměstnání ap. mají negativní dopad na zdraví. Ztráta zdraví, statusu nebo blízké osoby mohou být spouštěcím mechanismem rozvoje afektivních poruch. Naopak **přítomnost životních událostí lze podle některých autorů považovat za indikátor již existující psychické poruchy**, jež ovlivňuje subjektivní hodnocení i proces zvládnutí životních situací. Ne všechny životní události se vyskytují ojedinele, řada z nich může generovat specifický řetězec změn, který má za následek radikální celkovou změnu životního stylu přesahující adaptabilitu jedince. Velmi často dochází k rozvoji potíží až po určité časové latenci.

Spektrum životních situací je nezbytné rozšířit o tzv. **denní události**, které vyvolávají mrzutost, rozladu a drobné starosti. Jedná se o drobné, běžné, každodenní nepříjemnosti (daily hassles), které působí dlouhodobě a jejich účinek se může kumulovat.

Mohou ovlivňovat zdraví a nemoc dvojitým způsobem – svou kumulativností nebo tím, že mohou vstupovat do relací mezi životními událostmi a nemocí jako facilitující činitel. Nejedná se však o prostý lineárně-kauzální vztah.

Tabulka1: Škála hodnocení sociální readjustace

Pořadí	Zivotní událost	HS
1.	Smrt partnera	100
2.	Rozvod	73
3.	Rozvrat manželství	65
4.	Výkon trestu	63
5.	Umrті blízkého člena rodiny	63
6.	Uraz nebo vážné onemocnění	53
7.	Sňatek	50
8.	Ztráta zaměstnání	47
9.	Usmíření nebo přebudování manželství	45
10.	Odchod do důchodu	45
11.	Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12.	Těhotenství	40
13.	Sexuální potíže	39
14.	Přírůstek nového člena rodiny	39
15.	Změna zaměstnání	39
16.	Změna finančního stavu	38
17.	Umrті blízkého přítele	37
18.	Přeřazení na jinou práci	36
19.	Závažné neshody s partnerem	35
20.	Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31
21.	Splatnost půjčky	30
22.	Změny odpovědnosti v zaměstnání	29
23.	Syn nebo dcera opouští domov	29
24.	Problémy s příbuznými z partnerovy strany	29
25.	Výjimečný osobní čin nebo výkon	28
26.	Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání	26
27.	Začátek školy nebo její ukončení	26
28.	Změna životních podmínek	25
29.	Revize životních návyků	24
30.	Problémy a konflikty s nadřízenými	23
31.	Změna pracovní doby či podmínek	20
32.	Změna bydliště	20
33.	Změna školy	20
34.	Změna spojená s dovolenou	19
35.	Změna církve nebo politické strany	19
36.	Změna sociálních aktivit	18
37.	Půjčka menší než průměrný roční plat	17
38.	Změna stravovacích, spánkových zvyklostí	16
39.	Dovolená	13
40.	Vánoce	12
41.	Přestupek a jeho projednávání	11

Interindividuální i intraindividuální variabilita odpovědí na uvedené situační kontexty je ovlivněna interakcí řady faktorů. U vulnerabilních jedinců jsou životní

události rizikovým faktorem pro nástup organického onemocnění prostřednictvím neurohumorálních a patofyziologických reakcí charakteristických pro stres. **Moderující roli** sehrávají vedle hereditárních předpokladů (psychosomatická reaktivita, psychofyziologie temperamentu) zejména postoje, kognitivní styly osobnosti, předchozí příznivá nebo nepříznivá zkušenost s obdobnou situací, naučené způsoby vyrovnávání se se zátěží, zakotvenost ve světě a prožívaná smysluplnost života. Pravděpodobnost morbidity také souvisí s kvalitou a dostupností sociální opory.

Přestože životní situace potenciálně představují rizikové faktory pro vznik a rozvoj poruch zdraví, jejich **překonání a vyřešení posiluje osobnost jedince a akceleruje proces zrání** (Vymětal, 2003). V průběhu biodromální životní cesty se psychická integrita osobnosti udržuje v závislosti na vnitřních předpokladech a vnějších podmínkách, vždy na nově dosažené interakční kvalitě.

3.3 *Psychická zátěž a stres*

Interakce subjektu s vyhocenými životními kontexty je aktivním procesem obnovování vnitřní integrity a rovnováhy s životním prostředím různé povahy, kvality a časového trvání (Mikšík, 2005). Končí obnovením rovnováhy či psychickým selháním s různorodými důsledky v psychice individua. Podstatu tohoto procesu vystihuje podle autora termín **psychická zátěž**. Štikar (2003) v souvislosti s psychickou zátěží zdůrazňuje homeostatický proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Při hodnocení zátěže autor rozlišuje tři kategorie jevů:

- požadavky kladené na činnost (zároveň podmínky, za kterých je činnost realizována),
- chování jedince při činnosti, jež se projevuje v objektivní a prožitkové sféře,
- nároky požadavků a podmínek na vlastnosti jednotlivce.

Hladinu subjektivně prožívané psychické zátěže můžeme shodně s Mikšíkem (2003) členit do čtyř kategorií:

1. **běžná zátěž** – představuje život v obvyklých, osvojených kontextech života,
2. **optimální zátěž** – stimuluje a podmiňuje psychický rozvoj osobnosti,
3. **hraniční zátěž** – představuje nároky, s nimiž se člověk vyrovnává s mimořádným vypětím psychických sil, člověk je schopen na subjektivně přijatelné úrovni integrovanosti zátěžovou situaci řešit,
4. **extrémní psychická zátěž** – jedinec není s to rozvinout integrovanou interakci s prostředím, prosazují se rozmanité struktury a obsahy dezintegrace, maladaptivních projevů a psychického selhání.

Podle povahy vzájemných vztahů mezi potenciálními předpoklady jedince a situačními nároky na psychickou odolnost lze rozlišovat pět typů zátěžových situací (tabulka 2).

Působení různých druhů zátěží může vyvolávat psychickou nerovnováhu, která má někdy částečný či dočasný charakter. Tato nerovnováha se může projevit změnami v prožívání, uvažování i chování, v extrémních případech může vyústit v dezintegraci psychiky. Zátěžové situace lze posuzovat také z hlediska závažnosti, možného přínosu pro rozvoj dalších kompetencí, případně celé osobnosti. Vágnerová (2008) shodně s jinými autory v této souvislosti rozlišuje frustraci, deprivaci a konflikt.

Tabulka 2: Taxonomie zátěžových situací

Kontext	Stimulace rozvoje osobnosti	Dezintegrující účinky
1. Nároky na činnost a výkonnost	zvyšování práceschopnosti, rozvoj dovedností, pracovních návyků, postupů, činností a interakcí, odolnosti vůči únavě a strategií zvládnání	rozvoj tendence resignovat, lhostejný vztah k životu, úkolům a povinnostem, pocity deprese, vyčerpání a nedostačivosti, snadná unavitelnost, nižší koncentrace na výkon
2. Problémové situace	rozvoj schopností vyrovnávat se s novými situacemi, s nároky na přizpůsobivost a kreativitu	neschopnost vpravit se do vzniklé reality, rozvoj maladaptivní interakční odezvy na řešený problém
3. Překážky v dosažení cíle	rozvíjení volných vlastností a schopností aktivně se vyrovnávat s překážkami na cestě k dosažení cíle	regrese cíle směrných aktivit, spontánní uvolňování tenzí spojených s frustrací a deprivací potřeb
4. Konfliktogenní situace	rozvoj integrované struktury procesů rozhodování a jednání v ambivalentních podmínkách a situacích	aktualizace subjektivně neřešitelných nároků na rozhodnutí přijmout jednu z neslučitelných variant jednání
5. Stresogenní situace	rozvoj odolnosti vůči bezprostředním účinkům nových okolností na realizaci osvojených aktivit	dezintegrace psychických struktur a osvojených činností, neobvyklostí a anticipací možných důsledků chybného kroku

Frustrace je spojena se situacemi, kdy jedinec nemůže odstoupit od cílového rozhodnutí a přitom jeho úsilí nevede k dosažení cílového stavu (Mikšík, 2009, 54). Zmaření na cestě k dosažení požadovaného cíle je provázeno rozvojem enormního psychického napětí. Jedinec usiluje o jeho redukci hledáním a nalézáním kompromisů. Zvolené způsoby jednání nevedou k žádoucímu efektu a dochází k nepřiměřeným reakcím na neuspokojení. Intenzita frustrace závisí na subjektivní významovosti dosažení vytyčeného cíle a na jeho zastupitelnosti jiným náhradním cílem. Intenzivní stavy frustrace zažívá člověk při blokování základních životních potřeb. Vzniklou situaci frustrace lze řešit podle Švancary (2003) několika možnými způsoby: submisivně (neschopnost k akci), aktivně (překonání překážky), obejitím překážky a hledáním náhradního cíle a stažením se ze situace (fyzicky nebo ve fantazii). Schopnost snášet frustraci souvisí také s **frustrační tolerancí**. Hošek (1997) uvádí faktory ovlivňující frustrační toleranci:

- dědičné vlivy – specifika nervové soustavy, temperament
- typologické vlivy – somatotyp, osobnostní rysy
- vyčerpání, oslabení, úraz, nemoc, zdravotní handicap
- věk – frustrační tolerance stoupá s rostoucím věkem, nejnižší je u malých dětí a seniorů, frustrační tolerance se snižuje v některých kritických obdobích lidského života (puberta, klimakterium, odchod do důchodu aj.)
- nedodržování správné životosprávy (spánkový režim, nezdravá strava, nedostatek pohybu a nízká fyzická kondice)
- mentální deficit – nižší schopnost se vyrovnávat s nároky prostředí, nereálnost aspirací
- výchova – správná výchova vede k přiměřené adaptaci na neúspěchy a nezdary, hyperprotektivní výchova vede ke vzniku nižší frustrační tolerance.

Deprivace je stav, kdy dochází k neuspokojování základních biologických či existenciálních potřeb nebo nejsou uspokojovány v dostatečné míře. Říčan (2011,112) uvádí tyto existenciální potřeby formulované Frommem:

1. potřeba vztaženosti k druhým, v níž má být spojena blízkost a nezávislost,
2. potřeba transcendence (sebe přesahu),
3. potřeba zakořenění,
4. potřeba identity,
5. potřeba orientačního rámce a oddanosti.

Oproti frustraci, kdy může člověk volit zástupné cíle a náhradní řešení, je v případě deprivace východiskem pouze vzpoura či rezignace (Mikšík, 2007). Podle oblasti strádání rozlišujeme tyto typy deprivací:

- deprivace v *oblasti biologických potřeb* (nedostatek jídla, spánku apod.),
- *podnětová* deprivace (nedostatek stimulace),
- *kognitivní* deprivace (nedostatek a zanedbání výchovy a výuky k potřebnému učení),
- *citová* deprivace (neuspokojení citového vztahu s matkou, či jinou významnou osobou),
- *sociální* deprivace (nedostatek přiměřených kontaktů s lidmi).

Konflikt obecně označuje střet dvou a více rozporných tendencí či snah. V konfliktní situaci se člověk musí rozhodnout mezi dvěma či více rozpornými motivy, jejichž současné uspokojení se vylučuje. Pro vznik konfliktu jsou typické pocity nerozhodnosti, váhání či bezradnosti. Mikšík (2007,219) na základě interakčního přístupu rozlišuje konflikty pramenící z rozporu mezi vnějšími požadavky na cílové jednání a vnitřní tendencí člověka rozhodnout se pro určitý obsah a směr aktivit, podle kterých by i jednal. Dále to může být i střet dvou protikladných tendencí v procesu rozhodování jak se v dané situaci zachovat a jednat. Častým zdrojem konfliktů jsou zvnitřnělé konflikty dvou vnějších protikladných požadavků na směřování rozhodování a jednání neboli způsob řešení vzniklého konfliktu. Psychická zátěž je důležitým faktorem, který ovlivňuje pracovní spokojenost, subjektivní pohodu a zdraví jedince i pracovních skupin. Pracovní rizikové faktory mohou přispívat k nespécifickým zdravotním důsledkům v somatické sféře.



Kontrolní otázky

Objasněte pojmy: stresor, náročná životní situace, mikrostressor, každodenní životní události.

1. Vysvětlete podstatu homeostatického procesu psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí jedincem.
2. Kdy dochází k psychické dezintegraci, co je její podstatou?
3. Které faktory ovlivňují (ne)úspěšnost vyrovnávání se s nároky prostředí?
4. Z jakého důvodu dochází k rozvinutí traumatu a k posttraumatickému rozvoji?



Souhrn

Text seznamuje s rolí psychické zátěže a stresu v procesu zdraví a nemoci. Náročné životní situace a mikrostressory, taxonomie zátěžových situací. Možné psychické důsledky expozice stresoru.



Literatura

- HNILICA, K. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. In PAINE, J. (Ed.) *Kvalita života*, Praha: Triton, 2005. s. 473 – 488.
- MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, 256 s.
- PELCÁK, S. Proaktivní zvládání psychické zátěže a stresu. In *Sociální práce a sociální služby*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, s. 44 – 53.

3.4 Mechanismus stresové reakce (biologický model stresu)

Epidemiologické studie životního stresu již tradičně ukazují na vzájemnou souvislost psychické zátěže, stresu a zdravotního stavu člověka. Štikar (2004) při souhrnné analýze vzájemného působení pracovní zátěže a zdravotních problémů zdůrazňuje, že **pracovní zátěž je spojena s bezprostředními projevy v oblasti psychické, fyziologické a behaviorální**. V psychické rovině uvádí krátkodobé stavy popisované jako rozlada, únava a únavě podobné stavy, emoční a náladové stavy dané obecnou energetickou aktivací. Zdravotní relevance těchto bezprostředních projevů není tak nápadná jako u stresu, avšak dlouhodobá akumulace může vést k důsledkům v psychické i somatické sféře. Rizikovým faktorem je v této souvislosti také **zdravotně významné chování**, jako je kouření, alkohol, nesprávné stravovací zvyklosti, nedostatek pohybu. Dalšími rizikovými faktory mohou být některé osobnostní vlastnosti, styl vyrovnávání se se stresem, potlačování emocí, přehnaná racionalita (Štikar a Rymeš, 2000). Současný pohled na mechanismus rozvoje stresu, naznačující možné souvislosti mezi stresem a zdravotním stavem, je syntézou nosných biologických stresových koncepcí a novějších psychologických konstruktů, které je dále rozpracovaly:

- **Cannon prokázal zvýšenou aktivitu sympatoadrenálního systému při odpovědi na zátěž vnímanou jako výzvu**, položil základy ke studiu katecholaminové odpovědi označované jako *reakce útok – útěk* (fight-flight behavior),
- **Selye v rámci koncepce obecného adaptačního syndromu popsal aktivaci osy hypothalamus – hypofýza – kůra nadledvinek v situacích, kdy není možné získat kontrolu nad chronicky působícím stresorem** (behaviorálním projevem je ústup, rezignace, emocionální odezva je charakterizována smutkem, depresí a apatií),
- **Lazarus (1966), Arnoldová (1967) potvrzují význam kognitivního hodnocení situačních nároků a zdrojů, které jsou k dispozici pro zvládnutí**; poukazují na *úlohu anticipace nepříjemné události* při vzniku stresové reakce, modifikaci chování a neuroendokrinní složky stresové odpovědi, *Mason (1971)* ve své aktivační hypotéze poukázal na *neuroendokrinní koreláty psychických stavů*, dále rozpracoval vazbu mezi kognitivním hodnocením situace, zkušeností a psychickou reakcí na působení stresoru a neuroendokrinním doprovodem.

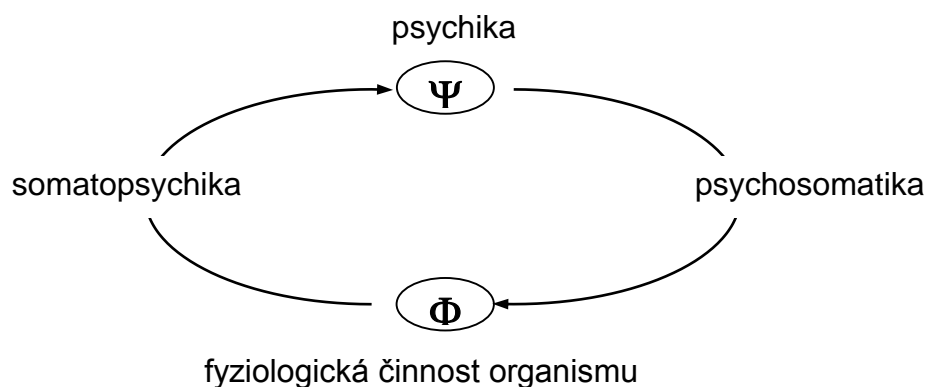
Stres představuje z fyziologického hlediska nespecifickou, stereotypně nastávající reakci organismu na vlivy narušující relativní rovnováhu organismu (fyzikální, psychické, sociální). Stresová reakce zajišťuje udržení homeostázy za mimořádných podmínek a směřuje k přežití organismu. Stresová reakce lidského organismu je v tomto kontextu tradičně členěna do tří fází:

- 1. Poplachová reakce je charakteristická celkovou mobilizací energetických zdrojů organismu.** Okamžitá aktivace SAS s vyplavením katecholaminů (zvýšení TK, glykogenolýza, lipolýza) zajišťuje metabolické substráty (glukóza, volné mastné kyseliny) nezbytné pro svalovou práci. Současně dochází k aktivaci systému CRH – ACTH – kortizol a zvyšuje se sekrece kortizolu. Aktivují se i ostatní složky POMC systému. Poplachová – alarmová fáze stresové odpovědi podle Bartůňkové (2010) zahrnuje:
 - rychlou mobilizaci energetických zdrojů (glukóza a mastné kyseliny ze svalů, jater a tukové tkáně)
 - zvýšení funkce kardiopulmonálního systému – redistribuce krve k srdci a ke svalům končetin)
 - zvýšení svalového napětí a svalové síly
 - snížení pocitu bolesti
 - zlepšení kognitivních a smyslových schopností, zlepšení paměti
 - rozšíření zornic pro efektivnější orientaci v prostoru
 - zkrácení koagulačního času (příprava na zranění)
 - snížení obranyschopnosti k uchování energie pro krizový stav
 - potlačení trávicích pochodů (útlum peristaltiky a sekreční činnosti) při současné stimulaci činnosti tlustého střeva a močového měchýře
 - zvýšené pocení
 - snížení reprodukčních mechanismů
- 2. Adaptační fáze (resistence) je spojena s relativním zklidněním, zajišťuje další zdroje pro mobilizaci energie.** Je charakterizována další aktivací systému POMC a CRH – ACTH – kortizol, který svým glukoneogenetickým a lipolytickým účinkem (uvolnění mastných kyselin a glycerolu) zajišťuje substrát pro energetické reakce. Další účinky kortizolu (proteokatabolický, imunosupresivní, demineralizace kostí) nastávají jen při jeho velkém nadbytku. V této fázi je schopnost organismu odolávat stresu maximální. Pokud není adaptace dostatečně účinná, zůstává organismus v trvalém napětí. Neschopnost jedince vyrovnat se s chronickým charakterem stresu může vyústit v tzv. *psychosomatická onemocnění*.
- 3. Fáze vyčerpání (exhaustion) – získaná resistance je nedostačující, případně klesá.** Pokud je stres příliš velký nebo trvá příliš dlouho nebo je sekrece kortizolu narušena (poškození kůry nadledvinek) a organismus stresu podléhá (hypotenze, šok, srdeční selhání aj.).

Podle autora této koncepce (Generální adaptační syndrom – GAS) Selyeho má na vytváření odolnosti vůči účinkům stresu vliv činnost endokrinní a nervové soustavy. **Organismus se snaží dosáhnout stavu homeostázy, rovnováhy.** Selye poukazuje na to, že „bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností, protože stres je ve své podstatě aktivačním činitelem“ (Selye, 1966, 17). Zdravý organismus se vrací po zvládnutí stresu do stavu rovnováhy, adaptací na zvládnuté stresy se ale rozvíjí. Stres jako komplexní odezva organismu na fyzickou nebo psychickou zátěž zajišťuje optimální činnost všech funkcí organismu v nových podmínkách. Může být vyvolán jakýmkoli traumatem, bolestí, infekcí, intenzivním chladem nebo teplem, injekcí noradrenalinu nebo jiných sympatikomimetických látek, chirurgickými zákroky, injekcí nekrotizujících látek do kůže, imobilizací, psychickou zátěží (Kříkava a kol., 2007). **Závažné, zejména psychosociální stresory, ovlivňují imunitní systém a mohou spustit patofyziologický proces, který by bez přítomnosti stresu, jenž posloužil jako katalyzátor, nevznikl nebo by nenastal tak brzy** (Kebza, Šolcová, 1996). Evans a kol. (1997) přicházejí s hypotézou o *rozdílném fungování imunitního systému v reakci na akutní a chronický stresor*. Akutní

stres doprovázený aktivní snahou o zvládnutí situace zvyšuje aktivitu imunitního systému. Oproti tomu chronický stres kombinovaný se ztrátou kontroly nad situací naopak aktivitu a funkčnost imunitního systému snižuje (schema 1).

Schéma 1 Psychické a zdravotní důsledky stresu



Pelcák, 2008

Tabulka 3 Nejčastější projevy stresu

Fyziologické	Emocionální	Chování
bušení srdce	výkyvy nálady	nerozhodnost
svíravá bolest na prsou	starost o nedůležité věci	neopodstatněné nářky
nechutenství a plynatost	neschopnost empatie	zvýšená absence
křečovitě břišní bolesti	starosti o tělesné zdraví	nemocnost
průjem	nadměrné denní snění	pomalé uzdravování
časté nucení k močení	omezení sociálního kontaktu	zvýšená nehodovost
impotence	pocity únavy	zhoršený pracovní výkon
snížení libida	poruchy pozornosti	vyhýbání se úkolům
menstruační poruchy	zvýšená podrážděnost	zvýšený konzum alkoholu
podivné pocity v končetinách	úzkostnost	zvýšená spotřeba cigaret
napětí a bolesti páteře	výbušnost	zneužívání léků na spaní
bolesti hlavy	agresivita	nechutenství
migrény	smutek	přejídání
vyrážky na kůži	apatie	změny životního rytmu
nepříjemné krční pocity	lhostejnost	promiskuita
dvojitě vidění	deprese	zneužívání drog



Kontrolní otázky

- 1 Objasněte „biologickou“ koncepci stresu. Jaké jsou nejčastější projevy stresu?
- 2 Jakými mechanismy ovlivňuje stres imunitu organismu a lidské zdraví?
- 3 Co je to psychoneuroimunologie?



Souhrn

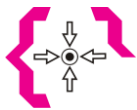
Text seznamuje s biologickou koncepcí stresu, teoretickými modely koncepce, fázemi stresové odpovědi, nejčastějšími důsledky expozice stresu.



Literatura

BARTŮŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6

4 Resilience a proaktivní zvládání stresu



Cíle

Seznámit s problematikou resilience a jejími faktory (zdroji) na úrovni jednotlivce, sociálních skupin a společnosti, objasnit mechanismy fungování resilience v průběhu biodromálního vývoje jedince a fází rodinného životního cyklu (rodinná resilience).



Časová náročnost



Pojmy

Resilience, zdroje resilience, mechanismy fungování resilience, resilientní rodina, zdravé rodinné fungování, osobnostní nezdolnost, sociální opora

4.1 Resilience jako biodromální proces

Obecně resilienci socio-ekologických systémů definují tři charakteristiky: a) **míra změny**, kterou může systém podstoupit při zachování v zásadě stejné struktury, funkce, identity a zpětnovazebního mechanismu, b) úroveň, do které je systém ještě **schopen sebeorganizace**, c) úroveň, do které systém ještě projevuje **kapacitu pro učení a adaptaci** (Quinlan a Allyson, 2003; Stuart a Downing, 2004). Podle Adgera a Neila (2000) představuje resilience **nárazníkovou (buffering) kapacitu** nebo schopnost systému absorbovat rušivé podněty, dokud systém nezmění svou strukturu změnou proměnných a procesů, které regulují chování. Zajímavá je definice (Dow, K. 1992, s. 420), zahrnující také **vztah k vulnerabilitě**. „Vulnerabilita je funkcí kombinace vystavení, rezistence a resilience, kde vulnerabilita odpovídá podmínkám, za kterých systém nebo jeho část může nepříznivě reagovat na výskyt ohrožující události... **resilience je dle autora míra kapacity systému nebo jeho části vstřebat a překonat výskyt ohrožující události**“.

Ungar (2004, s. 342) inspirovaný sociálním konstrukcionismem definuje resilienci jako „výsledek výměn (negotiations) mezi jedinci a jejich prostředím za účelem získání zdrojů k tomu, aby se mohli vymezit jako zdraví v podmínkách, které společně vnímají jako nepříznivé“. Problematice resilience se věnuje soustavně také řada českých autorů. Paulík (2009) shodně s předchozími definicemi resilienci spojuje se schopností systému zmírnit strain s využitím předchozí úspěšné adaptace. Podle Hoskovcové (2006, s. 44) je resilience schopnost přežít stresor (nebo ohrožující faktor) a vyhnout se dvěma nebo více nepříznivým životním událostem, kterým by většina srovnatelné skupiny lidí v takové situaci podlehla. Mareš (2012, s. 30) chápe resilienci „dynamicky jako děj, tedy proces odolávání, při němž jedinec vzdoruje negativním událostem“. Podle Vágnerové (2010, s. 354) „resilience vyjadřuje skutečnost, že určitý jedinec má dost fyzické i psychické síly a dostatečné sociální dovednosti, aby se mohl úspěšně vyrovnat s nejrůznějšími problémy a ještě dokázal takto získané zkušenosti využít ve svůj prospěch“. Oproti resistenci ke stresu autorka zdůrazňuje schopnost rychlého zotavení a opětovné stabilizace, včetně udržení pocitu přijatelné subjektivní pohody.

Stručný přehled definicí podtrhuje skutečnost, že **resilience je víceúrovňový, multidimenzionální konstrukt, zahrnující variabilitu vnitřních a vnějších zdrojů zvládnání, adaptivních procesů probíhajících na úrovni jedince, sociálních skupin i společnosti, různých výsledků a vyústění zvládnání nároků vnějšího prostředí.** Tabulka 4 udává přehled zdrojů resilience a mechanismy jejich protektivního účinku.

Tabulka 4: Protektivní faktory (zdroje resilience)

Zdroje resilience	Protektivní mechanismus
Úroveň jedince	
Konstituční resilience	pozitivní temperament, statný neurobiologický systém
Sociabilita	citlivost k ostatním, prosociální postoje, citová vazba k ostatním
Intelligence	školní výkon, plánování a rozhodování
Komunikační dovednosti	rozvinutá řeč, čtenářské dovednosti
Osobnostní charakteristiky	tolerance k negativním emocím, sebeuplatnění, adekvátní vnímaná vlastní účinnost, sebevědomí, pozitivní sebepojetí, vnitřní lokalizace kontroly, smysl pro humor, nadějeplnost, rozvinuté strategie zvládnání stresu, trvalý hodnotový systém, vyvážený pohled na zkušenosti, tvárnost a pružnost, mravní síla, přesvědčení, houževnatost, odhodlání
Úroveň rodiny	
Podporující rodina (rodinná resilience)	rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc, soudržnost a péče v rodině, blízký vztah k pečujícím dospělým, víra v dítě, neobviňování, vzájemná manželská opora, talent nebo koníček, který je ostatními oceňován
Socioekonomický status	Materiální prostředky
Úroveň komunity	
Školní zkušenosti	podporující kamarádi, vrstevníci, pozitivní vliv učitele, úspěch
Podporující komunita	Víra v jedince, netrestání
Zdroje na úrovni kultury	
	Tradiční aktivity, spiritualita, jazyk, tradiční medicína

Zdroj: Šolcová (2009, s. 43 - 44)

Protektivní faktory jsou podle Šolcové (2009, s. 14) „charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukuje nebo eliminují potenciální negativní účinek rizikových faktorů. Též faktory napomáhající resilienci.“ Uvedený výčet protektivních faktorů ovlivňujících resilienci jedince v průběhu biodromálního vývoje lze dále rozšířit o dispoziční odolnost vůči stresu⁸, kognitivní styl, prožívanou smysluplnost života, spiritualitu, adherenci k pohybové činnosti a fyzickou zdatnost, zdraví podporující - preventivní chování. Proces resilience a její efekt také souvisí s (ne)přítomností tzv. rizika (např. biologická a psychická vulnerabilita, chronická

⁸ K označení osobnostní nezdolnosti slouží termín hardiness (pevnost, tuhost) vyjadřující stupeň odolnosti.

nemoc, náročné životní situace a mikrostressory, socioekonomický gradient, kulturní a environmentální vlivy aj.).

Důležité místo má v této problematice rodinná resilience, jež spojuje vnitřní a vnější zdroje zvládnání na úrovni jednotlivce a primární sociální skupiny.⁹

Rizikové a protektivní faktory působí ve vzájemných cirkulárních interakcích a vykazují v čase značnou interindividuální i intraindividuální variabilitu. S rizikovými a protektivními faktory souvisejí také faktory prostředí: „Vývojové trumfy, vývojová aktivita, vývojové výhody (assets) jsou faktory prostředí, které zvyšují pravděpodobnost pozitivních výsledků. Od **protektivních faktorů se liší v tom smyslu**, že protektivní faktory fungují ve vztahu k rizikovým jako nárazníky, jako síly působící proti vlivu rizikových faktorů. Vývojové výhody se pozitivně uplatňují bez ohledu na přítomnost rizikových faktorů.“ (Šolcová, 2009, s. 15)

Z hlediska možného výsledku mnohočetných dependentních interakcí člověk–stres–zdraví je v souvislosti s psychologií zdraví a pozitivní psychologií věnovaná intenzivní pozornost tzv. **resilienci**. Obecně ji lze shodně s Greene (2002) definovat jako **univerzální schopnost, umožňující osobě, skupině či společnosti předejít, minimalizovat či překonat poškozující dopad či důsledky nepřízní či protivenství. Resilience má celoživotní procesuální charakter, projevující se prostřednictvím mnoha složitě vzájemně propojených vnitřních a vnějších faktorů, které jsou primárně založeny v osobnosti a dotvářeny interakčními vazbami s faktory prostředí.** Ungar (2004) v této souvislosti zdůrazňuje směřování jedince ke zdraví a jeho schopnost získat zdroje a také připravenost rodiny, obce a kultury tyto zdroje poskytnout. Resilience zahrnuje osobnostně, sociálně a somaticky založené zdroje (osobnostní charakteristiky, způsob myšlení, životní styly, sociální vztahy a vazby, fyzickou zdatnost).

Mechanismus fungování resilience lze popsat prostřednictvím několika modelů:

1. Protektivní-interakční model předpokládá vzájemné interakce zdrojů resilience s rizikovými faktory, které vedou k méně či více úspěšnému zvládnání.
2. Model kumulativního efektu (kompenzatorní model) předpokládá přímý efekt faktorů resilience na zvládnání, faktory resilience mohou kompenzovat faktory rizika.
3. Model výzvy počítá s lineárním vztahem mezi rizikovými faktory a zvládnáním. Předpokládá, že malá protivenství jedince zocelují a připravují jej na intenzivnější zátěž a vyšší úroveň rizikových faktorů.

Faktor resilience se podle (Schumacher, 2000) v každodenním životě pravděpodobně uplatňuje dvěma způsoby. **Resilience má přímý vliv na**

⁹ Rodinná resilience se vztahuje ke zvládacím strategiím a adaptačním procesům v rodině. Většina výzkumů rodinné resilience vychází z teorie rodinného stresu a jeho zvládnání. Důraz je kladen na prevenci problémů a posilování rodinného systému. Základní otázkou, shodně se salutogenetickou koncepcí, je otázka, **proč při zvýšené zátěži některé rodiny zvládají situační nároky, vývojové úkoly a náročné životní situace, zatímco fungování jiných rodin je ohroženo.** Sílu rodinné resilience ovlivňuje řada faktorů, které odrážejí její dynamický, procesuální charakter. Nejčastěji jsou uváděny: závažnost stresoru, zranitelnost rodiny, typ rodinného fungování, zdroje odolnosti rodiny, způsob, jakým rodina hodnotí a interpretuje stresovou situaci, strategie řešení problémů v rodině, strategie zvládnání zátěže, osobnostní dispozice členů rodinného systému (Sobotková, 2004). Rodinnou resilienci autorka definuje jako pozitivní vzorce chování, pozitivní interakce a funkční kompetence,

- které jednotliví členové i rodina jako celek vykazují za nepříznivých či zátěžových okolností
- které ovlivňují schopnost rodiny udržet si svou integritu i při působení stresu a v krizích
- které umožňují znovu obnovit harmonii a rovnováhu v rodině (Sobotková, 2007, s. 85).

fyziologické procesy a funguje jako mediátor, nepřímo se resilience se uplatňuje při kognitivním hodnocení a při výběru strategií zvládnání stresu a působí jako moderátor. Významným faktorem ovlivňujícím schopnost jedince odolávat stresu a míru subjektivně prožívaného zdraví je rodinná resilience. Obecně představuje kompetentnost rodiny udržet si zavedené vzorce fungování při konfrontaci s rizikovými faktory, schopnost rodiny rychle se zotavit z krize nebo z události, která vyvolala změny v rodinném fungování. Sobotková (2007) uvádí tyto **charakteristiky resilientní rodiny:**

- *řešení problémů v rodině* - komunikace při řešení problémů vzniklých normativními i nenormativními životními událostmi, je klíčová pro utváření rodinné atmosféry koheze,
- *rovnoprávnost* - stejné možnosti mužů a žen,
- *spiritualita* - podporuje nacházet smysl a význam v těžkých situacích, pomáhá udržet vědomí spojitosti především u tragédií, které nejsou uchopitelné rozumově - logicky,
- *flexibilita* - udržuje stabilitu v rodině a pomáhá zotavit se z nepříznivých následků krizí,
- *pravdivost* - dostatek pravdivých informací je nezbytný pro úspěšný adaptační proces rodinného systému,
- *naděje* - výhled rodiny do budoucna je nezbytným předpokladem pro resilienci rodiny a úspěšnou adaptaci ve svízelných situacích,
- *rodinná hardiness* - aktivní vnitřní síly v rodině, houževnatost, odvaha a pevnost, schopnost zachovat si integritu a hledat smysl situace,
- *rodinný čas a rutina* - zvyky a rituály chrání stabilitu rodiny, udržují kontinuitu v rodině, resilientní rodiny tráví více společného volného času, který je charakteristický menší kontrolou a uvolněnějšími vztahy mezi rodiči a dětmi,
- *zdraví* - celkové zdraví členů rodiny patří mezi základní a obecné faktory, které podporují resilienci rodinného systému,
- *sociální opora* - rodinná vztahová síť a integrita je důležitá pro řešení náročných situací.

Zdravé rodinné fungování je někdy vymezováno jako schopnost rodiny účinně zvládat náročné nebo stresové životní události a přizpůsobovat se změnám. *Rodinná adaptabilita* je charakteristická schopností kreativně řešit situace a reagovat na ně, adekvátně měnit rodinnou strukturu, vztahy rolí a pravidel. Kromě tvořivosti je důležité vyjadřování podpory, zájmu a zaujetí při společných rozhovorech a činnostech. Důležitým předpokladem adaptability je také stabilita. Právě stabilita rodiny, k níž se jedinec vztahuje ve chvílích osobní rozkolísanosti, je pravděpodobně nejdůležitějším faktorem zvládnání (Sobotková, 2004). Mezi **strategie zvládnání zátěže v rodině** zahrnujeme to, co rodina dělá, aby získala a využila zdroje odolnosti rodiny. Jde o dynamické procesy, které jsou zaměřeny na dosahování rovnováhy v rodině. Dosavadní výzkumy zaznamenaly tyto účinné strategie zvládnání zátěže v rodině:

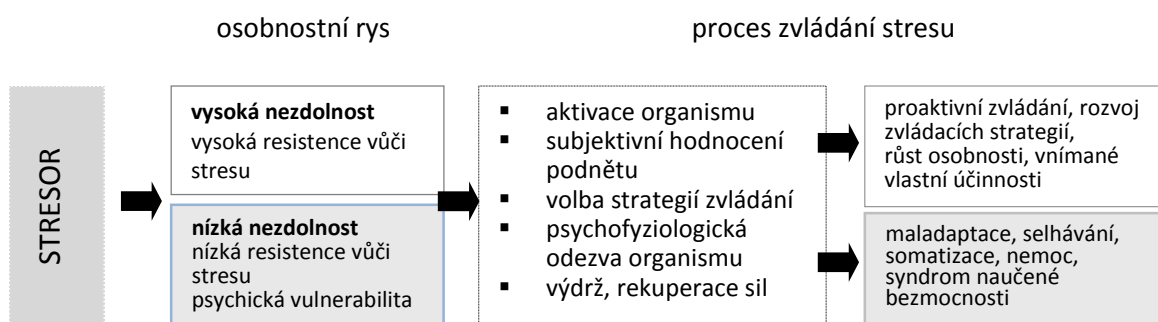
- strategie zaměřené na snížení nároků v rodině (např. umístění dědečka do hospicové péče)
- strategie zaměřené na získávání dalších zdrojů (např. zajištění pečovatelské služby pro chronicky nemocného člena rodiny)
- strategie zaměřené na průběžné zvládnání tenze v rodině (např. posezení a zábava s přáteli)
- strategie zaměřené na hodnocení situace a pochopení jejího významu (Sobotková, 2007, 78 - 79).

Zvládání (coping) obecně postihuje komplex protektivních faktorů, které člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachování psychické rovnováhy a integrity osobnosti. Důležitou roli sehrávají vnitřní faktory, osobnost jedince, jeho vrozené dispozice, zkušenost a dovednosti, které získal v průběhu zvládání stresových situací (*coping resources*). Zkoumání vztahů jedinec versus situace přineslo obnovení zřetele k *osobnostním rysům*, implikovalo pohled na situace jako vnější prostředí, případně jako na děje probíhající ve značné závislosti na subjektu. **Dlouhodobě platné osobnostní charakteristiky se v podmínkách zátěže a stresu promítají do vyrovnávacích procesů, ovlivňují výběr vyrovnávacích strategií a následně také psychické procesy, včetně neuroendokrinní odpovědi organismu a následné rekuperaci psychických sil.** Mohou být vysvětlením odlišné vulnerability při expozici zátěži a stresu.

Vulnerabilita (zranitelnost) je dispozice reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu. Primární vulnerabilita se utváří v prvních šesti měsících života. Sekundární člověk získává po dosažení této věkové hranice, je výrazně ovlivňována psychosociálními faktory. Na psychické úrovni se může vlivem stresorů zvýšit vulnerabilita jedince vůči různým onemocněním psychického i fyzického charakteru (Kebza, 2005). Negativní roli hrají zejména prožitky nízké až nulové kontroly nad vývojem situace, bezmoc a beznaděj. Interindividuální rozdíly odezvy na stresující situace jsou vysvětlitelné moderujícím efektem určitých osobnostních charakteristik spolu se sociálně determinovanými faktory, vycházejícími zejména z kvalitativních charakteristik sociálních interakcí člověka.

Jejich společným znakem podle Šolcové a Kebzy (1996) je předpokládaná schopnost absorbovat dopady stresových událostí na zdravotní stav člověka. Z formálního hlediska jsou jim společné **bipolárně koncipované charakteristiky**, kdy pozitivní část kontinua určité vlastnosti či faktoru je považována za salutoprotektivní, negativní za rizikovou - predisponující k selhávání nebo vývoji morbidity. Moderující funkci osobnosti zjednodušeně ilustruje schéma 2.

Schéma 2: Osobnost jako mediátor v interakcích stres - člověk - zdraví



Pelcák, 2008

Osobnostní faktory tedy ovlivňují celkový proces uvědomování a zvládání stresu, mohou působit jako ochranný faktor nebo faktor posilující riziko stresu.



Kontrolní otázky

1. Co je to resilience, uveďte její základní faktory (zdroje).
2. Popište mechanismy fungování resilience.
3. Objasněte podstatu rodinné resilience.
4. Co je to vulnerabilita?

5. Vysvětlete mediační roli osobnosti v interakcích stres - jedinec - zdraví.



Souhrn

Subkapitola seznamuje s teoretickým konstruktem resilience, zdroji resilience, mechanismy fungování resilience. Pozornost je věnována rodinné resilienci, vulnerabilitě a mediační roli osobnosti v interakcích stres-jedinec-zdraví.



Literatura

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 978-80-24714-24-0

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. 258 s. ISBN 80-200-1307-5

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.

ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

4.2 *Nezdolnost typu hardiness*

Míra individuální resilience vůči zátěžovým situacím bývá promiskue označována jako frustrační tolerance, jsou užívány pojmy hardiness (nezdolnost, pevnost, tvrdost, tuhost), vyjadřující stupeň odolnosti, a resilience (houževnatost, nezdolnost), který popisuje schopnost odolávat v průběhu času. Nejobecněji jde podle Vágnerové (2004) o schopnost vyrovnat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí. Důvodem protektivního účinku hardiness je pravděpodobně kognitivní hodnocení stresogenních situací a jejich „obracení“ ve smysluplné výzvy (Kebza a Šolcová, 1998). **Odolnost ve smyslu „hardiness“ jako osobnostní rys** moderující vztah mezi stresogenní událostí a nemocí uvádí mezi odbornou veřejností Kobasa (1972, 1979, 1982). Konstrukt „hardiness“ vychází z teoretických východisek existenciální filozofie a psychologie a humanistické psychologie, podle kterých je úkolem člověka vytvořit si v obecně stresogenním světě smysluplný život a využít svých dispozic k vytvoření příležitostí pro seberozvoj a seberealizaci (Šolcová, 1994; Šolcová a Kebza, 1996). Obě skupiny teoretických koncepcí shodně u nezdolných jedinců zvýrazňují tendenci spoléhat na vlastní síly, schopnost využívat všech vnitřních i vnějších kapacit a rezerv a plně se oddávat realizovaným činnostem. Životní změny „nezdolní“ subjektivně vnímají ne jako ohrožující překážky či úklady, ale jako vzrušující, inspirující a smysluplné události a jsou si vědomi vlastní kompetence ve smyslu řízení či ovlivňování událostí odehrávajících se v rámci vlastní životní zkušenosti.

Kobasa (1979, 1982) charakterizuje hardiness jako proměnnou, která moderuje vztah mezi stresogenní událostí a nemocí. Moderující účinek spočívá v optimistickém kognitivním zpracování náročných situací a okolností, spolu se schopností adekvátně reagovat a tím snižovat negativní dopad stresogenní událostí. Hlavní charakteristikou hardiness je schopnost tvrdě a usilovně bojovat se všemi obtížemi, se kterými se v průběhu životní cesty setkáváme. Podle Šolcové (1994), Šolcové a Tománka (1994), Šolcové a Sýkory (1995), Vašiny a kol. (1995) obecně vykazují jedinci s vysokou úrovní hardiness pozitivní náhled z pozice kontroly nad situací, odpovědnosti a postoje ke změnám. Podrobněji jej můžeme charakterizovat následujícím způsobem:

- otevřenost novému a snaha chápat veškeré události a jevy jako zajímavé a smysluplné,
- vnímáním změn jako něčeho přirozeného a obvyklého, jako smysluplných výzev pro další vývoj a seberozvoj osobnosti,
- pozitivnější hodnocení situací vede k výběru přiměřených strategií zvládnání, které zpětnovazebně vedou k příznivějšímu kognitivnímu hodnocení působící situace a snížení škodlivého dopadu stresogenní události,
- prožitek vlastní kompetentnosti ve zvládnání každodenních nároků, příznivější hodnocení zdravotního stavu, psychických a fyzických sil,
- při konfrontaci se stresogenními životními událostmi volba strategií zvládnání stresu, které umožňují řešit každodenní problémy života za minimalizace stresové odpovědi.

Odolnost ve smyslu hardiness je konstelací osobnostních rysů konstituovaná z komponent angažovanost, odpovědnost (commitment), kontrola, zvládnání (control) a výzva (challenge). Individuální úroveň hardiness je měřitelná dotazníkem Personal Views Survey (PVS), autorem revize překladu z roku 1994 je Šolcová. Shodně s Křivohlavým (1991); Šolcovou a Kebzou (1996,2007) můžeme jednotlivé složky hardiness definovat následovně:

Challenge – výzva. Vědomí toho, že život člověka je charakteristický proměnlivostí, nikoli stabilitou. Vyjadřuje schopnost chápat změny ve svém okolí jako výzvy, možnosti pro další rozvoj osobnosti. Člověk, který je otevřený zajímavým, stimulujícím zkušenostem a zážitkům, si vytváří pružné způsoby zvládnání i jistou vytrvalost a podněcuje toto i ve svém prostředí (Šolcová, 1994). Vzhledem ke svému zájmu o nové má větší povědomí o tom, jaké zdroje k překonávání stresogenní situace jsou k dispozici (Kebza Šolcová, 1996). Osoby vysoce skórující na stupnici výzvy považují životní změny za něco normálního a vnímají je spíše jako podněty k růstu než zdroje ohrožení (Kobasa, Maddi, 1982).

Commitment – odpovědnost, závazek k sobě a práci. Osoby s vysokou angažovaností mají tendenci se zapojit do všeho, co dělají, spíše než by to vykonávali odcizeným, povrchním způsobem (Kobasa a Maddi, 1982). Angažovanost v tom, co člověk dělá, plyne z jeho víry ve vlastní cenu. Ví, proč věci dělá. Má jasno v cílech a prioritách. Významnou součástí je také pocit sounáležitosti k ostatním. Důraz na aktivitu a snahu událostem čelit na rozdíl od pasivity a vyhýbání se. Schopnost převzít odpovědnost za úlohu, projekt či vztah. Je zde obsažen silný prvek realismu spojený se stanovením úrovně odpovědnosti. Životní aktivity jsou vnímány jako účelné a smysluplné. Nízkou angažovanost můžeme chápat jako odcizení. Angažovanost a odcizení vytvářejí kontinuum a měří se škálou odcizení (alienation).

Control – kontrola, zvládnání. Odráží odpovědnost člověka za své chování a víru ve vlastní schopnost jednat, zasáhnout, zvládnout situaci. Přesvědčení, že při zvládnání vnějších událostí mohou uplatnit svou představitost, své znalosti, dovednosti a volbu. Kontrola je chápána jako přesvědčení, že člověk je schopen kontrolovat nebo ovlivňovat události ve svém životě a okolí (Vašina a Zášková, 1996). Základem je přesvědčení, že mohou mít vliv na události ve svém životě, pocit, že mezi mými aktivitami a vnějšími událostmi je souvislost (Šolcová a Kebza, 1996). Nízká úroveň této dimenze hardiness je charakterizována destruktivním přesvědčením, že je člověk hříčkou v rukou osudu, bezmocný a neschopný vzdorovat. Výzkum predikátorů sociální opory u české populace Šolcové a Kebzy (2003) potvrzuje signifikantní vztahy mezi hardiness a sociálními zdroji resilience (získaná sociální opora a sociální zdroje jako celek). Maddi a Khosaba (1996) referují o hardiness jako o obecné míře mentálního zdraví. Výsledky regresní analýzy u souboru (N=3988)

potvrdily těsnou souvislost hardiness a subjektivně vnímaného zdraví (Šolcová a Kebza, 2006). Zajímavým zjištěním je nezávislost úrovně hardiness na pohlaví.

4.3 Teoretický konstrukt smyslu pro soudržnost A. Antonovského

V roce 1979 Antonovsky poprvé prezentoval teoretický model vztahů mezi stresory, zdravím a zvládnáním stresu (Coping with Stress). V letech 1985–1987 svůj koncept důkladněji a systematictěji rozpracoval a ověřil v klinické praxi. **Ve své koncepci navazuje na teoretická východiska existenciální analýzy, zejména logoterapie V. E. Frankla.** V souvislosti se smyslem života je předjímána přítomnost relevantních a významových cílů či hodnot v životě jedince. Samotný pojem smyslu života se vztahuje k prožívání našeho života jako smysluplného a hodnotného a týká se odpovědí na základní existenciální otázky: „Co je cílem mého života?“, „Má můj život smysl?“, „Co je v mém životě hodnotné?“ Frankl předpokládá, že tělesné a duševní zdraví člověka musí být také syceno prožívanou smysluplností vlastního počínání, které člověk dosahuje prostřednictvím uskutečňování životních hodnot.

Specificky lidskou vlastnost, které je přisuzována centrální role v životě člověka, představuje vůle ke smyslu. Problematika smyslu je v normálním běžném životě vědomá spíše latentně a nabývá váhy teprve se stresem, frustrací nebo extrémním nevyužitím možností (Frankl, 1997). Není-li život jedince dlouhodobě naplňován smyslem, dochází postupně ke stavu duchovní nouze – existenciální frustraci, která pak může přispívat k rozvoji tělesných a psychickým poruch (Frankl, 1995, 1997, 1999; Balcar, 2005).¹⁰ Vůle ke smyslu je snahou, touhou člověka po smysluplnosti vlastní existence. Je to vůle vidět, organizovat a vykládat jednotlivé podněty jako smysluplné celky. Cílem této organizační tendence není pouhé optimální uspořádání percepčních podnětů umožňujících adaptaci člověka na vnější podmínky, ale současně snaha člověka hledat a nacházet co nejpřiměřenější a nejuplněnější výklad, který mu ukazuje sebe sama s určitým cílem, jenž má být naplněn (Tavel, 2007). Kováč (2001) v této souvislosti zdůrazňuje význam smyslu života jako individuálně vytvářeného regulátora lidského konání intrapsychického složení. Intrapsychický v daném případě znamená, že smysl života je vytvářen integrací kognitivních, emočních a motivačních, respektive volných potenciálů člověka, k nimž patří schopnost poznávat sebe, porozumět druhým, hledat optimální řešení, dále pak pohoda, sebekontrola, účinnost, plánování událostí, vyhledávání cílů, zvládnání náročných životních situací.

Také Vymětal (2003), inspirován salutogenetickým myšlením, zdůrazňuje význam základního postoje jedince k sobě a okolnímu světu, který charakterizuje:

- smysluplností v pohledu na svět a vlastní činnost, viděním světa a svého života jako smysluplného obrazu,
- důvěrou a vírou v pevnost, stabilitu osobního a okolního světa,
- srozumitelností, porozuměním, racionální orientací vycházející z existence zákonitostí, jimiž se řídí svět a které lze poznat,
- zvládnutím a kontrolou dění, jehož je člověk součástí, osobní kompetencí a vlivem.

Antonovsky (1978) ve své monografii zdůrazňuje, že salutogeneze otevírá cestu k opětovnému posouzení zvládnání životních situací. **Smysl pro spojitost či**

Pro pojetí smysluplnosti života neexistuje jednotná teorie ani definice. Podrobný přehled teoretických konstruktů smysluplnosti předkládá např. Křivohlavý (2005,2006), Tavel (2007), Yalom (2006) .

soudržnost „Sense of Coherence“ (dále SOC) je podle autora odpovědí na „nově“ definované salutogenetické otázky.

SOC definuje jako **globální orientaci** vyjadřující rozsah, v jakém má člověk trvalý, i když dynamický pocit důvěry, že:

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

Křivohlavý (1990) interpretuje koherenci v dvojím významu, jako pevnou soudržnost skupiny lidí a vnitřní integritu osobnosti člověka. „Člověk vykazující takovou pevnou vnitřní jednotu a žijící v pevné, soudržné společenské skupině lépe – podle tohoto pojetí - vzdoruje životním těžkostem“ (Křivohlavý, 2001, s. 72). Opakem koherence je dle autora nesoudržnost a rozporuplnost ve skupině lidí i nepevnost a nejednotnost osobnosti. Smysl pro soudržnost tedy charakterizuje kompaktnost, soudržnost, kohezivitu celkové životní orientace jedince a vyjadřuje, do jaké míry má daná osoba pohled a pocit důvěry v to, že dění v jejím vnitřním a vnějším světě je předvídatelné, zákonité a řízené určitým řádem, že existuje vysoká míra pravděpodobnosti, že vše půjde dále tak, jak se dá rozumně očekávat. Koherence souvisí se spoléháním se na sebe samého, s anticipací a kontrolou událostí. Dle Janečkové (2005) je spojena s pocitem porozumění, kontroly a smyslu, který vzniká jako opakovaná životní zkušenost v jeho sociálním prostředí, že má svoji roli ve společnosti, v rodině a na pracovišti. Paulík (2009) uvádí, že úroveň soudržnosti osobnosti ovlivňují interpersonální vztahy, hlavní zaměření činnosti, existenční otázky a city.

Nezdolnost typu SOC lze podle Antonovského (1987) považovat za hlavní záruku soudržnosti osobnosti v zátěžových situacích. V novější publikaci Křivohlavý (2006, s. 89) zpřesňuje, že lidé, kteří mají vysoké hodnoty SOC, se vyznačují mimořádnou odolností k vnějším tlakům, nepodléhají tak snadno stresům, nevzdávají se v těžkých situacích, mají své představy a plány o tom, co chtějí dělat a čeho chtějí v budoucnosti dosáhnout. Smysl pro soudržnost se uplatňuje v konkrétní situaci jako kognitivní i emocionální hodnocení situace. „**Centrální tezí salutogenetického modelu je, že smysl pro soudržnost má klíčovou funkci při úspěšném zvládnání všudypřítomných životních stresorů, a tak i při udržování zdraví.**“ (Flensborg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J., 2006, s. 250).

Teoretický konstrukt smyslu pro soudržnost (SOC) je tvořen třemi charakteristikami (dimenzemi):

1. **Srozumitelnost – porozumění situaci (Comprehensibility)** je kognitivní tendence určitým způsobem vnímat a chápat svět a své místo v něm. Vypovídá o rozsahu, v jakém člověk vnímá stimuly z interního i externího prostředí, se kterými je konfrontován, jako informaci, která je strukturovaná a jasná. Člověk s vysokým smyslem pro srozumitelnost očekává, že podněty a situace, se kterými se v budoucnosti setká, budou do určité míry předvídatelné nebo alespoň vysvětlitelné a budou mít určitý řád a strukturu. Vysoká srozumitelnost je spojena s pocitem, že události dopadnou tak, jak se dá v rozumné míře očekávat (Antonovsky, 1985).

Svět je chápán jako strukturovaný celek, do kterého je integrován také jedinec. S tím souvisí také kvalita vztahů, které jsou charakterizovány solidaritou, důvěryhodností a přátelstvím. Podle Tesaře a Smékala (2011) pravidla sociálních interakcí v tomto kontextu figurují jako pevná vodítka, na která je spolehnutí. Opakem kognitivního hodnocení je „chaos“, jevy kolem sebe jedinec vnímá spíše jako náhodné, nevysvětlitelné, náhodné, nevysvětlitelné. Charakteristická je také nepřehlednost a nadměrná složitost, vliv rigidních nevyvratitelných předsudků. S tím souvisí nižší komunikační kompetence, zejména neschopnost rozumět druhým.

2. **Zvládnutelnost - ovladatelnost (Manageability)** vyjadřuje rozsah, v jakém hodnotíme vnitřní a vnější zdroje, které máme k dispozici, jako adekvátní požadavkům a situačním vlivům, jež jsou na nás kladeny. Vztahuje se ke zdrojům, které sami ovládáme, nebo které kontrolují jiní lidé (např. partner, přátelé, kolegové, Bůh, lékař, historie). Podstatou dimenze je vnímání životních úkolů jako zvládnutelných, řešitelných. Jedinec se cítí být schopný a kompetentní tak, aby konkrétní úkol či situaci vyřešil. Jedná z vlastní iniciativy, lze jej tedy charakterizovat vnitřním řízením vlastní činnosti (interní locus of control). Zvládnutelnost souvisí také s přiměřeností konkrétních zdrojů potřebných řešení daného problému (např. sociální kompetence, zvládací strategie). Pro zápornou charakteristiku dimenze je charakteristický pocit nezvládnutelnosti úkolů a situačních kontextů.

Shodně s externím locus of control očekává jedinec pokyny od jiných, situace jsou řízeny spíše zvnějšku, subjektivně nedisponuje adekvátními možnostmi, jak je ovlivnit.

3. **Smysluplnost řešení problému (Meaningfulness)** se vztahuje k emocionální složce celkového postoje k životu a dění v něm. Souvisí s motivačním zaměřením jedince k životnímu cíli. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti je přesvědčen, že problémy, před které je postaven, stojí za to, aby investoval úsilí, čas a energii do jejich řešení. Jsou pro něho výzvou k aktivitě a uvědomuje si, že jeho práce je a bude okolím příznivě hodnocena a bude ji zvládat s volností a způsobem sobě vlastním. Překážky na cestě k cíli jedinec vnímá jako výzvu k aktivitě, práce je zdrojem radosti. Osobnost charakterizovaná vysokým skórem této dimenze se domnívá, že bude schopná projevit svoji iniciativu a tvořivost, že do díla investované úsilí bude druhými oceněno. Opačnou charakteristikou dimenze je odcizení (alienation), jež se projevuje citovou neangažovaností v sociálních vztazích, sociální izolací až osaměním.



Kontrolní otázky

1. Vysvětlete podstatu nezdolnosti typu hardiness
2. Vysvětlete podstatu smyslu pro soudržnost A. Antonovského.
3. Jaký je vztah mezi nezdolností, procesem zdraví a nemoci a zvládáním stresu, jaký je vztah mezi nezdolností a jinými osobnostními rysy?
4. Vyhledejte příklady praktického využití (prevence, léčba, rehabilitace).



Souhrn

Text seznamuje s hlavními teoretickými konstrukty osobnostní nezdolnosti: Nezdolnost typu hardiness(Kobasa, Maddi), Smysl pro soudržnost (A. Antonovsky).



Literatura

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. 258 s. ISBN 80-200-1307-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2

PELČÁK, S. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. 1.vyd.Hradec Králové: Gaudeamus, 2013.207 s. ISBN 978-80-7435-342-0

4.4 *Dispoziční optimismus a pesimismus*

Při konfrontaci se stresory je velmi důležité subjektivní hodnocení situace. V obecném povědomí jsou optimisté charakterizováni jako lidé, kteří očekávají, že se jim bude dobře dařit, že vše dopadne dobře. Pesimisté jsou chápáni jako lidé, kteří očekávají, že se jim přihodí něco zlého. **Peterson (2000)** optimismus definuje jako duševní stav nebo postoj, spojený s očekáváním sociální či materiální budoucnosti, kterou jedinec považuje za společensky žádoucí, prospěšnou nebo sloužící jeho potěšení. Optimismus je očekávání žádoucí budoucnosti. To, co je v totožné situaci pro jednoho člověka žádoucí, však nemusí být žádoucí i pro jiného člověka. Zjednodušeně můžeme odlišit dva typy optimismu/pesimismu:

1. *dispoziční optimismus* popisuje obecné očekávání, že se stanou spíše dobré, než špatné věci, oproti tomu dispoziční pesimismus popisuje obecné očekávání budoucích negativních výsledků.
2. *situační optimismus* popisuje očekávání, že se stanou spíše dobré, než špatné věci, které se týká konkrétní situace; analogicky situační pesimismus.

Dispoziční optimismus je možné definovat jako generalizované očekávání kladného průběhu událostí i samotného výsledku nějaké události nebo činnosti. Dispoziční optimismus je regulátorem aktuálního psychického stavu a kromě toho je považován za mediátor výběru strategie řešení problémů a náročných životních situací. *Osobnostní rys optimismus/pesimismus hraje spolu s kognitivním stylem pravděpodobně jednu z nejvýznamnějších rolí při zvládnání problémové, resp. stresové situace*. Předpokládá se, že jak situační, tak dispoziční optimismus slouží k udržení zaměření, úsilí a snahy jedince. Peterson (2000) hovoří o tzv. *velkém a malém optimismu* a naznačuje, že velký optimismus může být biologicky daná tendence, která dostala v dané kultuře společensky žádoucí obsah; malý optimismus potom může být výsledkem učení a zkušeností jedince v konkrétní situaci.

Již bylo naznačeno, že míra optimismu/pesimismu ovlivňuje kvalitu subjektivního prožívání jedince. Optimisté očekávají pozitivní výsledky navzdory momentální nepříznivé situaci. Oproti tomu pesimisté, v důsledku očekávání negativních výsledků a pochybností o pozitivním vývoji situace, mají spíše tendenci prožívat negativní pocity, jako jsou úzkost, pocit viny, zlost, smutek nebo zoufalství. (Carver a Scheier, 2002)

Při řešení obtížných situací optimisté zažívají méně distresu než pesimisté. Uplatňují se zde obecné behaviorální tendence, vyplývající z rozdílů v očekávání budoucích událostí. Jedinci, kteří pochybují o své budoucnosti, mají tendenci odsouvat nepříjemné záležitosti, ačkoli je mohou nějakým způsobem řešit s pomocí pozitivního myšlení; mnohem spíše dělají věci, které jim poskytují dočasné rozptýlení, ale nepomáhají k řešení daného problému, a někdy se dokonce

přestanou snažit činit cokoli a například se utíkají ke toužebným přáním. Naopak lidé, kteří jsou si jistí budoucností, vynakládají soustavné úsilí i v případě, kdy se potýkají se závažnými problémy a nepřízní. (Carver a Scheier, 2002).

Aktuální výzkumy potvrzují, že *optimismus je spojen s copingovou strategií zaměřenou na řešení problému*, zvláště pokud stresovou situaci bylo možné kontrolovat. Optimismus má rovněž významný vztah k pozitivnímu přerámování a v případě, kdy je situace vnímána jako nekontrolovatelná, k akceptování této situace. Optimisté jsou tedy spíše iniciativní, lépe odolávají nepříznivým okolnostem a situacím, jsou rozhodní, používají strategie zaměřené na řešení problému a jsou více asertivní než pesimisté, realisticky anticipují budoucnost. Optimisté mají tendenci i v nepříznivé události spatřovat něco pozitivního a z takové situace se poučit. Naopak **pesimisté mají tendenci upustit od cílů, které jsou v interferenci s daným stresem, volí spíše emocionálně zaměřené strategie, zahrnující únikové jednání** (spánek, jídlo, abusus psychoaktivních látek) a také vyhýbání se lidem.

4.5 **Vnímaná osobní účinnost (self - efficacy)**

Vnímání vlastního potenciálu sehrává důležitou roli ve volbě a realizaci strategií zvládání (coping). Psychickou zranitelnost a tendenci k podléhání stresu zvyšuje celkové nízké hodnocení vnímané osobní účinnosti (self-efficacy). *Vnímaná osobní účinnost se vztahuje k přesvědčení individua, že může mít kontrolu nad událostmi, nebo že může ovlivňovat svůj život* (Bandura, 1994). Pocit, že jsme schopni ovlivňovat okolnosti kolem sebe, má to pozitivní vliv na zvládání těžkých životních situací, náročné úkoly jsou vnímány jako životní výzvy. Vyšší očekávaná osobní účinnost také souvisí s proaktivním zvládáním stresu, změnou zdravotně závadného chování, zvládáním emocionálních stavů. Jedinci, kteří nevěří ve své schopnosti ovlivňovat dění kolem sebe, vše lehce vzdávají, nevěří si, obviňují se, propadají beznaději a pochybnostem. Naopak malá osobní účinnost je pak příčinou větší psychické zranitelnosti a selhávání při expozici stresu. Ztrátou víry, že svou činností dokáže člověk dosáhnout nějakého výsledku, ztrácí i motivaci a podnět to udělat (Hoskovcová, 2006, 65).

Bandura (1994) uvádí, že při rozvoji vnímané osobní účinnosti lze čerpat ze čtyř informativních zdrojů:

- minulá zkušenost - zážitek úspěchu a zvládnutí při překonávání těžkostí,
- sociální modelování - symbolické modelování při pozorování úspěšného chování u druhých lidí,
- sociální přesvědčení o účinnosti - sugesce, povzbuzování, instrukce, přerušení sebeobviňování, interpretace,
- uvědomění si a interpretace vnímaných signálů vlastního těla - relaxace, zvyšování kondice, otužování, naslouchání vlastnímu tělu.

To jak člověk vnímá své možnosti ke zvládání těžkostí, souvisí s řadou dalších činitelů na úrovni kognitivních operací, motivace, emocí, na somatické rovině a v chování. Vnímaná účinnost koreluje na kognitivní úrovni především s pozorností a jejím zaměřením. Jedinci s vyšším odhadem zdatnosti zaměřují pozornost spíše na charakter zadaného úkolu, s nižším pak spíše na sebe. Odlišný je rovněž způsob myšlení, sebevědomější lidé vykazují větší podíl analytických postupů. Souvislost je i mezi postoji člověka a vnímanou účinností, především v přístupu k možnosti ovlivňovat své schopnosti učení (méně sebejistí lidé jsou spíše přesvědčeni o neměnnosti svých schopností).

Lidé s vyšší vnímanou účinností vykazují i vyšší úroveň aspirace (v souvislosti s *motivací*), jsou vytrvalejší a lépe odolávají neúspěchu. Na *somatické úrovni* dochází k souvislosti především mezi zdatností zvládat stresory a zvýšenou odolností imunitního systému (Hoskovcová, 2006). **Vysoké očekávání vlastní účinnosti je spojeno s motivací, ovlivňuje tvorbu optimistických postojů a přispívá k interpretaci náročných situací jako životních výzev.**



Kontrolní otázky

1. Objasněte podstatu dispozičního optimismu, vztahy ke zvládnutí stresu a kvalitě života.
2. Co je to vnímaná osobní účinnost (self - efficacy), co ovlivňuje a jakými mechanismy. Naleznete příklady využití v praxi.
3. Jakými způsoby lze rozvíjet uvedené osobnostní dispozice v rámci nespécifické primární prevence.



Souhrn

Text seznamuje s dalšími osobnostními faktory zvládnutí stresu. Dispoziční optimismus a pesimismus. Vnímaná osobní účinnost (self - efficacy)



Literatura

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 978-80-24714-24-0

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: ACADEMIA, 2005. 258 s. ISBN 80-200-1307-5

4.6 Sociální opora a zdraví

Sociální epidemiologové poukazují na důležitost sociální opory v procesu adaptivního zvládnutí, při zmírňování důsledků životních situací, jako faktoru moderujícího incidenci chorob a mortality. Sociální opora bývá nejčastěji definována jako **existence nebo dostupnost, blízkost osob**, které k nám mají vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády. Šolcová a Kebza (2003) používají pojem **sociální zdroje**, který zastřešuje proměnné postihující anticipovanou sociální oporu, získanou sociální oporu, sociální kontakty s rodinou a sociální kontakty s přáteli. Sociální vazby k druhým osobám, skupinám a širší společnosti poskytují prostřednictvím sociální opory pomoc při zvládnutí životních nároků a dosahování cílů. Pozitivní sociální vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení celkového zdraví. Sociální začlenění jedince do sociální struktury je tedy významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví ve smyslu wellbeing. Naopak absence sociální opory snižuje potenciální šance jedince v krizi na adekvátní řešení problémů a představuje zdravotní rizikový faktor. Podrobný přehled funkcí sociální opory uvádí tabulka 5.

Obdobně jako u jiných faktorů ovlivňujících proces zdraví a nemoci má význam subjektivní hodnocení sociální opory. Vědomí, že druzí jsou připraveni pomoci, vytváří pocity sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje jedince k tomu, aby se pokusil řešit problém samostatně (Kebza a Šolcová, 1999).

Křivohlavý (2002) zdůrazňuje nezbytnost autentického osobního vztahu dvou osob, případně určité skupiny lidí (přátelská rovina vztahu, vzájemná důvěra a důvěryhodnost, přilnutí, sociální blízkost, solidarita a sdílení). Mareš (2002) poukazuje na skutečnost, že sociální opora má tím vyšší pozitivní efekt, čím více je očekávána a správně zaměřena.

Protektivní mechanismus působení vlivu sociální opory při zvládnání psychické zátěže a stresu lze popsat následovně:

- ovlivňuje průběh kognitivního hodnocení stresogenních nároků výběrem a změnou strategií, které jedinec používá,
- posiluje pocit sebeúcty a sociální kompetence,
- redukuje stres tlumením zdraví poškozujících fyziologických procesů,
- pozitivně ovlivňuje poměr mezi ohrožením, které představují nároky stresové situace a zdroji zvládnání, které jsou k dispozici (adekvátnost).
- součástí kognitivního hodnocení stresogenní události je percepce vlastního sociálního zakotvení, začlenění, kdy v procesu kognitivního hodnocení stresogenní situace jedinec hodnotí možnosti a dostupnost sociální opory spolu s dalšími zdroji zvládnání stresu.

Sociální opora je dynamický proces, v němž koinciduje řada proměnných a v němž člověk může sociální oporu podněcovat, mobilizovat, posilovat, získávat, ale i odmítat či poskytovat. Procesuální charakter sociální opory předjímá kvantitativní i kvalitativní změny v průběhu celého biodromálního vývoje jedince, uvažuje se o tzv. *konvojovém modelu sociálních sítí*. Vzhledem k ubývajícím prvkům sociální sítě a menší tendenci navazovat nové vztahy mají s postupujícím věkem v sociální opoře objektivně více problémů starší lidé (Šolcová a Kebza, 2003).

Sociální opora a sociální kapitál. V oblasti péče o zdraví (veřejné zdravotnictví, programy podpory zdraví) probíhá intenzivní diskuse související s pojmem sociální kapitál (Kawachi, 1997). Podle Janečkové (2007) se jedná o horizontální vztahy mezi členy komunity, které jsou charakterizovány důvěrou, vzájemností a občanskou angažovaností. Sociálně protektivními faktory jsou v tomto kontextu zplnomocňování (community empowerment), hledání vnitřních možností komunity, rozvoj sociálního kapitálu, posílení sociální koheze, zvýraznění skupinové výkonnosti, pocit společenství. Psychologické zplnomocňování na úrovni jedince spočívá v uvědomování si kontroly nad svým životem a vědomí participace (Wallerstein, 2002). Vnitřní schopnost komunity (community capacity) zahrnuje aktivní participaci všech, vedení, vůdčovství, bohaté sociální sítě, dovednosti a zdroje, kritickou reflexi, pocit příslušnosti ke komunitě, porozumění historii, artikulaci společných hodnot, podíl na moci aj.

Tabulka 5: Přehled funkcí sociální opory

Funkce	Terminologické varianty	Praktické příklady	Uvažovaný přínos
Emocionální opora	Opora ujišťující o respektu, úctě, ceně, důležitosti, osobní, důvěryhodný vztah.	Člověk má možnost bez obav ventilovat své pocity, starosti, trápení, vyjádřit sympatie, náklonnost, projevit péči, akceptovat druhé.	Posun, změny v hodnocení subjektivní míry ohrožení událostmi, posílení

Instrumentální opora	Opora poskytnutím hmotné pomoci; praktická opora; pomáhající chování; materiální pomoc	Poskytnout nebo obstarat peníze, věci do domácnosti, zajistit dopravu, hlídání dětí, pomoc při zajištění provozu domácnosti, údržbě a opravách.	Pomáhá jedinci řešit praktické problémy; rozšiřuje časový prostor pro jiné aktivity, pro relaxaci, posiluje jeho snahy zvládat zátěž.
Informační opora	Poskytnutí rady, doporučení; opora posouzení (situace), zhodnocení (situace); kognitivní poučení; řešení problému.	Nasměrovat zájemce k potřebným zdrojům informací, informačním pramenům; doporučit alternativní způsoby činnosti; poskytování rad o účinnosti postupů apod.	Poskytuje jedinci více užitečných informací, snadnější dostupnost informací, které potřebuje; poskytuje mu konkrétní pomoc při získávání potřebných služeb, což může vést k efektivnějšímu zvládnání úkolů.
Opora poskytovaná (sociálním) společenstvím	Pocit sounáležitosti; socializování; začlenění, včlenění.	Účastnit se nějakých společných aktivit (společně se účastnit náboženských obřadů, společně se rekreovat, posedět v restauraci, jít za kulturou ap.).	Navozuje u jedince kladné emoce, což mu umožňuje na chvíli se odpoutat od zátěže, pookrát; odvádí jeho myšlenky od neustálého zabývání se problémy.
Opora potvrzením platnosti	Zpětná vazba, sociální opora.	Dosáhnout konsensu ve vidění problémů, vhodnosti/nevhodnosti chování jedince, vyjadřování jeho emocí, o jeho postavení v konkrétní sociální skupině, ve společenství lidí.	Snižuje pocit jednotlivce, že je mimo normu; dává mu zažít pocit, že to, co prožívá, lidé kolem akceptují; umožňuje srovnání, které pro něj dopadá příznivě.

(Wills, Shinar, 2000 in Mareš 2002)

Mechanismy působení sociální opory

Podle Mareše (2005, s. 128 -134) je obecný **model nepřímého, tlumivého účinku sociální opory** interpretován dvěma způsoby, které vycházejí z psychologických a medicínských poznatků o distresu a zvládnání zátěže:

První se výzkumně zajímá o **supportivní - vstřícné, pomáhající chování lidí**, které je zvnějšku pozorovatelné, popsatelné a objektivně registrované.

Druhý přístup se zabývá **subjektivním vnímáním, interpretováním a hodnocením prožívaného distresu příjemcem sociální opory**. Předpokládá, že sociální opora modifikuje jedincovo hodnocení stresové situace a tím usnadňuje

zvládání distresu. Další přístupy předpokládají přímý, hlavní vliv sociální opory na somatické a mentální zdraví.

Třetí přístup zkoumá **mentální reprezentace sociální opory ve vědomí lidí**, zabývá se efektem sociální kognice v procesu vnímání a hodnocení poskytované sociální opory příjemcem. Předpokládá, že každý jedinec má specifickou představu o ochotě druhých pomoci v případě potřeby. Pozitivně vnímaná sociální opora zvyšuje sebepojetí jedince, jeho ochotu něco začít dělat pro své zdraví a vytrvat v tomto úsilí (Mareš, 2005, s. 130).

Čtvrtý přístup vychází z předpokladu, že **uspořádání sociálních interakcí a jejich stabilita navozují u jedince pohodu a zlepšují jeho mentální zdraví**. Sociální opora pomáhá jedinci, aby si vytvořil a udržel určitou identitu, což prospívá jeho pocitu pohody i draví. Akumulování více rolí tedy může být přínosem pro psychickou pohodu člověka, výhody z toho plynoucí mohou převážit nad pocity námahy, tíhy či časového stresu (příznivý sebeobraz, vysoká prestiž, náklonnost, sympatie, hmotné výhody).

Pátý přístup považuje **sociální oporu za specifickou součást obecných procesů, které se odehrávají v rámci sociálních vztahů a sociálních sítí**. Výzkum se v tomto kontextu zaměřuje na pozitivní a negativní vztahy mezi lidmi, dispoziční charakteristiky jedinců, které ovlivňují jejich interpersonální chování, potřeby. Sociální opora působí protektivně bez ohledu na svízelné situace či subjektivně prožívaný distres.



Kontrolní otázky

- 4 Jak lze charakterizovat šikanu a jaké má fáze vzniku ?

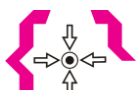


Souhrn



Literatura

5 Syndrom vyhoření - multikauzální etiologie



Cíle



Časová náročnost



Pojmy k osvojení

5.1 *Procesuální charakter syndromu vyhoření*

Vyskytuje se zvláště u pomáhajících profesí, jejichž podstatnou složkou pracovní náplně je kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení. **Jedná se o psychický stav charakterizovaný emočním vyčerpáním, kognitivním opotřebením a celkovou únavou.** Tvoří jej řada symptomů, které se projevují na psychické, somatické a sociální úrovni v důsledku expozice chronickému stresu. Dominantní charakteristikou je především **psychické vyčerpání**, jež se manifestuje v oblasti kognice, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob (Kebza a Šolcová, 1998). Plně rozvinutý syndrom vyhoření tedy podstatně ovlivňuje nejen subjektivní kvalitu života člověka, ale výrazně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Vyhoření je výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi (např. zdravotnické, školské profese, sociální služby). „**Vyhoření je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velmi intenzivně pracujícího člověka. Dochází k němu v důsledku nerovnováhy mezi emoční investicí pracovníka (pracujícího zpravidla v pomáhající profesi: lékař, učitel, zdravotní sestra, právník, sociální pracovník apod.) a „zisky“, které se mu navracejí v podobě ocenění, uznání a pocitu úspěšnosti.**“ (Praško a kol., 2006)

Procesuální charakter burnout syndromu ilustruje např. model Edelwich a Brodsky (1980). Popisuje počáteční nadprůměrné pracovní nasazení jedince, nadšení a ideály, neadekvátní nároky na sebe i okolí, přeceňování vlastních sil, přílišná identifikace s prací a klienty, prožívanou smysluplnost života. Zcela přirozeně jsou postupně původní nereálné představy konfrontovány s každodenní realitou výkonu profese, dochází k nezbytné změně pracovní motivace, korekci představ o vlastních možnostech a smyslu profese. Těžiště jeho zájmu se přesouvá na uspokojování spíše materiálních potřeb a lze hovořit o určité stagnaci. Byrokracie, každodenní kontakt s klienty, interpersonální vztahy na pracovišti i konflikty pramenící z náročnosti profese a realizace rolí v rodinném systému, postupně přinášejí zklamání a frustraci. Dochází k procitnutí, pracovníci vidí nereálnost svých dřívějších požadavků a jsou nuceni z nich slevit. Přirozenou obrannou reakcí bývá redukování pracovních povinností na minimum, vyhýbání se svízelným klientům (depersonalizace), časté jsou prožitky rezignace a zoufalství. Problémem je ekonomická závislost na profesi a nutnost v ní i nadále setrvat, člověk dělá pouze to, co musí a co má v popisu práce (tabulka 6).

Tabulka 6: Průběh procesu vyhoření

FÁZE VYHOŘENÍ	
1. nadšení	nadmíru se angažuje, nadšeně pomáhá, dělá přesčas i předepsané úkoly, obětuje se, čeká ocenění a přijetí od nadřízených, kolektivu i pacientů
2. stagnace	začíná být rezervovanější k pacientům, jejich požadavky začínají unavovat, vyhýbá se kontaktu s nimi, vyhledává pacienty „kteří dělají radost“
3. frustrace	„obránné stadium, kdy se stírdá snaha a vzdávání, požadavky vnímá často

	jako obtěžující, „utrhne se na ně“, cítí stále „časový tlak“, snaží se systematicky vyhnout kontaktu s problémovými pacienty, v blízkých vztazích začíná být podrážděný, objevují se konflikty pro drobnosti v rodině, omezuje přátelské kontakty, podrážděnost a bojovnost i vůči kolegům
4. apatie	Rezignuje na terapeutické vztahy vůbec, omezení na technické řečení bez osobního angažování, cynismus, značkuje, pomlouvá, požadavky nadřízených otravují, chování se mění i v rodině v podobném trendu, rezignuje na odborný růst
5. vyhoření	Stav plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům
Následky	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychická porucha ▪ somatické onemocnění ▪ rozvrat vztahů v rodině i v práci

Uvedené změny se pochopitelně výrazně promítají také do soukromí a negativně ovlivňují nejen subjektivní kvalitu života, ale také zdravotní stav. Mezi tři základní symptomy vyhoření patří fyzické i psychické vyčerpání (někdy též nazývané znechucení „tedium“) spojené s depresí, vnitřní odcizení především vůči kolektivu a klientům a pokles pracovního nasazení (Stock, 2010). Kebza a Šolcová (2010) v přehledové studii upozorňují na alarmující souvislosti mezi syndromem vyhoření a akutním infarktem myokardu, ischemickou chorobou srdeční, mozkovou mrtvicí a náhlou kardiální smrtí.

Tabulka 7: Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky burnout syndromu	
Fyzické	Psychické
<ul style="list-style-type: none"> ▪ stav celkové únavy až vyčerpání organismu ▪ apatie, ochablost ▪ dechová tíseň, pocity zkrácení dechu ▪ bušení srdce ▪ bolesti hlavy ▪ gastrointestinální obtíže ▪ nespavost ▪ nespecifické tělesné bolesti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ předrážděnost ▪ záchvaty zlosti a hněvu ▪ zvýšený smutek ▪ celkový útlum a depresivita ▪ nekontrolované verbální projevy zlosti ▪ podezíravost a vztahovačnost ▪ vyhýbání se pracovním povinnostem
Pracovní	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ přesvědčení, že „nic už nemá cenu“ ▪ pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí ▪ negativní hodnocení situace, v níž byla profese až dosud vykonávána ▪ sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání ▪ projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům ▪ redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních fází a klišé ▪ objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti 	

Zdroj: Ptáček a Čeledová, 2011

5.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Hlavní příčinou je již zmíněné dlouhodobé působení pracovního stresu (distresu), který nedokáže pracovník zvládat. V mimopracovní oblasti se na vzniku syndromu vyhoření podílí chronické denní nepříjemnosti (daily hassles) a tzv. *velké životní události* jako například ztráta blízké osoby, ztráta či změna zaměstnání, nemoc aj. Svou nezanedbatelnou roli pochopitelně hrají vnitřní faktory - rysy osobnosti, copingové strategie, sociální opora aj. Křivohlavý (1998), Kebza a Šolcová (2003), Matoušek (2003), Jeklová a Reitmayerová (2006) uvádějí následující rizikové faktory vyhoření:

- vysoké požadavky na výkon, monotonie práce
- nízká míra autonomie pracovní činnosti
- vysoký entuziasmus, angažovanost a celkové nadšení
- nízká míra asertivity
- chování typu A s převažující hostilitou a soutěživostí
- původně vysoká empatie, obětavost
- vyšší četnost životních událostí a „daily hassles“
- permanentně prožívaný časový tlak (stres)
- nevěnování pozornosti potřebám personálu
- absence zacvičování nových členů v organizaci
- špatně vedená či naprosto chybějící supervize
- pracovní prostředí s převažující soutěživou atmosférou
- přetěžování pracovníků – např. neúnosný počet klientů na jednoho pracovníka
- vysoké nároky na kvalitu práce či kvantitu odvedené práce
- přetrvávající negativní podmínky na pracovišti, které se dlouho nelepší
- nedostatek odpočinku v průběhu pracovní doby
- nedostatek docenění práce ze strany vedení či klientů
- partnerské či rodinné konflikty
- dlouhodobá zátěž v rodině
- výkonový charakter společnosti nutící jedince stále více a rychleji vydělávat peníze, kariérně stoupat, více zabezpečovat rodinu.

Tabulka 8: Rizikové faktory výkonu pomáhající profese

Pomáhání druhým jako profese přináší řadu paradoxů
<ul style="list-style-type: none">▪ Pomáhání druhým – nebezpečná, náročná a současně i člověka samého deformující profese▪ Vyčerpává (pacient nechce být pro pomáhajícího jen objektem pomoci, ale také blízkým, s nímž soucítí, chce lásku, pozornost, nejen výkon práce a neosobní radu)▪ Dává moc a kontrolu▪ Ovlivňuje sebevědomí a životní postoje, splývá s životem▪ Přenáší se do nepracovních situací (učitel, právník, lékař, zdravotní sestra)▪ Přináší také zklamání a osobní „úrazy“<ul style="list-style-type: none">➢ léčba se nedaří, je stereotypní, nudná, příliš náročná a stresující➢ pacient je odmítavý, zhorší se, vrací se znovu, není vděčný➢ schází ocenění a dostatečná odměna „shora“, naopak nároky jsou příliš vysoké- spolupracovníci trestají za snahu▪ Může vést k:

- nadměrnému stresu
- rozbití blízkých vztahů
- vyhoření (burn out)
- rozbití pracovních vztahů
- psychické poruše
- - somatické nemoci

Zdroj: Praško a kol., 2010

5.3 Syndrom vyhoření a MKN 10 (diferenciální diagnostika)

Problémy související s pracovními obtížemi jsou v rámci MKN-10 uvedeny v rámci skupiny diagnóz **Z73 Problémy spojené s obtížemi při vedení života** a kategorií **Z73.0 Vyhasnutí (vyhoření)**. Jde o specifickou emoční únavu projevující se dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Postižený se obtížně soustřeďuje na nemocné, trpívá pocity zatrpklosti, dojemem, že se nic nedaří, nic nemá cenu. Může vést k formálnosti v práci, ztrátě zájmu o pacienty, v extrémních případech k alkoholismu, toxikomániím i sebevražedným pokusům. Příčinou syndromu bývá zejména postupná ztráta uspokojení z práce v povolání, když není dlouhodobě vyvážená emoční bilance nákladů a zisků (Boleloucký, 2004).

V případě nejasností a v závislosti na dominujícím symptomu a konkrétním klinickém obrazu může být řazen do skupiny diagnóz **F48 Jiné neurotické poruchy**, do podskupiny **F48.0 Neurastenie** a **F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom**. Neurastenický syndrom se popisuje jako dráždivá slabost, obojí se může projevovat současně, v tělesné i psychické oblasti. Nadměrná dráždivost se projevuje snížením prahu pro podněty ze smyslových orgánů, v psychické oblasti se projevuje zvýšenou afektivní reaktivitou. Nadměrná vyčerpanost se projevuje v nadměrné únavě již po malé somatické nebo psychické zátěži (Praško, 2007). V tabulce 5 uvádíme hlavní dva typy poruchy, které se vzájemně překrývají (MKN-10).

V novější literatuře se v rámci nosologické jednotky F48.0 Neurastenie objevuje problematika chronického únavového syndromu (**Chronic fatigue syndrome, CFS**).¹¹ Tato nosologická jednotka je s CFS zcela rovnocenná, epidemiologickými studii bylo zjištěno, že stejný počet nemocných s projevy neurastenie podle MKN-10 splňuje i kritéria pro CFS podle DSM-III (Janů a kol., 2003). Jedná se o onemocnění diagnostikované na základě syndromologických kritérií, na jehož příčinách, vzniku a průběhu se podílejí vlivy psychické, somatické choroby a poruchy a vlivy prostředí. Součástí vzniku a dalšího rozvoje CFS je nadměrný, špatně zvládaný stres (Nouza, 2005).

Tabulka 9: Diagnostická vodítka u neurastenie

Termín **CFS** byl zaveden v roce 1988. CFS je syndrom, u kterého nebyla jednoznačně určena příčina. Pohybuje se mezi psychickými poruchami na jedné straně a mezi poruchami imunity a infekcemi na straně druhé (Chromý a Honzák, 2005, s. 192). Někteří specialisté a patientská sdružení v USA preferují převažující roli imunitní poruchy při vzniku onemocnění (**CFIDS – chronic fatigue and immune dysfunction syndrome**). Chronickým únavovým syndromem označujeme stav charakterizovaný výraznou, dlouhodobou a invalidizující únavou spojenou s řadou souvisejících symptomů a subjektivních obtíží: zhoršení schopnosti koncentrace, svalové a kloubní bolesti, cefalea, bolesti v hrdle, poruchy spánku. Veškeré vlivy a míry symptomů jsou modulovány a vnímány prostřednictvím psychiky (Janů, 2003).

Trvalé a úzkostné stesky na pocity vyčerpání po malé duševní námaze (jako jsou každodenní úkoly) nebo stesky na pocity únavy a tělesnou slabost po malé tělesné námaze.

- Objevuje se alespoň jeden z následujících tělesných příznaků:
 - pocity bolesti ve svalech
 - závrať
 - bolesti hlavy z napětí
 - poruchy spánku
 - neschopnost relaxace
 - podrážděnost
- Neschopnost zotavení se z příznaků vyčerpání a únavy ani odpočinkem, relaxací nebo zábavou.
- Porucha trvá alespoň tři měsíce.
- Vyloučena je organická etiologie nebo jiná psychická porucha, která by obtíže plně vysvětlovala.

Obdobně Chromý a Honzák (2005) zdůrazňují roli stresu v etiologii onemocnění, za významné spouštěče považují např. povodně, situace ztráty, stěhování, chirurgický zákrok aj.). Pacienti s CFS signifikantně častěji v nedávném období před začátkem potíží prožili negativní životní události (Janů, 2003). Jeden z častých spouštěčů chronického únavového syndromu je dlouhodobé přepracování a přetěžování (Praško, 2006).

Projevy CFS v mnohém překrývají projevy jiných onemocnění, např. depresivní poruchu, protrahovanou depresivní reakci, somatizační poruchou, somatoformní bolestivou poruchou, hypochondrickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou, sezónní afektivní poruchou aj. (Nouza a Svoboda, 1998; Janů a kol., 2003; Praško a kol., 2006). Nejčastější projevy onemocnění dokumentuje tabulka 8.

Jedním z hlavních faktorů při vzniku a trvání onemocnění je psychická predispozice. Praško (2007) mezi psychopatologické koncepty o mechanismech vedoucích k syndromu chronické únavy řadí somatizaci, atribuční styl, vyhýbavé a zabezpečovací chování, strach ze stigmatu. Významnou roli hrají také osobnostní rysy, zejména osobnosti s rysy perfekcionismu s nadměrnými nároky na výkon, vyhýbavé osobnosti s přehnanými obavami o zdraví, pasivní nebo závislé osobnosti, histriónské osobnosti s tendencemi ke zveličování a nadměrnému sebesledování.

Tabulka 10: Zdravotní potíže pacientů s CFS

Potíže	na základě dotazníku (%)	uváděné pacienty (%)
Únava	100	100
Bolesti svalů	75	55

Gastrointestinální potíže	67	48
Problémy s koncentrací	65	34
Alergie	65	–
Svalová slabost	60	29
Problémy se spánkem	48	29
Problémy s pamětí	48	19
Bolesti kloubů	44	32
Bolesti hlavy	39	47
Podrážděnost	33	14
Závratě	31	24
Bolesti v krku	22	13
Depresivní rozlady	16	11
Polyurie	17	–
Opakující se infekce	16	15
Rozmazané vidění	14	–
Lymfadenopatie	14	5
Subfebrilie	8	11

Zdroj: Janů a kol., 2003

6 Metody psychosociální intervence v prevenci a podpoře zdraví

6.1 **Stručný přehled vývoje metod a forem sociálně psychologického výcviku.**

Tréninkové skupiny (tzv. T–groups) byly původně koncipovány jako skupiny pro výcvik sociálně psychologických dovedností, členové skupiny byli vedeni k pozorování skupinových procesů a vlastních interakcí s druhými lidmi. Počátky soustavnějšího zájmu nacházíme na přelomu 50. a 60. let minulého století. Pod různými názvy začínají vznikat skupiny, které se zaměřují na zážitky hlubokého setkání člověka s člověkem, zároveň vyjadřují předpoklad, že běžný každodenní život člověka na něj klade nároky, které jeho psychika přestává zvládat. Velký vliv měla v tomto období na rozvoj skupin zejména psychiatrie.

Tento postup vedl k lepšímu pochopení vlastního chování a vlivu na druhé a ve svých důsledcích zvyšoval připravenost řešit složité mezilidské situace. Klientela T-groups se z původních zájemců (řídící pracovníci) rozšířila postupně do jiných oblastí, uplatnění našla zejména v práci pedagogů, sociálních pracovníků, učitelů, vychovatelů a dalších pomáhajících profesí.

V psychologii nacházíme počátky využívání skupinových metod již v roce 1910, kdy J.L. Moreno zakládá ve Vídni první terapeutické skupiny dětí, prostitutek a emigrantů. Dalším z průkopníků byl v této oblasti J.Pratt, který organizoval od roku 1906 v Bostonu skupiny pro tuberkulózní pacienty (Taxová, 1989). Výraznou roli sehrála i tzv. kalifornská škola rodinné terapie v Palo Alto svým systémovým pohledem na interakce jedince s okolím a na jeho současnou rodinu (Kratochvíl, 1997). Jedním ze zdrojů technik využívaných v sociálně-psychologickém výcviku byly vojenské hry (Hermonchová, 1988), které byly používány k modelování řešení válečných situací. Po II. světové válce se řada z nich používala v ekonomice při přípravě manažerů, v klinické praxi a sociální práci.

Sociálně-psychologický trénink jako metodicky založený nácvik určitých schopností sociální interakce (Nakonečný, 1999) se postupně rozšířil do oblastí psychoterapie (v rámci skupin setkání), do oblastí psychologie organizace a řízení a do oblastí praktické pedagogiky .

Z hlediska vývoje tréninkových metod měla význam poválečná činnost C.R. Rogerse a jeho spolupracovníků, kteří na Chicagské universitě organizovali intenzivní kurzy pro odborníky připravující se na poradenskou a psychoterapeutickou práci s veterány II. světové války. Rogersův přístup tehdy spojoval důraz na zkušenostní a kognitivní učení s procesem terapeutického charakteru a umožňoval účastníkům lepší sebepochopení a uvědomění si postojů. Během posledních 30ti let skupinové techniky zaznamenaly bohatý rozvoj, mezi nejvýznamnější současné směry intenzivních skupin můžeme podle Sedláčka (1985) zařadit:

- T-skupiny, (T- group) orientované především na rozvoj sociálních dovedností
- skupiny setkání (Encounter group) orientované na osobní růst a zdokonalení mezilidské komunikace
- trénink vnímavosti (Sensitivity training)
- úkolově orientované skupiny (Task oriented group) kombinující prvky T skupin a skupin setkání
- smyslově prožitkové skupiny, tělově prožitkové skupiny, tělově pohybové skupiny, orientované na fyzické uvědomění a výraz
- tvořivé dílny (Creativity workshop)

- organizační vývojové skupiny zaměřené na zvyšování řídicích schopností a dovedností
- skupiny vytváření týmu (Team – building group)
- Synanonské skupiny nebo hry

V oblasti využívání sociálního – interakčního učení jsou u nás dva hlavní trendy, aktivní sociální učení programové a sociálně psychologický výcvik. Pro jednotlivé metody a postupy SPV je používána řada názvů: strukturované cvičení, strukturovaná zkušenost, experiment se sebekonfrontací, simulované hry, úkolové hry, tematické interakce. Podle Hermonchové (1988) jsou společnými znaky všech těchto směrů hravost a simulovanost situace a přítomnost psychologické intervence.

Sociální učení a sociálně-psychologický trénink

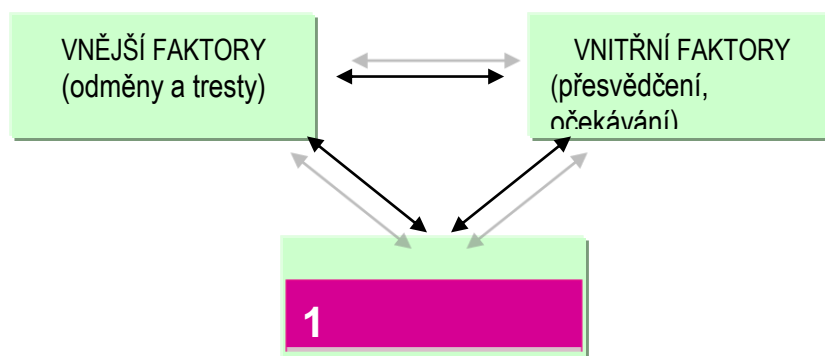
Sociální učení, umožňuje socializaci člověka. Socializací dochází obecně k postupnému vrůstání jedince do společnosti, k zařazení do její struktury. Učí se sociálně akceptovaným způsobem chovat, přizpůsobuje se sociálním rolím, orientuje se na sociální expektance a posléze zvnitřňuje její hodnoty, názory a pohledy na svět. K základním procesům sociálního učení patří učení napodobováním, označované jako observační učení nebo učení podle modelů.

Z hlediska sociálně psychologického výcviku je inspirativní teorie observačního učení vypracovaná A. Bandurou, označována jako *kognitivní teorie sociálního učení*. Teorie sociálního učení zdůrazňuje podstatný význam lidských schopností užívat symboly, představivosti, schopností chápat vztah příčina – důsledek a anticipovat důsledky vlastního chování.

Mnoho vzorců našeho chování vzniká v důsledku posílení, výsledek do značné míry závisí na našem uvědomění si vztahu mezi chováním a jeho výsledkem. Naše chování je také ovlivňováno anticipací jeho důsledků. V některých situacích nejsilněji působí vlivy prostředí, v jiných naše přesvědčení nebo očekávání. Vzájemnou interakci těchto faktorů ilustruje schéma 1.

Schéma 1

Bandurův model recipročního determinizmu



Vnější prostředí má tedy reálnou a důležitou roli v determinaci lidského chování. Jedinec reguluje vlivy prostředí výběrem prostředí a chování prostřednictvím svých kognitivních schopností. Uvědomění si těchto vzájemných souvislostí se projevuje v představě budoucího výsledku, odhadu pravděpodobnosti, vytýčení cíle, vytváření nových strategií chování aj. Bandurovy názory na učení nápodobou můžeme shrnout následovně :

- mnoho z lidského chování je funkcí pozorování jiných lidí nebo symbolických modelů (např. románová nebo filmová postava).
- člověk se naučí napodobovat, protože imitované chování bývá posilované a pokračující posilování udržuje napodobivé chování.
- některé aspekty napodobování nebo observačního učení mohou být vysvětleny podle principů operantního podmiňování.

Z hlediska pedagogické praxe jsou důležité potenciální zdroje posilování při učení nápodobou. Podle teorie sociálního učení je chování naučené nápodobou regulováno nejen přímo zakoušenými důsledky, přicházejícími z externích zdrojů, ale i zástupným posilováním nebo sebeposilováním. Zdroje posilování při učení napodobováním můžeme rozdělit do těchto skupin :

1. *přímé posílení napodobujícího modelem* – např. dítě napodobuje chování rodičů

2. *posílení jako důsledek chování* – jedná se zejména o ty případy, kdy pozorováním naučené chování je prostředkem k dosažení určitého cíle (např. dítě se naučí napodobováním matky říkat určité slovo)

3. *zástupné posilování* – klasické i operantní podmiňování se může uskutečnit zástupně, tj. pozorováním modelů, které jsou buď posilovány nebo trestány. Důsledky chování modelů přímo ovlivňují chování pozorovatele

4. *sebeposilování* – lidé si často sami stanoví určitý standard a sami sebe odměňují nebo trestají podle toho, zda jejich chování odpovídá dobrovolně určeným požadavkům.

Poznatky o učení nápodobou může pedagog využít v nejrůznějších výchovných a vzdělávacích situacích. Předvedení jednotlivých sekvencí chování je důležité např. při nácviku senzomotorických dovedností. Pedagog by měl vždy usilovat o to, aby jeho chování bylo modelem pro rozvoj pozitivního chování žáků. Neměl by být

rozpor mezi tím co učitel slovně prohlašuje, a tím, co opravdu dělá. Chování modelu je vždy účinnějším výchovným prostředkem než pouhá slovní proklamace.

V rámci výchovného působení u dětí můžeme uvažovat zejména o přeučování a reedukaci umožňující změnu nežádoucích stereotypů, získání nových vzorců chování a rozvoj specifických sociálních dovedností, které si dítě osvojilo v primární rodině.

Podle Hermochové (1988, s.41) sociálně psychologický trénink rozvíjí tyto způsoby chování: jasná a precizní komunikace, schopnost vytvářet nové, hlubší mezilidské vztahy, ochota do jisté míry brát na sebe riziko když člověku o něco jde, adekvátní flexibilita, schopnost kontrolovat vlastní chování a zároveň schopnost být v danou chvíli autentický, prohloubená sociální percepce, schopnost realistické interakce a kooperace, citlivost na jevy skupinové dynamiky, akceptování druhých, tolerantní přijímání nových informací, otevřenost, důvěra, vhled do vlastních motivů a pohnutek jednání. Z uvedeného výčtu jsou zřejmé možnosti výcvikových skupin ve výchově vyučování.

Pokud chceme zprostředkovat osvojení nové dovednosti, můžeme volit několik přístupů přímého působení :

- klasickou pedagogickou metodu, kdy je subjektem působení žák
- interakční metodu, subjektem působení je také jedinec, vyšší efekt učení je umocňován vzájemnými a opakujícími se interakcemi mezi žáky
- skupinovou metodu, kdy je subjektem působení žák a reálná školní třída.

Sociálně psychologický trénink je metodou, při které účastníci musejí vystupovat a aktivně jednat. Velký význam má zejména vlastní prožitek účastníka skupinové práce. Vítková (2001, s. 12) v této souvislosti uvádí, že člověk udrží v paměti asi 10 % z toho, co slyší, 50 % z toho, co vidí, ale až 90 % z toho, čeho se přímo zúčastní.

V různých sociálních situacích si lze osvojit i neuspokojivé formy chování a reakcí, často absentují základní sociální dovednosti, které nám umožňují výběr vhodných vzorců chování, chybí kognitivní schopnosti na realizaci rozhodnutí volby, schopnosti umožňující budování hodnotných interpersonálních vztahů. V této souvislosti nutno zvýraznit význam primární rodiny, kde se můžeme prostřednictvím mechanismů nápodoby a identifikace naučit neefektivní nebo

maladaptivní vzorce chování (např. agresivní, pasivní nebo manipulativní chování). Velice pozitivní roli může sehrát při rozvoji žádoucích vzorců chování také škola a pedagogové.

Sociální - interakční učení poskytuje z hlediska výchovy a vyučování velice pozitivní moment. Podle Hermochové (1981) může každý jedinec vědomě a záměrně urychlit a prohloubit výsledky sociálního učení, které jsou za normálních okolností často přehlíženy a rozmělněny do dlouhého časového úseku, když se vůči těmto psychologickým jevům stane pozornější a citlivější.

Techniky sociálně psychologického tréninku vycházejí z předpokladu, že stimulace reálných sociálních vztahů, ve kterých si člověk může vyzkoušet jakoby nanečisto své sociální dovednosti napomáhá rozvoji a seberozvoji osobnosti ve dvou základních rovinách :

1. *rovina sociálních dovedností* - s jejich rozvojem dochází k rozvoji sociálních kontaktů, jejich lepší regulaci a reálnějšímu odhadu druhých lidí, člověk si prohlubuje dovednost lépe regulovat dynamiku svých sociálních vztahů a svého zapojení do nich, tedy celkové způsobilosti k sociální interakci.
2. *osobnostní rovina* - uvolněním zábrán a tlaků stávajících potenciálů osobnosti, člověk se stává jistější v odhadu sebe sama, je uvolněnější, často dochází k vytvoření trvalého zájmu o rozvoj a seberozvoj vlastní osobnosti.

Capponi a Novák (1990) vycházejí při nácviku sociálních dovedností s využitím sociálně psychologického tréninku z těchto teoretických východisek:

- člověk se novým strategiím chování musí po celý život učit a může se jim naučit
- člověk může sám sebe projevit jen prostřednictvím svého chování
- kauzalita v mezilidské komunikaci má cirkulární povahu, každá další sekvence chování je vlastně odpovědí na odpověď, bezprostřední důsledky chování jsou negativním nebo pozitivním posílením
- podaří-li se člověku chovat jinak, budí ve svém okolí jiné odpovědi, dojde ke změněnému chování druhých, které v pozitivním případě posílí nové chování; to sekundárně vede nejen k upevňování nových vzorců chování, ale i ke změně postojů k sobě samému a k okolnímu světu
- chování nelze změnit celé najednou, je možné měnit jen jednotlivé konkrétní sekvence chování, čehož lze dosáhnout poměrně jednoduchými taktickými manévry
- nový postup je potřeba vždy napřed zkusit, až pak hodnotit.

6.2 Cíle a metody sociálně-psychologického tréninku

Velice důležitou stránkou samotného nácviku sociálních dovedností je definování cílů, kterých chceme prostřednictvím skupinového výcviku dosáhnout u konkrétní skupiny. V rámci sociálního - interakčního učení sledujeme vždy tyto základní cíle : zvýšení dovednosti vnímat sociální skutečnosti, prohloubení snahy o autoregulaci, změna nežádoucích stereotypů, autentické a funkční vyjadřování pocitů, ujasňování si vlastních motivů chování, prohloubení sebeakceptace a akceptování druhých lidí, rozvoj skupinových hodnot, interpersonální otevřenost.

Kožnar (1992,s.11) při definování cílů SPV vychází z jeho zaměření a uvádí tyto cíle: zlepšení sociálních dovedností, prohloubení sebepoznání a získání vhledu do vlastních postojů, prožitků a reakcí, uvědomování si odezvy vlastního působení na

druhé lidi, osvojení si schopnosti vcítit se do druhých lidí, pochopit je, porozumět jejich chování a naučit se na ně účinněji působit (rozvoj empatie), uvědomění si odezvy vlastního působení na lidi v dyadických a skupinových interakcích získání dovednosti konstruktivně řešit interpersonální a skupinové konflikty, porozumění skupinovým procesům, skupinové dynamice a získání dovedností účinně do nich zasahovat, optimalizace vlastního organizačního chování a pracovní, případně výchovné aktivity.

Obdobně Sedláček (1985, s.34) za základní cíle SPV považuje: rozvoj tvořivého postoje ke světu (objevování, experiment), rozšíření repertoáru vlastního chování, získání důležitých vědomostí, autentičnost a otevřenost v sociálních vztazích, vyjasnění vertikálních vztahů a schopnost zralého reagování, sebezpoznání a seberozvoj, spolupráce s druhými a schopnost řešit konflikty.

Metody sociálně-psychologického tréninku

V rámci je používána řada skupinových technik, přejatých z různých oblastí sociální psychologie a skupinové psychoterapie. Dalšími inspiračními zdroji jsou například psychogymnastika, transakční analýza, asertivní trénink, muzikoterapie, arteterapie, autogenní trénink nebo jóga. Sedláček (1985) *podle funkcí, na jejichž zdokonalení se technika orientuje*, rozlišuje:

- techniky navozující uvolnění a volnou expresi
- techniky zaměřené na sebereflexi a poznávání druhých
- techniky zaměřené na výcvik nových forem sociálního chování
- techniky zaměřené na výcvik efektivní komunikace
- techniky zaměřené na výcvik a analýzu kooperativních forem chování.

Podle způsobu a hlavní metodiky, která akci určuje, můžeme metody členit na :

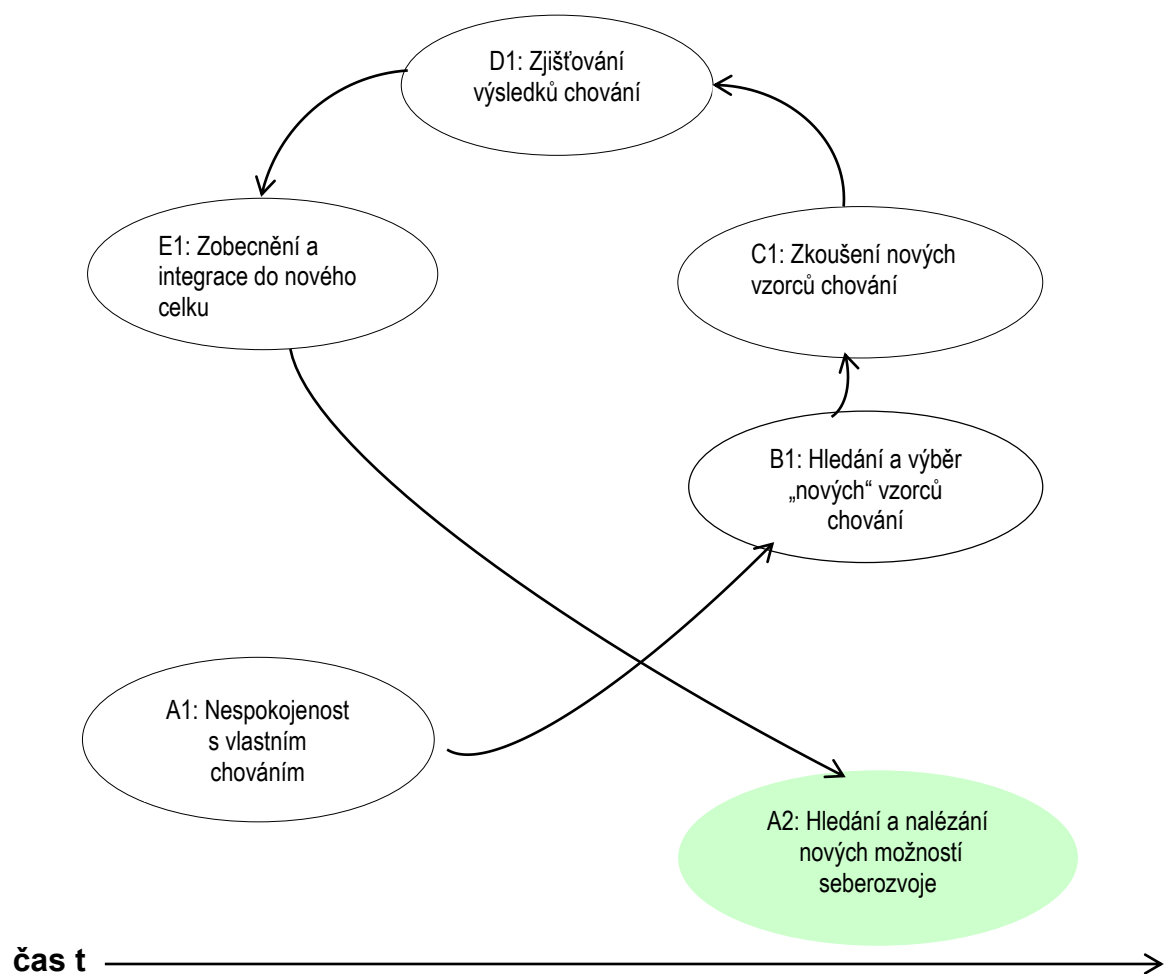
- inscenace, hraní rolí (blíží se psychodramatu)
- techniky rozhovoru (např. nedirektivní rozhovor)
- sociogramatické techniky umožňující diagnostiku skupinové struktury
- neverbální techniky (percepčně-pohybové techniky - pantomima, komunikační neverbální techniky - encounter)
- kresebné techniky
- hudebně skupinové techniky
- úkolově skupinové situace (kooperativní dovednosti a soupeření)
- simulační hry
- relaxační techniky

6.3 Průběh sociálně-psychologického tréninku a proces změny ve skupině

Samotný průběh sociálně psychologického výcviku lze shodně s Hermochovou (1988) charakterizovat jako třístupňový proces :

1. účastníci se snaží učit novým formám chování, vstupují do sociálně bezpečné situace, uvolní se a to jim umožní, aby se chovali jinak, než jsou běžně zvyklí;
2. ve stavu uvolnění zkoumají a zkouší účastníci výcviku nové formy chování, protože se jim v sociálně bezpečné atmosféře podařilo odstranit bariéry, jsou snaživější;
3. dochází k integraci nových forem chování, nebo alespoň opuštění těch forem, které vedou k nežádoucím efektům (schéma 2).

Schéma 2 Průběh procesu sociálně-psychologického výcviku



Pelcák, 1985

Je-li skupinový výcvik úspěšný, spirála se pohybuje směrem k účinnějšímu skupinovému i individuálnímu chování. V každé z uvedených fází se účastníci výcviku vypořádávají s řadou emocionálních problémů a stresů. Změny, ke kterým dochází, probíhají v čase se značnou interindividuální variabilitou, která může souviset s aktuální životní situací, motivací ke změně, sebepojetím účastníka výcviku a jeho sociálně-psychologickou kompetencí. Labáth a Smik (1991) v této souvislosti zdůrazňují, že si účastníci výcviku uvědomují a vnitřně prožívají přítomnost, skutečnost, že je reálné a možné změnit vlastní chování určitým směrem, i přes náročnost vyplývající z přeučování dlouhodobě fixovaných stereotypů.¹²

¹² V této souvislosti je zcela kontraproduktivní současný trend celoživotního vzdělávání, jež sice pragmaticky preferuje využívání metod SPV a skupinové práce při současné redukci adekvátní časové dotace a bez ohledu na kvalifikační předpoklady trenérů (např. ve firemním vzdělávání a v rámci vzdělávacích projektů EU).

To pochopitelně neumožňuje plně využívat efekt těchto metod ani individuální potenciál účastníků kurzů. Absence adekvátního vzdělání u tzv. lektorů navíc často blokuje skupinovou dynamiku a u některých specifických témat může účastníky kurzu ohrozit či poškodit (např. zvládání stresu, syndrom vyhoření, sebepoznávání aj.). Tato skutečnost vychází také ze značné příbuznosti metod skupinového výcviku a skupinové psychoterapie, které je věnovaná pozornost v jiné části textu.

Při skupinové práci dochází k promítání jak správných, tak neefektivních stereotypů interpersonálního chování na základě konfrontace a zpětné vazby dochází k vhledu, tj. pochopení, co člověk dělá v interpersonálních vztazích špatně, čím vyvolává reakce okolí, které jej mohou zpětně traumatizovat aj. Skupina kromě náhledu může poskytovat i emoční korekci, bezpečný prostor pro testování i nácvik nových efektivnějších vzorců chování. Pozitivně zde působí i určitá nejednoznačnost a nestrukturovanost výcvikové situace. Umožňuje měnit stereotypy v chování a prožívání, otevírá nové možnosti, promítat do situace své vlastní významy a motivy, srovnávat je s ostatními členy skupiny apod.

Skupinové procesy probíhají nejen na pozadí aktuálního, konkrétního chování ve skupině, probíhají i v době, kdy skupina není pohromadě a zdaleka ne pouze v situacích, kdy je skupina připravena je analyzovat a ovlivňovat. V průběhu výcviku jako důsledek lepšího vzájemného poznávání vzrůstá tolerance mezi členy skupiny a snaha navzájem se podporovat.

Pozitivní vztahy mezi členy skupiny napomáhají i vzájemnému uspokojování celé řady potřeb (např. potřeba příslušnosti ke skupině, akceptace, potřeba aktivního vlivu na skupinové dění, potřeba být kladně hodnocen aj.). Upřesňuje se i vzájemné postavení jednotlivců ve skupině. Sociálně psychologický výcvik **stimuluje optimální rozvinutí potencialit osobnosti v optimální sociální interakci a vytváří tak specifické podmínky pro saturaci potřeb, integraci a seberealizaci jedince.**

Důležitým faktorem skupinového výcviku je možnost získat informace o sobě, o svém chování. To má pozitivní vliv na rozvoj zdravého sebepojetí účastníků skupiny. Sebehodnocení člověka do značné míry souvisí s hodnocením, které dostáváme od druhých lidí. Jedná se o řetězec interakcí, který může mít podobu uzavřeného, stereotypního kruhu. Členství ve skupině může z tohoto pohledu nastartovat velice prospěšnou změnu.

6.4 Vztah sociálně-psychologického výcviku a psychoterapie

Výcviková situace umožňuje aktivní účast každému členu skupiny. Je dovoleno projevat city a zabývat se jimi, pozorovat sebe i druhé, vzájemně komunikovat, hrát různé role, pohybovat se, objasňovat si vzájemné vztahy, přispívat ke skupinovému rozhodování. Ve skupině dochází k promítání jak správných, tak neefektivních stereotypů interpersonálního chování na základě konfrontace a zpětné vazby dochází k vhledu, tj. pochopení, co jedinec dělá v interpersonálních vztazích špatně, na základě čeho vyvolává negativní reakce okolí, které jej mohou zpětně traumatizovat aj. Skupina kromě náhledu může poskytovat i emoční korekci, prostor pro testování i nácvik nových efektivnějších vzorců chování. Pozitivně zde působí i určitá nejednoznačnost a nestrukturovanost výcvikové situace. Umožňuje měnit stereotypy v chování a prožívání, otevírá nové možnosti, projektovat do situace své vlastní významy, srovnávat je apod.

Přestože v SPV klademe podstatně menší důraz na vnitřní motivy chování a pozornost zaměřujeme spíše na vnější chování či výraz člověka, pozitivní změny, ke kterým je možné se v takové výcvikové skupině dopracovat, mají i psychoterapeutické aspekty. V průběhu výcviku jako důsledek lepšího vzájemného poznávání vzrůstá tolerance mezi členy skupiny a snaha, navzájem se podporovat.

Pozitivní vztahy mezi členy skupiny i vzájemnému uspokojování celé řady potřeb (např. potřeba příslušnosti akceptace, potřeba aktivního vlivu na skupinové dění, potřeba být kladně hodnocen aj.), upřesňuje se i vzájemné postavení jednotlivců ve skupině.

Sociálně-psychologický výcvik tak stimuluje optimální rozvinutí potencialit osobnosti v optimální sociální interakci a vytváří i podmínky pro saturaci potřeb, integraci a seberealizaci osobnosti. Často diskutovanou otázkou je odlišení skupinového výcviku od skupinové psychoterapie.

Přes značné podobnosti mezi oběma druhy skupinové práce psychoterapeutickým a sociálně psychologickým, zejména v oblasti faktorů skupinové dynamiky nebo používaných výcvikových metod a technik, zásadní koncepční rozdíl vyplývá podle Kožnara (1992) z toho, komu je určena skupinová psychoterapie a s kým se pracuje při sociálním tréninku. Základní odlišnosti mezi výcvikovou skupinou a psychoterapeutickou skupinou ilustruje tabulka 2.

Hermochová (1988) a Bratská (1985) shodně konstatují, že nelze vždy přesně určit hranici mezi skupinou, v které se realizuje proces skupinové psychoterapie a skupinou, v které probíhá intenzivní sociálně-psychologický výcvik.

Tabulka č. 2 Porovnání sociálně-psychologického výcviku a psychoterapeutického tréninku

SOCIÁLNĚ-PSYCHOLOGICKÝ TRÉNINK	PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK
1. nižší počet výcvikových hodin a dnů	Zpravidla více výcvikových hodin a dnů
2. Změny složení skupiny jsou využívány pro výcvikové cíle a zakomponovány do tréninkového procesu a programu.	Preferují se skupiny uzavřeného typu. Stablní složení výcvikových skupin s minimálními absencemi členů je nezbytné.
3. stablní vedení výcvikových skupin není nutné. Různí a střídající se vedoucí skupin mohou naopak vhodně reprezentovat rozdílnost různých stylů vedení a nutnost tvořivého přizpůsobení se různým podmínkám učení.	Je potřebné stablní vedení výcvikových skupin, nejlépe muž a žena, aby prezentovali model rodičovské dynamiky a kooperaci obou pohlaví pro skupinu.
4. Výuková atmosféra skupiny připomíná atmosféru třídy, semináře, „dílny“ (workshop). Jde primárně o vytvoření optimálního prostředí pro učení. Důraz je kladen na procesy učení, tréninku a na racionálnost. Stimulace emocionality není v popředí.	Atmosféra skupiny imituje atmosféru rodiny a rodinné vztahy. Silně stimuluje emoce, je snaha vyprovokovat emočně korektivní zkušenosti. Důraz na přenosový a protipřenosový vztah, příp. s empatií, akceptací jednotlivce a opravdovostí vztahu (rogersovský přístup)
5. Sebeotevírání probíhá na úrovni myšlenkové, názorové a postojevé, příp. aktuálně pocitové (vyjadřování pocitů a pocitových reakcí v komunikaci) a představách (přání, plány, projekty, fantazie).	Sebeotevírání na všech úrovních, zvláště důležitou roli hrají údaje a vzpomínky anamnestické, historicko-biografické, rodinně a vývojově formativní.
7. Základním metodickým prostředkem sociálního učení ve skupinách je zpětnovazební chování. Zpětné vazby jsou důsledně interpersonální (jde o dosahování druhého stupně náhledu z hlediska psychoterapeutické terminologie) a jsou nositelem změn individua, jeho sociálního chování.	Zpětné vazby jsou stále podstatné i pro budování interpersonálního stupně náhledu, ale na častosti a významu nabývají zejména zpětné vazby s hlubším intrapsychickým záběrem. Velice důležité jsou interpretace, jsou prostředkem tvorby a prohlubování historického stupně náhledu. Interpretace vedou k prohloubení sebepoznání a sebepochopení dynamiky vývoje osobnosti. To utváří předpoklady hlubších změn osobnosti a jejího prožívání.
8. Základním obsahem práce skupin jsou tematické diskuse (kromě již zmíněného důrazu na práci s interakcemi a na nácvik sociálního chování).	Hlavním obsahem skupinové práce je introspektivní rozbor individuální historie, biografie a anamnestických souvislostí, s důrazem na hledání klíčových formujících zážitků z dětství. (interakční diskuse a analýzy jsou další důležitou obsahovou součástí výcviku).
9. Klade se větší důraz na role, které člověk v životě zastává a na rolová očekávání, požadavky a chování. V centru pozornosti je analýza rolí a	Důraz je kladen na osobnost, její vnitřní a zážitkový svět a emoční prožívání vztahů, životních křižovatek a úkolů. Z hlediska rolových

nácvik optimálního rolového chování.	koncept je v centru zájmu studium těch rysů osobnosti, které způsobují, že se lidé i ve stejných rolích odlišují.
10. Celkový kontext a režim je uvolněnější. Celodenní režim tréninkových skupin není tolik důležitý, není třeba dosahovat přílišné intenzity celkového organizačního uspořádání výcviku. Je vhodné více odpočinku a volného času, ne úplné a prakticky celodenní zaujetí výcvikovými podmínkami a procesem. Náplň volného času není kontrolována a není omezována ani v otázce mimotréninkové komunikace účastníků výcviku, případně konzumace alkoholu apod.	Intenzivní, celodenní pracovní režim výcviku zpravidla ve více skupinovém celokomunitním uspořádání je podstatnou složkou výcviku. Stimuluje prožívání i chování, jež jsou součástí výcvikové práce. Veškeré i mimoskupinové počínání, zážitky a aktivity hrají roli pro trénink, stávají se předmětem práce ve skupinách a důsledně se skupinově zpracovávají. Doporučuje se redukce požívání alkoholických nápojů.

Kožnar (1992) poukazuje na silné i slabé stránky obou typů výcviků. Největší výhodou SPV je podle autora jeho důraz na dovednostní složku, na nácvik komunikace a konkrétních specifických interakčních dovedností.

U obou postupů je v popředí rozvoj osobnosti, jejího tvořivého potenciálu, ve skupinovém výcviku, obdobně jako ve skupinové psychoterapii, dochází k posilování obdobných způsobů chování, např.: srozumitelná a přesná komunikace - schopnost vytvářet nové, plnohodnotné mezilidské vztahy, schopnost brát na sebe určité riziko a zodpovědnost za svá rozhodnutí, schopnost regulace chování při zachování jeho autenticity, prohloubená sociální percepce a schopnost realistické interakce a kooperace, akceptování druhých - citlivost na jevy skupinové dynamiky, vzhled do vlastních motivů a pohnutek jednání aj.

Podobnost mezi výcvikem a terapií, jde v mnohém ještě dále - často jde o obdobné skupinové techniky, mechanismy učení i pravidla, která se při těchto postupech uplatňují (otevřenost, dávání zpětných informací, analýza aktuálního chování, zdůraznění toho, že primárním zdrojem informací o každém je to, co se odehrává zde a nyní atd.).

Za nejsilnější faktor psychoterapeutického výcviku považuje práci s intrapsychickou dynamikou a možnost ovlivnění zážitkové sféry osobnosti a to i při cílevědomé práci se skupinovou dynamikou. Psychoterapeutické změny jsou obvykle zásadnější, hlubší, postihující zejména emocionální vrstvy osobnosti. Změny zprostředkované SPV jsou jasnější, praktičtější, přímo viditelné a využitelné v sociálních interakcích.

Obdobně Rogers (1974, s. 115) v souvislosti s encounterovými skupinami uvádí, že při intenzivně vedeném výcviku orientovaném na osobnostní růst a růst terapeutického potenciálu splývá tento cíl s cílem tréninku sociálně-psychologických dovedností. Hranice mezi SPV a psychoterapeutickou skupinou tedy nejsou a nemohou být v praxi zcela ostré. Vzhledem k pozitivnímu vlivu na rozvoj a seberozvoj osobnosti účastníků skupin, můžeme podle Pelcáka (1992), aplikaci metod sociálně-psychologického výcviku považovat za nesespecifický primárně preventivní program zejména u rizikových skupin populace. Funkční propojení technik sociálně-psychologického výcviku a psychoterapie lze považovat za možné, užitečné a žádoucí. Efektivní propojení obou rovin práce se skupinou však klade značné kvalifikační požadavky na pedagogy, kteří realizují role trenérů, resp. facilitátorů skupin.

Osobnost trenéra sociálně-psychologického výcviku

Interpersonální vztahy obsahují obrovský psychoterapeutický potenciál. Síla opravdového hlubokého mezilidského vztahu, zejména potvrzení lidského jedince druhými lidmi je důležitým předpokladem jeho psychické stability, integrity a vývoje.

Vedoucí SPV (trenér, instruktor, facilitátor) je v podstatě učitelem, který je zaměřen na analýzu toho, co se při učení děje a jak probíhají procesy sociálního učení. Vedoucí SPV není autoritativním ani ochránářským typem vedoucího, může však tyto styly vedení podle potřeby uplatňovat. Není v pravém smyslu členem skupiny ani nestojí mimo ni. Role vedoucího spočívá ve facilitování skupinového dění a probíhajících interakcí, tzn. zejména stimulace emocí, vyjádření osobních postojů, interpretace a strukturování situací. Mezi základní povinnosti vedoucího výcviku - trenéra podle Taxové (1989) patří:

- dbát na dodržování skupinových norem
- poskytování metodologické pomoci účastníkům výcviku zařazováním vhodných technik
- řízení analýzy skupinového dění (komentovat, zobecňovat, diskutovat, případně interpretovat skupinové fenomény)
- podporovat skupinu i jednotlivce v experimentování s chováním
- kontrolovat skupinové interakce a udržet si do určité míry členství ve skupině.

Kvalitní naplnění role vedoucího skupiny není snadné a vyžaduje řadu specifických dovedností i osobnostní předpoklady. Hermochová (1981, s. 27-28) zvyrazňuje zejména tyto charakteristiky vedoucího SPV :

- otevřenost vůči změnám a novotám (i u sebe sama)

vnitřní uvolněnost, životní optimismus, kladný vztah k sobě i druhým a z toho pramenící jistota reakcí na nové, neobvyklé situace

- snaha pomáhat druhým jako skutečný motiv pro roli trenéra výcviku
- dovednost signalizovat skupině svou pohotovost a kvality pro pozitivní ovlivňování skupinových interakcí
- flexibilita v plnění různých aspektů role trenéra
- senzitivita vůči tomu, co se děje ve skupině
- vysoká úroveň znalostí ze sociální psychologie, teorie SPV a předcházející kvalitní praxe se skupinami.

Uvedené charakteristiky jsou zčásti ovlivněny osobnostními předpoklady, můžeme je ale získávat a rozvíjet učním, zkušenostmi a nezbytným vlastním výcvikem, supervizí apod.

V souvislosti s uvedenými požadavky na trenéry (facilitátory) bychom neměli zapomínat na *charakteristiky zdravé komunikace*, které shrnuje Vybíral (2001, s. 214 - 218) do těchto bodů:

- *kognitivní přizpůsobování* - nelze funkčně komunikovat, aniž bychom se přizpůsobovali stanoviskům, slovníku a mimoslovnímu repertoáru druhého člověka

- *zájem o druhého* - pozorně nasloucháme, trpělivost, přátelský pohled, signalizace povzbuzení, angažovanost)
- *reciprocita* - zdravě vyvážený dialog i komunikace ve skupině
- *humor* - přítomnost humoru a žertování pomáhá fixovat komunikované obsahy
- *tříkrát ne* - není vhodné zahrnout druhé(ho) nadbytkem požadavků a přílišnou kritikou
- *podpora vývoje flexibility* - možnost navázat na přerušovaný hovor a neuzavírání perspektivy, podpora dalšího vývoje účastníků, tolerance, empatie
- *konzistence interakcí* - dovednost nevybočovat z daného pojetí, dodržovat zvolený směr.