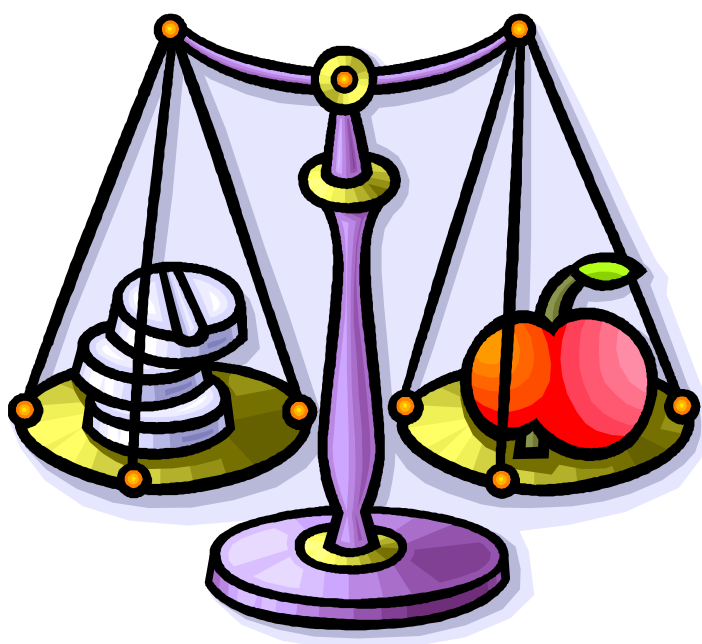


PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ JE SOUBOREM SPECIFICKÝCH VÝCHOVNĚ-VZDĚLÁVACÍCH, VĚDECKÝCH A PROFESIONÁLNÍCH PŘÍSPĚVKŮ Z OBORU PSYCHOLOGIE, PODPORA A UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ, PREVENCE A LÉČBA NEMOCÍ A STANOVENÍ ETIOLOGICKÝCH A DIAGNOSTICKÝCH KORELÁTŮ ZDRAVÍ, NEMOCI A PŘÍSLUŠNÉ DYSFUNKCE.

J. MATARRAZZO (1980)

## ÚVOD DO PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ



Soubor základních přednášek 2005 - 6

PhDr. Stanislav Pelcák

## Základní literatura :

- ✓ BAŠTECKÝ, J. a kol.: Psychosomatická medicína. Grada Avicenum, Praha 1993
- ✓ FELDMANN, H.: Kompendium lékařské psychologie. Victoria Publishing 1999
- ✓ FRAŇKOVÁ, S., ODEHNAL, J.: Výživa a vývoj osobnosti dítěte. HZ 2000
- ✓ FRAŇKOVÁ, S., DVOŘÁKOVÁ, V.: Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Karolinum 2003
- ✓ KEBZA, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Academia 2005
- ✓ KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie zdraví. Portál 2001
- ✓ KŘIVOHLAVÝ, J.: Psychologie nemoci. Grada 2002
- ✓ PLANTE, T.G.: Současná klinická psychologie. Grada Publishing 2001
- ✓ VYMĚTAL, J.: Lékařská psychologie. Portál 2003

## Rozšiřující literatura:

- ✓ BIERACH, A.J.: Varovné signály duše. Alternativa 1995
- ✓ DANZER, G.: Psychosomatika. Portál 2001
- ✓ ENGEL, G.L.: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196, 1977, 129 – 136.
- ✓ ENTRALGO, P.L.: Nemoc a hřích . Vyšehrad 1995
- ✓ FRANKL, V.E.: Vůle ke smyslu. Portál 1996
- ✓ KAPLAN, R.M. a kol.: Zdravie a správanie človeka. SPN Bratislava 1996
- ✓ KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: Retrospektiva, současnost a perspektivy psychologie zdraví. Československá psychologie 2000, ročník XLV, číslo 4, s. 309 - 317
- ✓ MATĚJČEK, Z.: Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. H & H, 1992
- ✓ MATARAZZO, J.D.: Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. American Psychologist 35, 1980, 807 – 817.
- ✓ KRCH, F. a kol.: Poruchy příjmu potravy. Grada Publishing 1999
- ✓ KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak zvládat stres. Grada - Avicenum 1994
- ✓ KŘIVOHLAVÝ, J.: Jak neztratit nadšení. Grada Publishing 1998
- ✓ PONĚŠICKÝ, J.: Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Triton 1999
- ✓ ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V.: Psychoneuroimmunologie a zvládání stresu. Čs. psychologie 42, 1998, 32 – 41.
- ✓ ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor. Čs. psychologie 43, 1999a, 19 – 38.
- ✓ VYMĚTAL, J.: Psychické procesy, imunita a psychoterapie. Československá psychologie 1997, ročník XLI, č. 2., s. 163 - 170

- tématicky relevantní články z odborných časopisů dle vlastní volby (Československá psychologie, Česká a slovenská psychiatrie, Psychologie dnes aj.)



Medicína 19. a 20. století vytvořila postupně řadu modelů nemoci, které byly odrazem současného stavu a úrovně vědeckého poznání objektivního světa v daném čase. *Biologický model nemoci* se plně vyvinul v minulém století na základě prudkého rozvoje přírodovědeckého poznání. Mechanistický lineárně kauzální model nemoci odpovídal tehdejší materialisticko-mechanistické koncepci přírodních věd. Všechny děje v lidském těle byly vysvětlovány na základě biochemických, fyziologických a dalších biologicky definovaných příčin (lineární kauzalita). Názor, že „opravdová“ nemoc musí mít své fyziologické nebo somatické koreláty, přetrvává v povědomí některých laiků ale i lékařů dodnes.

Toto paradigma bylo také silně ovlivněno karteziánským dualismem, který definoval tělo a ducha jako vzájemně oddělené substance. D. Mc Clelland (1985) jej popsal *jako mechanistický model, který s tělem se zachází jako se strojem, který je spraven tak, že se spraví, nebo nahradí vadná součástka, nebo se zničí nějaký cizí element, který způsobuje problémy.*

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.

Ve 30. letech minulého století prochází biomedicínského přístup určitou krizí. Přes rozvíjející se techniku, výzkum, rozšiřující se spektrum léčiv přibývá nemocí, na které medicína „nestačí“ (civilizační nemoci, chronická 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. V této souvislosti byl v minulém století kriticky zhodnocen celou řadou autorů, např. J.Pogády a A. Nociar (1986), J.Baštecký a kol. (1993), R. Honzák (1992), P. Mohapl (1992), V.E. Frankl (1994), J.Křivohlavý (1999), J.Kadlec (1990), J. Poněšický (1999), B. Vašina a H. Zášková (1996), J.D. Matarazzo (1984), R.M. Kaplan a J.F. Sallis (1996), aj.

Základní charakteristiky biomedicínského modelu nemoci můžeme shodně s Křivohlavým (1999), Schmidtem (1984) shrnout následujícím způsobem :

- v Evropě ovlivňuje medicínské myšlení posledních 300 let
- má velkou zásluhu na snížení úmrtnosti a na zlepšení úrovně morbidity 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 přitom věnuje jen tělu (psychiku do značné míry ignoruje).
- prvořadým zájmem tohoto přístupu 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
- věnuje velkou pozornost neurofyziologickým abnormalitám
- snaha o popis nosologických jednotek s charakteristickou etiologií, které jsou zakotveny uvnitř organismu
- 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.

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

D. Matarazzo (1980, 1982) v této souvislosti zdůrazňuje, 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) uvádí, že behaviorální medicína vyrostla z prací věnovaných psychosomatickým aspektům choroby a z behaviorální terapie (modifikace), jakož i z rapidního nárůstu poznatků i požadavků a pokračuje, že behaviorální medicína je systematickou aplikací principů a technologie behaviorální psychologie do oblasti medicíny, zdraví a choroby, přičemž pod pojmem behaviorální psychologie rozumí experimentální anebo empirickou psychologii a v menší míře fyziologickou psychologii.

Na pozadí rozsáhlé odborné diskuse byl postupně koncipován nový interdisciplinární obor, *behaviorální zdraví*, který klade důraz na individuální odpovědnost při využívání poznatků a metod biomedicíny a vědy o chování za účelem zachování zdraví a prevence nemocí 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.* 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 parametrů 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, zafixované neadekvátní životní styly (schéma 1).

## Schéma č. 1

### *Kanferův a Philipsův behaviorální model nemoci*

#### **S - O - R - KP - K**

**S** = *PODNĚTY*

**O** = *ORGANISMUS*

**R** = *REAKCE*

**KP** = *KONTINGENČNÍ POMĚR (důsledky reakce s přihlédnutím k posílení či oslabení "zdravého" nebo "poruchového" chování)*

**K** = *KONSEKVENCE (bezprostřední důsledky chování potencionálně znamenající pozitivní nebo negativní posílení)*

Obdobně behaviorální intervence cíleně využívá při léčbě stejných zákonitostí lidského učení, tzv. *kognitivně behaviorální modifikaci chování*.

### *Psychosomatická medicína*

Kaplan a Sallis (1996) definují behaviorální medicínu jako interdisciplinární oblast, která se týká vývoje a integrace behaviorální a biomedicínkové vědy, znalostí a technik s ohledem na zdraví a nemoc a aplikace těchto znalostí a technik na prevenci, diagnózu, léčbu a rehabilitaci.

Psychosomatiku lze chápat jako vnitřně složitě propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci. Shodně s Bašteckým 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 kterých se v etiopatogenezi, průběhu či prevenci onemocnění výrazněji uplatňují psychosociální faktory a onemocnění, která 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.

G.Danzer (2001), P.L. Entralgo (1995), R. Honzák (1993) J. Poněšický (1999), J. Špitz (1992), J. 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 jednostranností 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 filosoficky orientovaných lékařů z poloviny 20. století výrazně ovlivňují moderní psychosomatiku dodnes.

Teoretická zdůvodnění patogeneze psychosomatických koncepcí prošla poměrně složitým vývojem. Zjednodušeně jej lze podle Vašiny a Záškové (1996) zachytit s využitím třech základních skupin teoretických koncepcí :

- *historicky starší, hlubinné psychosomatické koncepce*, vycházející z poznatků klasické psychoanalýzy reprezentované *S. Freudem* (teorie orgánové konverze - vznik tělesných symptomů na pozadí konfliktů), *A. Adlerem* (životní styl pacienta, poruchy vztahů a komunikace), *F. Alexandrem* (model specifčnosti - za každým tělesným onemocněním se skrývá specifický konfliktní stav, *F. Dunbarovou* (specifická osobnost), později tzv. berlínskou a heidelberskou školou psychosomatiky (*G. von Bergmann, E. Wittkower, K. Goldstein, L. von Krehl, V. von Weizsäcker*)
- *pozdější psychosomatické koncepce vycházející z teorie stresu* - H. Selye (GAS), W.B. Cannon (reakce útok-útěk), R.J. Allen (útěk/útok), Holmes a Rahe (teorie náročných životních situací), Rosenman a Friedman (typ chování A,B,C)
- *filosofující a antropologicky orientované koncepce* zahrnující vnitřní a vnější salutoprotektivní mechanismy, např. A. Antonovsky (1985, 1987), Kobasa, Maddi (1979), Cohen a Wills (1985), V. E. Frankl (1999) aj.

Odborná diskuse týkající se problematiky psychosomatiky pochopitelně prochází dalším vývojem a neustále pokračuje. Příkladem mohou být názory M. Bosse (1975), který zdůrazňuje význam lidského bytí ve světě, naplňování možností jednáním, sebe-rozvojem a sebe-vyjádřením, sebe-obnovou aj. Obdobně V. I. Frankl (1999) kriticky hodnotící tzv. americkou i německou psychosomatickou školu, zdůrazňuje význam „*duchovní osoby a smyslu života*“. Posunuje tak odbornou diskusi směrem k *psychosomatickému zdraví*: „psychosomatické lékařství nám mnohem méně umožňuje pochopit, proč někdo onemocní, než proč někdo zůstane zdrav. Přinejmenším v uvedených případech lze právem hovořit spíše o psychosomatickém zdraví než o psychosomatickém onemocnění...Právě tím se však přemísťuje 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 zabránit.“ (Frankl, 1999) .

Přestože byla a je opakovaně podrobována kritice, měla pro rozvoj medicínského myšlení a léčebně-preventivní praxe velký význam dnes již obecně vžitá definice zdraví WHO (1948) : „ Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemocí a neduživosti. “ Přínos této definice pro mezioborovou diskusi o zdraví a nemoci lze stručně shrnout do několik bodů :

- překonala tradiční vymezení zdraví jako absence nemocí, slabosti nebo dysfunkce
- oproti jednostrannému zohledňování fyzických komponent zdraví, zohledňuje různé dimenze zdravotního stavu, včetně tělesných, duševních, a sociálních aspektů
- zdůraznila význam duševního zdraví a štěstí (subjektivní prožívání)
- upozornila na význam sociální pohody (schopnost zastávat sociální role, sociální opora aj.)
- definice má motivační charakter, naznačuje cíl, k němuž by měla směřovat snaha všech, kteří se zabývají problematikou zdraví a nemocí.

Současný stav psychosomatiky shodně s Lipowským (1986) výstižně charakterizuje R. Honzák (1993). Dle uvedených autorů je psychosomatika je vědecká a klinická disciplína zabývající se :



- a. studiem vztahů mezi specifickými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými reakcemi
- b. studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, symptomy, průběhem a vyústěním, a to u všech nemocí
- c. prosazováním celostního biopsychosociálního přístupu v péči o nemocné
- d. aplikací psychologických, behaviorálních a psychiatrických metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somaticky nemocných

### *Biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci*

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

Významnou roli pro konstituování biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci měla *obecné teorie systémů*, vycházející z holistického, celostního paradigmatu.

L. von Bertalanffy podle vztahu s okolím rozlišuje: 1. *systémy uzavřené* - izolované, zcela autonomně se vyvíjející a 2. *systémy otevřené* - interagující se svým okolím (okolí působí na systém a naopak) chovající se jako nedělitelný celek, ve kterém změna v jakékoli jeho části navodí změnu v ostatních částech.

Podle V. Břicháčka (1987) organismus není geneticky determinovaný stroj, ale sebeorganizující se struktura, ve které se řád (vývojová tendence) projevuje prostřednictvím fluktuací (kolísání). Její funkci nelze pochopit z rozboru aktuálního stavu, ale teprve při sledování individuální historie. Interakce s okolím udržuje celý systém v proměnlivosti.

Jedním ze základních předpokladů teorie systémů je, že systémy existují uvnitř systémů vyššího řádu. Pojem *systém* je podle K. Ludewiga (1992) vhodný ke zkoumání souvislostí mezi komplexními kvalitami uspořádání různého druhu. Systém

člověk může být v této souvislosti pojímán jako celek, respektive *holistická interakce biologických, psychologických a sociálních vlivů*.

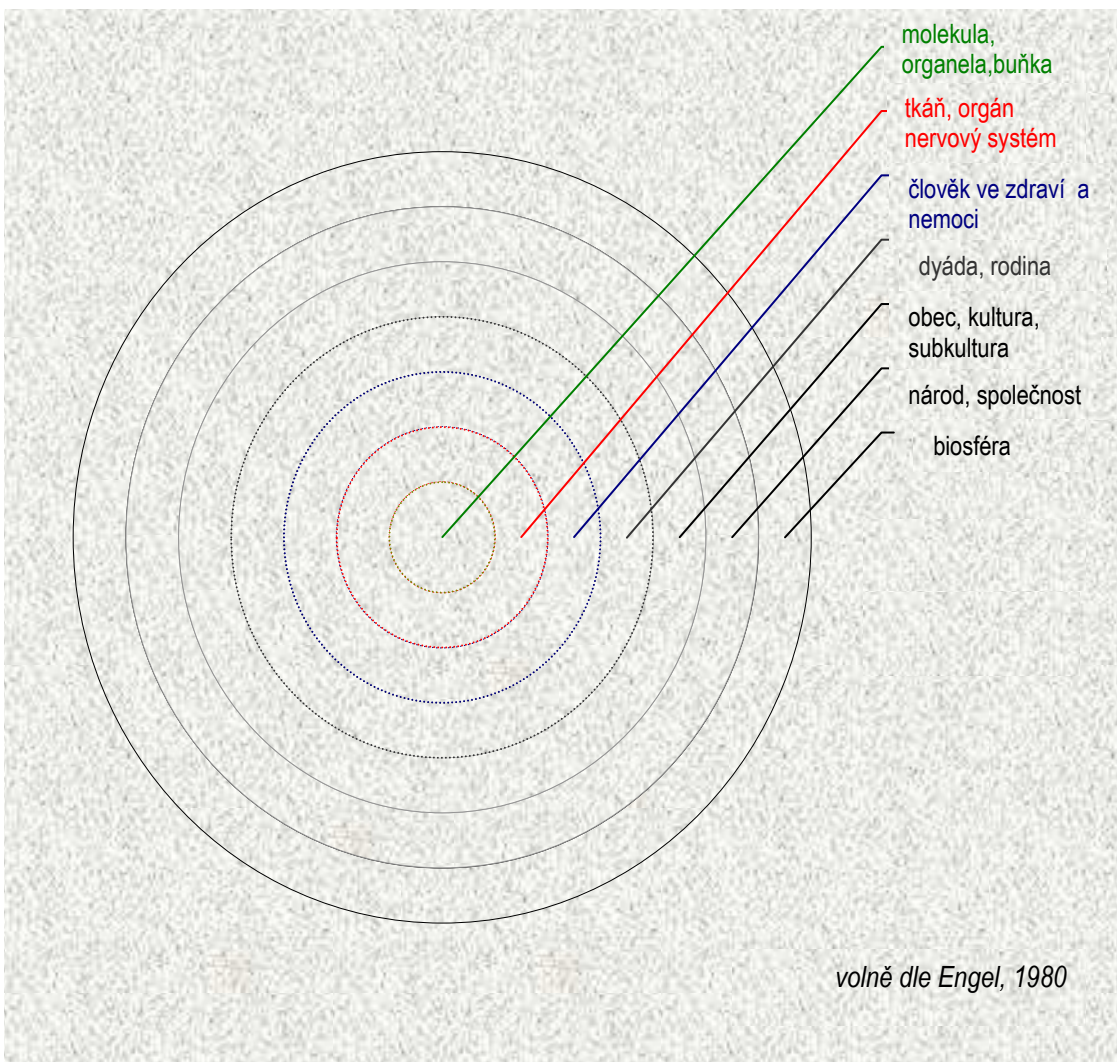
Sociální systémy jsou strukturálně sdruženy s biologickými a psychologickými systémy, které jsou zároveň podmínkou jejich vzniku. Obdobně psychické a sociální systémy vytvářejí pro sebe navzájem nezbytná v *koevoluci vzniklá prostředí* (Maturana, 1990).

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

Analogicky lze u živých a sociálních systémů hovořit o *vztahové a verbální ekologii*, např. uvnitř rodinného systému nebo terapeutického systému. Složitost vzájemných interakcí mezi biologickou vulnerabilitou, psychologickými a sociálními faktory vyžaduje podle Brownella a Waddena (1992) *integrativní -biopsychosociální přístup k prevenci a léčbě*.

Biopsychosociální rámec aplikuje hledisko systémové teorie na emocionální, psychické, fyzické a behaviorální fungování člověka (Plante, 2001). Změny na jedné úrovni systému pravděpodobně způsobí změny na ostatních úrovních. Komponenty, vztahy a hranice jednotlivých systémů mohou být uvažovány jako vzájemně podmíněné, současně vznikající aspekty systému vyššího řádu (schéma č. 2).

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



Potenciální změny zdravotního stavu jsou tedy ve svém důsledku výsledkem mnohočetných interakcí řady proměnných, mezi které patří genetická výbava, aktuální stav imunitního systému, osobnostní vlastnosti, úroveň psychické odolnosti, kvalita sociálních interakcí, celkový životní styl jednotlivce. Významnou roli také sehrává uspořádání společenských vztahů a kvalita života společnosti jako celku.

## Salutogenetický přístup ke zdraví a nemoci

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

- vede k přehodnocení dichotomní klasifikace lidí jako zdravých nebo nemocných a dává přednost jejich umístění na více rozměrovém kontinuu od pocitu dobrého zdraví (well being) k nemoci
- oproti jednostrannému důrazu na etiologii dysfunkce nebo nemoci, klade důraz na člověka v nemoci
- oproti orientaci na stresory, zaměřuje pozornost na zdroje zvládání (coping)
- důsledky působení stresorů nejsou pojímány jako patogeny, ale jako možný ozdravný faktor
- hledání všech zdrojů, které mohou usnadnit aktivní adaptaci organismu na prostředí.

Z uvedeného textu je patrné, že oproti biomedicínckému přístupu jde o *hledání faktorů, které udržují člověka v dobrém zdravotním stavu, faktorů, které zdravotní stav zlepšují a na cestě ke zlepšení jej pozitivně ovlivňují* (tabulka č.1).

Tabulka č. 1

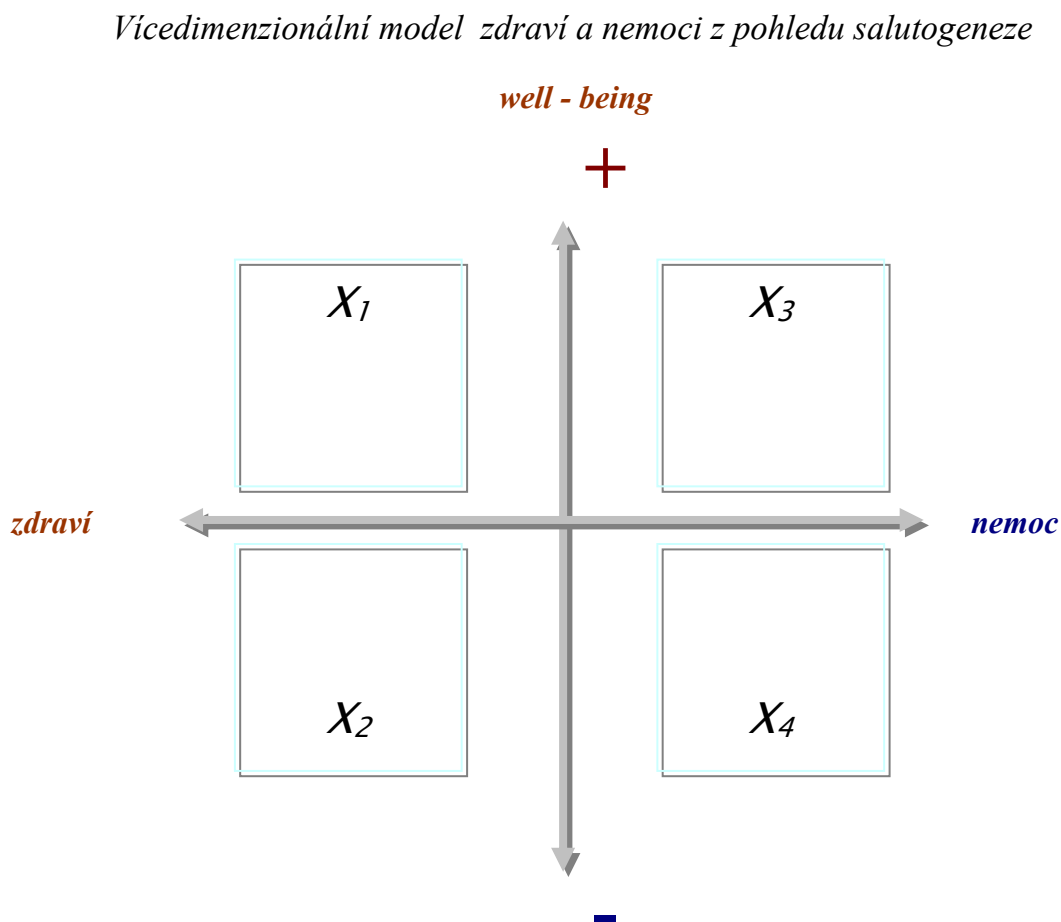
### Porovnání patogenetického a salutoprotektivního modelu zdraví a nemoci

<i>Zaměření</i>	<i>Patogenetický model</i>	<i>Salutoprotektivní model</i>
<i>pojetí zdraví /nemoc</i>	dichotomie	dynamický proces
<i>sledovaná charakteristika</i>	nemoc, dysfunkce	subjektivní zdraví
<i>primární otázka</i>	proč došlo k nemoci ?	proč člověk neonemocněl ?
<i>úhel pohledu</i>	patogenní noxy	moderátory, salutory
<i>terapie, intervence</i>	eliminace nox, léčba symptomu	podpora zdraví
<i>zátěž, stres</i>	minimalizace, odstranění	coping, zvládání

Problematice salutoprotektivních faktorů životního stylu (tzv. *moderátorů zdraví*) a jejich úloze v procesu zdraví a nemoci se věnuje celá řada autorů, např. S.Cobb (1979), D.A. Bakal (1992), S.B. Cohen a T.A. Wills (1985), D.M., Davidson, S.A. Shumaker (1987), E.Ficková (1993, 1995), E. Heim (1994), V. Hošek (1979, 1993), J. Kadlec (1990), S.C. Kobasa (1979), M. Kořán (1986), B.Koukola (1998), J. Křivohlavý (1988, 1991, 1990, 1999), S. Pelcák a B. Koukola (1988), S. Pelcák a kol. (2001), V. Kebza a I. Šolcová (1992), I.Šolcová (1994), I.Šolcová a V. Kebza (1996), K. Balcar (1995) aj.

Nejčastěji jsou uváděny *nezdolnost, percipovaná sociální opora, smysluplnost života, osobní kompetence, coping* aj. Kvalitativní posun v pohledu na biodromální proces zdraví a nemoci, který byl v stručně rozebrán v předchozím textu, můžeme zjednodušeně vyjádřit s využitím schématu č.5.

*Schéma č.5.:*



- *Osa X* znázorňuje *kontinuum zdraví – nemoc, porucha* tj. dynamický proces probíhající na kontinuu od optimálního zdraví k nemoci. Umístění je dáno „somatickým“ stavem jedince (resp.objektivním nálezem).
- *Osa Y* postihuje *well-being* ve smyslu biologického, psychického a sociálního blaha, vyjadřuje subjektivní prožitek bytí, který při určitém zjedodušení vystihuje pohyb na ose diskomfort - subjektivní spokojenost. Implicitně zahrnuje také doposud opomíjený rozměr vnímání sebe sama a vnějšího světa jako srozumitelného a smysluplného (v této souvislosti se v současné psychologii setkáváme s řadou pojmů, např. self-respect, self-reliance, self-esteem, self-efficiency aj.).

Proces zdraví a nemoci potom může být zjednodušeně vyjádřen 4 pozicemi, které odrážejí vztah naznačených rovin zdraví a nemoci :

$X^1$  : absence objektivního nálezu při vysoké hladině WB - „stav komplexního zdraví“

$X^2$  : absence objektivního nálezu při nízké hladině WB - „obtížný pacient“

$X^3$  :objektivně zjištěná nemoc s vysokou hladinou WB - nemoc jako smysluplná výzva

$X^4$  : objektivně zjištěná nemoc (diagnóza) při nízké hladině WB - „sám se svou nemocí“

Naznačené vícerozměrné vyjádření vztahu zdraví – nemoc umožňuje posuzovat zdravotní stav jedince komplexněji než tradiční lineárně kauzální model. Kromě kvantitativní stránky postižitelné objektivními metodami (biochemické a fyzikální vyšetření), zahrnuje také subjektivní - kvalitativní hledisko pacienta (proces adaptace a změny prožívání, individuální způsob zvládání stresových situací, změny uvnitř rodinného systému aj.). Z hlediska subjektivního vnímání a prožívání biodromálního procesu „zdraví-nemoc“ je důležitá schopnost jedince pohybovat se co nejbližší na pozitivním pólu kontinua (kvadranty X1,X3).

Salutogenetický model zdraví a nemoci umožňuje v praxi identifikovat a cíleně rozvíjet faktory zdraví, které napomáhají člověku k udržení a posilování zdraví ve smyslu well-being. To má pochopitelně velký význam u rizikových skupin populace, včetně exponovaných a pomáhajících profesí.

## Stručné vymezení psychologie zdraví

Nejobecněji lze definovat psychologii zdraví jako *systematickou aplikaci psychologie do oblasti zdraví, nemoci a systému péče o zdraví*. Jedná se relativně o mladý obor a definování jeho obsahu a cílů, vztahu k jiným vědním disciplínám, místa v systému péče o zdraví aj., bylo zcela logicky ovlivněno profesní orientací odborníků na lidské zdraví.

Psychologie zdraví představuje řadu rozmanitých a navzájem souvisejících témat zejména na rozhraní mezi psychologií a behaviorální medicínou (Beamová, 2001). Kebza a Šolcová (1998) obdobně zdůrazňují kombinaci mnoha podnětů z jiných psychologických, medicínských a hraničních oborů, jež nejsou jednoznačně zakončeny ani ohraničeny. Svědčí o tom například konstituování tzv. pozitivní psychologie (Seligman, 1999) aj.

Psychologie zdraví od počátku důsledně vychází z holistického přístupu ke zdraví a nemoci, tzn. že v teorii i praxi respektuje biopsychosociální model zdraví a nemoci a koncepci 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 č. 3).

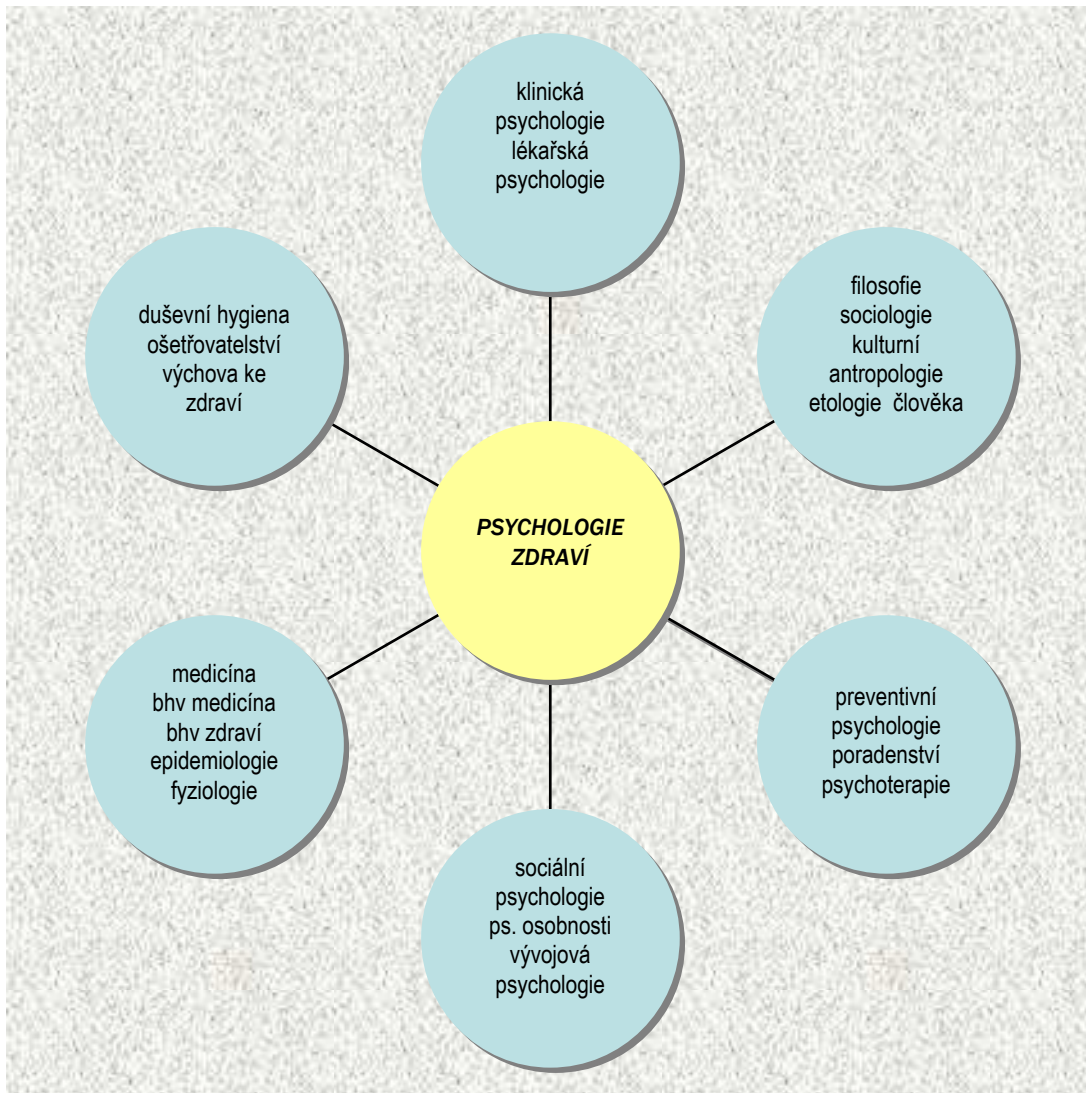
Formálně byla psychologie zdraví ustanovena v roce 1978 Americkou psychologickou společností (APA) a následně v roce 1985 definována jako *soubor specifických, vědeckých a profesionálních příspěvků psychologických věd k upevňování a uchování zdraví, k prevenci a léčbě chorob a identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemoci a k analýze a zlepšování systému zdravotnické péče a utváření zdravotnické politiky*.

Pro ilustraci nyní uvedeme některé reprezentativní definice psychologie zdraví, které dostatečně ilustrují postupný kvalitativní posun teoretického uvažování o problematice zdraví, nemoci a možnostech zdravotní péče na přelomu 80. a 90. let 20. století.



Schéma č. 3

Vztah psychologie zdraví k jiným vědním oborům



D. Matarazzo (1980, 1982, 1984) vymezil psychologii zdraví jako *souhrn specifických vzdělávacích, vědeckých a profesních přínosů psychologie* jako disciplíně, *k rozvoji a udržování zdraví, prevence a léčení nemocí, k identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví v nemoci a příbuzných dysfunkcí, k analýze zdravotnického systému a zdravotnické politiky*. Upozornil také na nutnost a možnosti mezioborové spolupráce při udržování vysoké míry zdraví, ovlivňování faktorů vedoucích k nemoci, a zlepšování nepříznivých důsledků nemocí nebo následků léčení.



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

S. E. Taylorová (1995) ve svém úvodu do psychologie zdraví uvádí, že psychologie zdraví je tou oblastí psychologie, která se věnuje *porozumění psychickým vlivům, které ovlivňují to, zda člověk zůstane zdravý, proč 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.*

Podle Vašiny a Záškové (1996) psychologie zdraví představuje 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 disciplin, které mají svůj podíl v tomto relativně celistvém oboru.

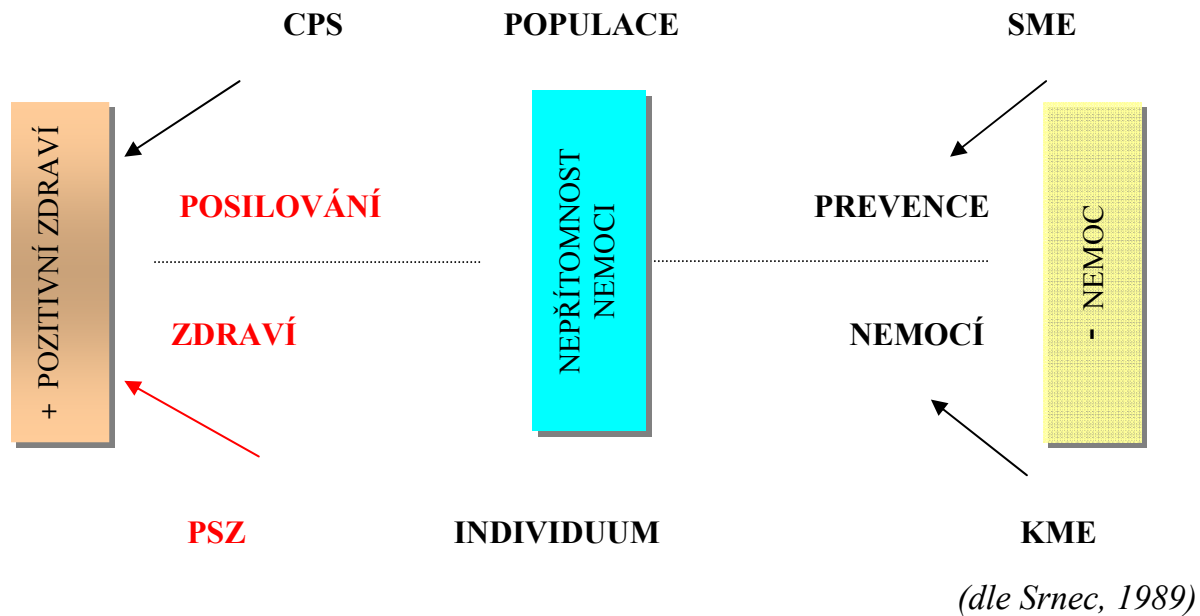
Kebza a Šolcová (2000) pregnantně definují psychologie zdraví jako *obor, zkoumající zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a prevence.*

### *Uplatnění psychologie zdraví v praxi*

Z uvedené charakteristiky předmětu psychologie zdraví vyplývá široká rozmanitost jejího uplatnění v profylaxi, terapii i rehabilitaci. Aplikační možnosti psychologie zdraví v péči o zdraví ve vztahu k příbuzným oborům na nejobecnější rovině ilustruje schéma č. 4.

Schéma č.4.

Základní přístupy k péči o zdraví



Legenda :

**SME** sociomedicínské obory - prevence nemocí na úrovni populace

**KME** klinickomedicínské obory - prevence nemocí na úrovni jednotlivce

**CPS** community psychology - péče o pozitivní zdraví u širších skupin obyvatelstva

**PSZ** psychologie zdraví - preferuje pozitivní pól kontinu „zdraví - nemoc“

Sheridan a Radmacher (1992) popisují možnosti aplikace psychologie zdraví v těchto základních oblastech :

- v terapii ve smyslu komplexní léčby civilizačních onemocnění
- v krizové terapii, např. v rámci pomoci pacientům, nebo jejich rodinám vypořádat se s chirurgickými zákroky, chemoterapií, transplantací orgánů, invazivními nebo bolestivými diagnostickými testy, při zvládnání bolesti, při léčbě chronických onemocnění, při dodržování lékařských doporučení
- v rámci rozvoje životního stylu jako faktoru v prevenci chorob a zlepšování zdraví (zvládnání stresu, řízení konfliktů, potravní preference aj.)
- v komunitních programech ovlivňujících velké skupiny obyvatelstva (školní zdravotní programy, programy zaměstnaneckého zdraví aj.)

- *ve zdravotní výchově a veřejném vzdělávání (kouření, obezita, AIDS)*
- *v politických akcích*
- *v základním a aplikovaném výzkumu*

M. Beam (in. Plante 2001) uvádí, že intervence psychologie zdraví spojují fyzickou léčbu, vzdělávání, psychoterapii, sociální podporu a sociální inženýrství. Nejzávažnější problémy současné *klinické psychologie zdraví* ilustruje tabulka č.2.

*Tabulka č.2.*

*Oblasti zaměření psychologie zdraví v medicíně*

▪ <i>Alkoholismus</i>	▪ <i>Kouření</i>
▪ <i>Syndrom podrážděných střev</i>	▪ <i>Poruchy příjmu potravy</i>
▪ <i>Panické poruchy</i>	▪ <i>Hypertenze</i>
▪ <i>Zvládání nemoci</i>	▪ <i>Astma</i>
▪ <i>Kardiovaskulární onemocnění</i>	▪ <i>Žaludeční vředy</i>
▪ <i>Chronická bolest</i>	▪ <i>Bolesti hlavy</i>
▪ <i>Cukrovka</i>	▪ <i>Rakovina</i>
▪ <i>Poranění páteře</i>	▪ <i>Epilepsie</i>
▪ <i>Poruchy spánku</i>	▪ <i>Cystická fibróza</i>
▪ <i>AIDS</i>	▪ <i>Stres, coping</i>
▪ <i>Sexuální poruchy</i>	▪ <i>Zneužívání návykových látek</i>

*Nejčastěji uváděné oblasti zaměření psychologie zdraví v 90. letech 20. století*

- Kognitivní momenty péče o zdraví - zranitelnost, optimismus a přesvědčení o vlastní schopnosti zvládat těžkosti
- Sociálně - kognitivní modely v psychologii zdraví
- Práce a zdraví - zdroje a možnosti prevence
- Ochranné faktory zdraví
- Emoce a zdraví (well - being)
- 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 tělesného cvičení
- Posilování zdraví, chování, které zdraví narušuje

- Psychologie a onkologické onemocnění
- Psycho - neuro - imunologie
- Kardiovaskulární reaktivita na psychologické psychoterapeutické zásahy
- Děti zvládající těžké nemoci
- Longitudinální studie kouření mladistvých
- Aplikace poznatků psychologie zdraví v zubním lékařství
- Sociální dopady astmatu
- Vnímání ekologických problémů a jejich zvládnání
- Riziko nehod a zábrana úrazů
- Odontofobie - její diagnostika a léčení
- Zdravé chování školních dětí
- Otázky kvality života
- Rehabilitace kardiaků
- Problematika zdravého způsobu chování
- Zvládnání nemocí - coping
- Problematika zdravotního personálu z pohledu psychologie zdraví
- Prediktory změny zdravotního postoje a chování
- Otázky posilování zdraví(health promotion)
- Otázky sociální opory
- Terapeutické intervenční techniky v psychologii zdraví aj.

## SALUTOGENEZE A MODERÁTOR Y ZDRAVÍ

SALUTOGENETICKÉ MYŠLENÍ NEJENOM OTEVÍRÁ CESTU K FORMULOVÁNÍ A POSTUPU TEORIE ZVLÁDNÁNÍ SITUACE, ALE NUTÍ NÁS I VĚNOVAT SVOJI ENERGII TOMUTO FORMULOVÁNÍ. KDYŽ PŘIJMEME TUTO ORIENTACI, BRZY ZAČNEME FORMULOVAT POJEM KOHERENCE JAKO JÁDRO ODPOVĚDI NA SALUTOGENETICKOU OTÁZKU

A. ANTONOVSKY, 1987

### *Zvládnání stresu (coping)*

Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se se stresem nazýváme zvládnání (coping) a má dvě hlavní formy: buď se zaměříme na problém nebo situaci (na stresor), která nastala s pokusem najít způsob jak ji změnit, jak ji odstranit, nebo se jí alespoň v budoucnosti vyhnout (Atkinsonová,1995), v tomto případě mluvíme o zvládnání zaměřené na problém. Hlavní zásadou této strategie je vymezit problém, hledat alternativní řešení, volit je a realizovat. Strategie zaměřené na problém mohou být nasměrovány také dovnitř, kdy osoba mění něco v sobě místo toho, aby měnila prostředí. Druhou formou zvládnání, je zvládnání zaměřené na emoce, na zmírnění emocí

spojených se stresovou situací (Lazarus a Folkman,1984). Tato forma zvládání se používá, když je problém neovlivnitelný. Většina lidí se vyrovnává - zvládá distres s pomocí obou forem strategií.

Strategie zvládání negativních emocí obvykle rozdělujeme na behaviorální a kognitivní. Moss (1988), Nolen a Hoeksema (1991) rozlišují *strategie ruminační, rozptylující a vyhýbavé*. Podle Atkinsonové (1995) ruminační strategie zahrnují uzavření se do sebe (přemítání o tom, jak je nám špatně, iracionální zpracování následků stresu) při absenci pokusů situaci řešit. Rozptylující strategie zahrnují provádění příjemných činností, které člověka posilují a vedou ke zvýšení pocitu kompetentnosti ovlivňovat průběh událostí (sportovní aktivity, kontakt s přáteli, rodinou aj.). Vyhýbavé strategie jsou činnosti, které umožňují změny emočního ladění (abúzus alkoholu, drog, hazardérství, agresivní chování vůči okolí), ale ve svém důsledku znamenají větší riziko pro člověka vystaveného stresu a jeho nejbližší okolí.

Zvládáním stresu (copingovým mechanismům) se věnuje řada autorů : Křivohlavý (1988 a, b, 1989 a, b, 1991, 1994, 1997, 1998, 1999), Charvát (1973), Ficková (1993 a, b, 1995), Hošek (1979, 1993, 1994), Kořán (1986), Mohapl (1992), Šebej (1988), Šolcová a Kebza (1996, 1998), Vašina a Záškodná (1996), Kružej a kol. (1986), Mayerová (1976), Koukola (2001).

Ze zahraniční literatury která se zabývá problematikou copingu, jeho vztahu k adaptaci, ke stresu, ke zdraví k teorii a definicím copingu a stresu lze uvést práce: Antonovsky (1985, 1987), Billings a Moos (1984), Folkman (1984), Folkman a Lazarus (1980, 1988), Greenglass a Burke (1991), Havlovic a Keenan (1981), Holahan a Moos (1986), Kirmeyer (1988), Latack (1986), Lazarus a Folkman (1984), Mc Crae a Costa (1986), Menaghan a Merves (1984), Newton a Keenan (1985), Sheridan a Radmacher (1992) aj.

J. Křivohlavý (1988) rozlišuje mezi pojmy „*adaptace*“ (přizpůsobení se změněné situaci a přizpůsobení si prostředí) a „*coping*“ (zvládání). Přestože se oba pojmy vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci, „*adaptací*“ se rozumí vyrovnávání se se zátěží (stresem), která je v relativně v běžné, obvyklé, člověku (organismu) zvládnutelné toleranci.

Pojem „coping“ vysvětluje „boj“ člověka s nadlimitní zátěží a v určitém smyslu „vyšší stupeň adaptace“. Výrazu „nadlimitní“ je přitom třeba rozumět jak v dimenzi intenzity, tak ve smyslu délky doby trvání. Takto definovaná zátěž se často odlišuje i názvem „distres“ a vyjadřuje vyšší míru stresu ve smyslu vyšší intenzity a delší doby trvání.

Obdobně Ficková (1993 a) coping pojímá jako úsilí zvládnout podmínky, které vyžadují anebo přesahují míru adaptačních schopností jedince. V přehledové studii autorka podrobně rozebírá teoretické přístupy ke copingu a stresu. Uvádí, že mnozí autoři kategorizují reakce na stres (copingové reakce) jako psychologické, behaviorální a fyziologické.

Vlivem stresu často dochází ke změnám v percepčních a kognitivních procesech, v chování i fyziologických funkcích organismu.

Ve své práci cituje Latackovou (1986), která popsala stres a coping jako dynamický proces zahrnující tyto složky:

1. *stresory prostředí*
2. *kognitivní odhad stresorů jako existujících situací*, ve kterých má jedinec pocit nejistoty, neví jak má reagovat, protože riskuje významné důsledky při nesprávné reakci
3. *úroveň stresu manifestovanou psychofyziologicky a behaviorálně*
4. *copingové chování* (reakce a copingové strategie).

Lazarus a Folkmanová (1984) klasifikovali coping buď jako zaměření na problémy, nebo jako zaměření na emoce. Zvládání zaměřené na problémy je centrováno na zvládání a kontrolování stresoru. Zvládání zaměřené na emoce se snaží regulovat emociální reakce, které jsou výsledkem interakce člověk -stresor. V pozdější práci oba autoři (Folkmanová a Lazarus, 1988) definují coping jako *kognitivní a behaviorální úsilí k zvládnutí specifických externích nebo interních požadavků, které se hodnotí jako náročné nebo převyšující osobní zdroje*.

A. Antonovsky (1985) navrhuje rozlišovat u copingové strategie tři základní komponenty:

- 1) *racionalitu* - jako přesné objektivní kognitivní hodnocení situace nebo stresoru

2) *flexibilitu* - dostupnost různých zvládacích strategií, překonání stresoru a ochotu všechny vzít v úvahu, zahrnuje také výběr nejvhodnější strategie v rámci našich kulturních omezení

3) *prozíravost* - schopnost předvídat různé následky zvládacích strategií, formulace hypotéz a jejich mentální testování, anticipace důsledků chování

### *Odolnost vůči stresu jako osobnostní rys*

Řada autorů charakterizuje coping buď jako rys osobnosti, anebo jako styl chování. Odolnost a zvládání těžkostí člověka nepochybně závisí na konfiguraci jeho osobnostních rysů, např. Rotter (1966) experimentálně ověřil koncept „místo kontroly“ (locus of control - LOC), Seligman (1975) popisuje koncepci naučené bezmocnosti (Hopelessness + Helplessness), velkou pozornost vzbudila koncepce kardiologů Friedmana a Rosenmana - chování typu A a B (1959, 1960, 1974). Vzhledem k praktické části rigorózní práce bude větší pozornost věnována problematice nezdolnosti.

Pojem „*hardiness*“ (*nezdolnost, tvrdost, tuhost, odolnost*) jako osobnostní rys moderující vztah mezi stresogenní událostí a nemocí jako první uvádí S. Kobasa (1972, 1979, 1982). Z našich autorů se této problematice věnuje například Hladký (1993), Hošek (1994), Kebza (1995), Křivohlavý (1991), Škoda (1985), Šolcová a Tománek (1994), Šolcová a Sýkora (1995), Šolcová a Kebza (1996), Vašina a Zášková (1996) ad.

Teoretický rámec *hardiness* vychází z existenciální psychologie chápající osobnost člověka jako biologicky, sociálně a psychologicky založenou bytost, jejímž základním cílem je hledání a ustanovení smyslu (Frankl, 1997). *Hardiness* je konstelací osobnostních postojů konstituovaná z komponent angažovanost, odpovědnost (commitment), kontrola, zvládání (control) a výzva (challenge). *Hardiness* a její tři komponenty jsou měřitelné dotazníkem Personal Views Survey (PVS). Podle Křivohlavého (1991); Šolcové a Kebzy (1996) můžeme jednotlivé složky *hardiness* definovat následovně :

*Commitment* - *odpovědnost, angažovanost, oddanost, odevzdanost*. 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 i 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 představivost, své znalosti, dovednosti a volbu. Kontrola je chápána jako přesvědčení, že člověk je schopen kontrolovat anebo ovlivňovat události ve svém životě a okolí. Nízká úroveň této dimenze nezdolnosti je charakterizována vírou, že člověk je hříčkou v rukou osudu, bezmocný a neschopný vzdorovat (Vašina a Zášková, 1996).

*Challenge - výzva.* Vyjadřuje schopnost chápat změny ve svém okolí jako výzvu, možnost dalšího rozvoje osobnosti a ne jenom jako potencionální nebezpečí. Podle Šolcové a Kebzy (1996) jde o vědomí proměnlivosti života. Změna je tudíž normální a reprezentuje výzvu, ne problém. Člověk, který je otevřený zajímavým, stimulujícím zkušenostem a zážitkům, si vytvoří pružné způsoby zvládnání i jistotou vytrvalost a podněcuje toto i ve svém prostředí. Vzhledem ke svému zájmu o nové má větší povědomí o tom, jaké zdroje k překonávání stresogenní situace jsou k dispozici. Osoby vysoce skórující na stupnici výzvy považují spíše životní změny za něco normálního a vnímají je jako podněty k růstu spíše, než hrozbu bezpečnosti (Kobasa, Maddi, 1982).

Vašina a kol. (1995) zjišťují signifikantní a relativně úzký vztah mezi hardiness a subjektivními zdravotními obtížemi u učitelů. Lidé s vyšší úrovní hardiness (hlavně v dimenzích control a commitment) se cítili zdravější a nespécifické míry zdraví tento vztah potvrzovaly. Šolcová a Kebza (1996) uvádějí rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti „hardiness“ u vzorku americké a české populace. Nejvyšší transkulturní rozdíly byly zjištěny v subškále challenge.



## PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

👁️ specializační obor psychologie v roce **1978** uznán Americkou psychologickou společností.

Zabývá se **ROLÍ PSYCHOLOGICKÝCH FAKTORŮ** při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnání negativních zdravotních stavů (emocí), při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu úzdravy a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi.

### HLAVNÍ CHARAKTERISTIKY PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

- A) Je zaměřena na psychicky relativně zdravé lidi v mezích normálu, kteří nemají psychiatrické obtíže
- B) Je zaměřena na předcházení zdravotním těžkostem. Jedná se o prevenci, a ne o terapii (psychoterapii). Jde jí o udržování dobrého zdravotního stavu, posilování zdraví, podporu aktivního zdraví, a psychické povzbuzování zdraví
- C) Snaha budovat teorii a poznatkovou základnu vědeckými způsoby. Čerpá z obdobně zaměřených prací psychosomatické medicíny, lékařské psychologie, klinické psychologie, behaviorálního zdraví aj.

**CÍLE PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ:** Budovat teorii zdravého jednání a chování člověka a získávat solidní poznatky z oblasti psychologie - na jedné straně o tom, co naše zdraví posiluje, a na druhé straně o tom, co našemu zdraví škodí.

## PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Souhrn specifických vzdělávacích, vědeckých a odborných příspěvků psychologické disciplíny na podporu a uchování zdraví, prevenci a léčbu nemocí, identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví, nemoci a s ní spojené dysfunkce, analýzy a zlepšení systému zdravotní péče a vytvoření zdravotního pojištění.

- 👁️ systematická aplikace psychologických poznatků do oblasti zdraví, nemoci a systému zdravotnické péče
- 👁️ obor, zkoumající zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a prevence (Kebza, Šolcová 2000)

Psychologie zdraví představuje příklad integrativního bio-psycho-sociálního přístupu k problémům fyzického i duševního zdraví. Intervence spojují somatickou léčbu, psychoterapii, sociální podporu, sociální inženýrství a vzdělávání, aj.

### OBLASTI ZAMĚŘENÍ PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

- Alkoholismus
- Syndrom podrážděných střev
- Panické poruchy
- Zvládání nemoci
- Kardiovaskulární onemocnění
- Chronická bolest
- Cukrovka
- Poranění páteře
- Poruchy spánku
- AIDS
- Sexuální poruchy
- Kouření
- Poruchy příjmu potravy
- Hypertenze
- Astma
- Žaludeční vředy
- Bolesti hlavy
- Rakovina
- Epilepsie
- Cystická fibróza
- Stres, coping
- Zneužívání návykových látek

## VYMEZENÍ PŘEDMĚTU PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI

K nemoci ani ke zdraví nelze přistupovat jako k izolovaným jevům, ale vždy je třeba za nimi spatřovat způsob INTERAKCE jedince s vnějším prostředím

1. ZDRAVÍ A NEMOC CHÁPEME JAKO OPAČNÉ PÓLY TÉHOŽ KONTINUA

2. ZDRAVÍ NENÍ POJÍMÁNO JAKO PROSTÉ OPOZITUM NEMOCI, JAKO NEPŘÍTOMNOST PŘÍZNAKŮ NEMOCI

3. NEMOC NEMUSÍ PRO ČLOVĚKA ZNAMENAT VŽDYCKY JEN NĚCO NEGATIVNÍHO. mobilizace obranných sil a chápání nemoci jako určité životní výzvy

### PROBLÉMOVÉ OKRUHY

- **PSYCHICKÉ DĚJE JSOU HLAVNÍ PŘÍČINOU VZNIKU ONEMOCNĚNÍ**
- psychické děje se spolupodílejí na vzniku, rozvoji či fixování chorobného procesu
- somatické onemocnění vzniká primárně a vyvolává negativní odezvu v psychickém aparátu
- psychické děje vedou ke vzniku zvýšené odolnosti vůči možnému onemocnění
- psychické děje se spolupodílejí na zvládnutí negativních důsledků onemocnění
- při zvládnutí negativních důsledků onemocnění dochází ke vzniku pozitivních vlastností, jež do onemocnění jedinec neměl

Tato témata zkoumá : psychosomatická medicína, klinická psychologie, behaviorální medicína a psychologie zdraví.

## BEHAVIORÁLNÍ MEDICÍNA

„...interdisciplinární oblast, která se týká vývoje a integrace behaviorální a biomedicínké vědy, znalostí a technik s ohledem na zdraví a nemoc a aplikace těchto znalostí a technik na prevenci, diagnózu, léčbu a rehabilitaci“ (Schwarz a Weiss, 1978).

- behaviorální medicína klade důraz na interakci biologických a behaviorálních faktorů při vzniku onemocnění a při jeho léčbě
- až 50% všech úmrtí je možno vztáhnout k nežádoucím životním zvyklostem (kouření, požívání alkoholu, nesprávné návyky ve složení a kvantitě stravy, vyrovnávání se se stresovými situacemi, zafixované neadekvátní životní styly
- základní metodologický postup v behaviorální medicíně je zjišťování a analýza parametrů nemoci, jež mají nějaký vztah k chování nemocného
- behaviorální intervence - využívání zákonitostí učení pro člověka, tzv. kognitivní behaviorální modifikace chování

KANFERŮV A PHILIPSŮV MODEL NEMOCI :

S - O - R - KP - K

**S = PODNĚTY**

**O = ORGANISMUS**

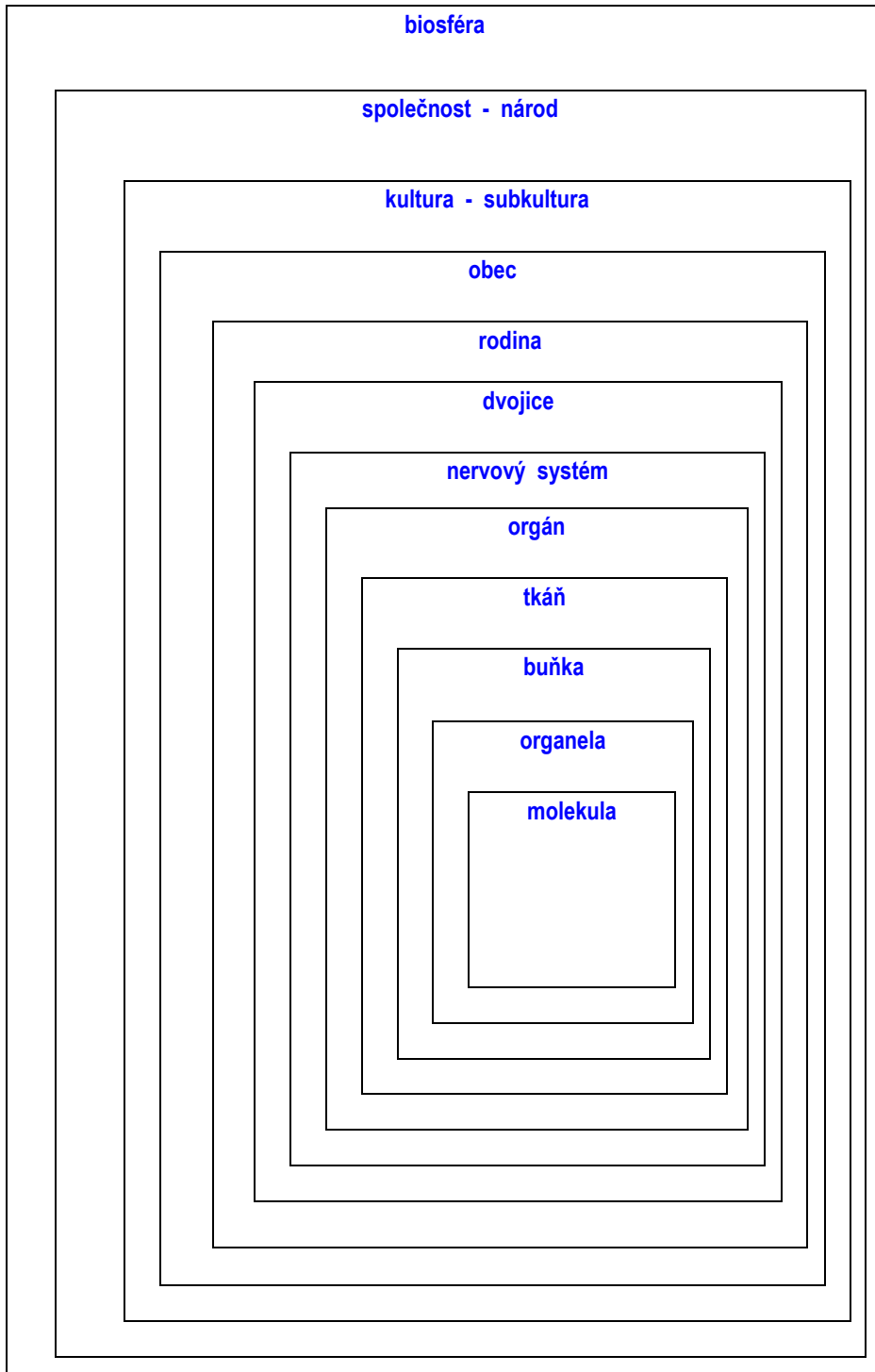
**R = REAKCE**

**KP = KONTINGENČNÍ POMĚR** (důsledky reakce s přihlédnutím k posílení či oslabení "zdravého" nebo "poruchového" chování)

**K = KONSEKVENCE** (bezprostřední důsledky chování potencionálně znamenající pozitivní nebo negativní posílení)

**METODY BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZY:** interview, dotazníky, údaje získané sebezpozorování, kontrola a registrování vlastního chování, laboratorní metody.

## Systémový charakter bio - psycho - sociálního přístupu k problematice zdraví a nemoci



( podle Engela, 1980 )

## PERCIPOVANÁ SOCIÁLNÍ OPORA JAKO PROTEKTIVNÍ FAKTOR

- ✚ Zkušenost člověka se stresem je sociálně distribuována
- ✚ Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví
- ✚ Sociální vazby k druhým osobám, skupinám a širší společnosti poskytují prostřednictvím sociální opory pomoc při zvládnání nároků a dosahování cílů

- ✚ **SOCIOLOGICKO PSYCHOLOGICKÉ PARADIGMA** rozlišuje 3 úrovně sociální opory :

1. úroveň participace na aktivitách nejbližší komunity,
2. rozsah a kvalita struktury a podpůrných funkcí sociální sítě jednotlivce
3. a kvalitu intimních vztahů jednotlivce

- ✚ **KONTEXT PSYCHOLOGICKO- MEDICÍNSKÝCH MODELŮ ZVLÁDÁNÍ STRESU** a tlumení jeho negativních důsledků pro zdraví („coping“). např. Philippsův efekt, publikovaný v různých přehledových studiích (Kessler, Price, Wortman, 1985). Systém sociální opory je zde chápán jako „nárazníkový“ či tlumící systém, chránící lidi proti potenciálnímu škodlivému vlivu stresových událostí.

- ✚ **BAKAL (1992) DVA ZÁKLADNÍ MODELY ÚČINKU SOCIÁLNÍ OPORY :**

- 1) „nárazníkový“ model (model zaměřený na stres – „stress-centred“), sociální opora má příznivý vliv na zdravotní stav pouze nebo především tehdy, je-li člověk vystaven působení stresu
- 2) model přímého či hlavního účinku, který předpokládá, že sociální opora má protektivní účinek na zdravotní stav nezávisle na tom, zda lidé jsou, nebo nejsou vystaveni účinku stresu

- ✚ nárazníkový“ model predikuje vztah mezi stresem a sociální oporou
- ✚ předpokládá snazší vznik nemoci u osob s vyšší úrovní stresu a nižší úrovní sociální opory, model přímého či hlavního účinku
- ✚ předpokládá nejvyšší incidenci zdravotních důsledků u osob s nízkou sociální oporou, nezávisle na vlivu stresorů (Bakal,1992)
- ✚ Nárazníkový model předpokládá, že sociální opora chrání jedince vůči negativním důsledkům stresu

### ✚ **PROTEKTIVNÍ VLIV SOCIÁLNÍ OPORY VE VZTAHU MEZI STRESEM A NEMOCÍ SE MŮŽE UPLATNIT:**

- v průběhu kognitivního hodnocení stresogenních nároků výběrem a změnou strategií, které jedinec používá
- posílením pocitů sebeúcty a sociální kompetence
- tlumením zdraví poškozujících fyziologických procesů

✚ **SOUČÁSTÍ KOGNITIVNÍHO HODNOCENÍ STRESOGENNÍ UDÁLOSTI JE PERCEPCE VLASTNÍHO SOCIÁLNÍHO ZAKOTVENÍ**, začlenění, kdy v procesu kognitivního hodnocení stresogenní situace jedinec hodnotí možnosti a přístupnost sociální opory spolu s dalšími zdroji zvládnání stresu

✚ Takto předjímaná sociální opora může pomoci při redukci stresu v tom smyslu, že **POZITIVNĚ OVLIVNÍ POMĚR MEZI OHROŽENÍM**, které představují nároky stresové situace **A ZDROJI ZVLÁDÁNÍ**, které jsou k dispozici.

- ✚ sociální vztahy mohou poskytnout zdroj identity, pozitivního hodnocení reality nebo sebeuplatnění a přispět ke všeobecnému stavu zdraví (Kaplan, Toshima,1990)
- ✚ V případě vlivu negativních životních událostí byla sociální opora identifikována jako významný prediktor deprese u obou pohlaví / věk
- ✚ Nízká úroveň sociální opory bývá spojována též s narůstající vulnerabilitou
- ✚ SO jako protektivní faktor u **POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY** u obětí katastrof a záchranářů
- ✚ D.A.Bakal (1992) vztah mezi **KARDIOVASKULÁRNÍMI ONEMOCNĚNÍMI**, nízkou úrovní sociální opory a možností ovlivnit pracovní prostředí
- ✚ Sociální izolace negativně působí na celou řadu systémů v organismu – kromě psychologických souvislostí prokázal (Arnetz et al.,1983) též negativní vliv sociální izolace na endokrinní, metabolické a fyziologické indikátory
- ✚ podporující přítomnost druhé osoby v experimentálních stresových podmínkách snižuje kardiovaskulární reaktivitu (Gerin et al.,1995)
- ✚ SO jako moderátor stresu. Základním aspektem sociálních vazeb, tvořících podstatu sociální opory, zřejmě není ani tak jejich obecná dostupnost, jako spíše jejich adekvátnost v nepříznivě se vyvíjejících (stresových) situacích

## **DRUHY SOCIÁLNÍ OPORY**

1. **emocionální** oporu (poskytování důležitých emocí jako např. lásky, víry, empatie)
2. **hodnotící** oporu (hodnocení komunikace, jež je relevantní pro sebehodnocení)
3. **informační** oporu (zprostředkování informací nebo rad, jež pomáhají vyrovnat se s osobními problémy)
4. **instrumentální** oporu (praktické druhy pomoci nebo hmotná, materiální pomoc – poskytnutí půjčky v obtížné finanční situaci)



## MODEL VZTAHU PODPORY SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ A ZDRAVÍ



*(volně dle Kaplan, Sallis, Patterson, 1996)*

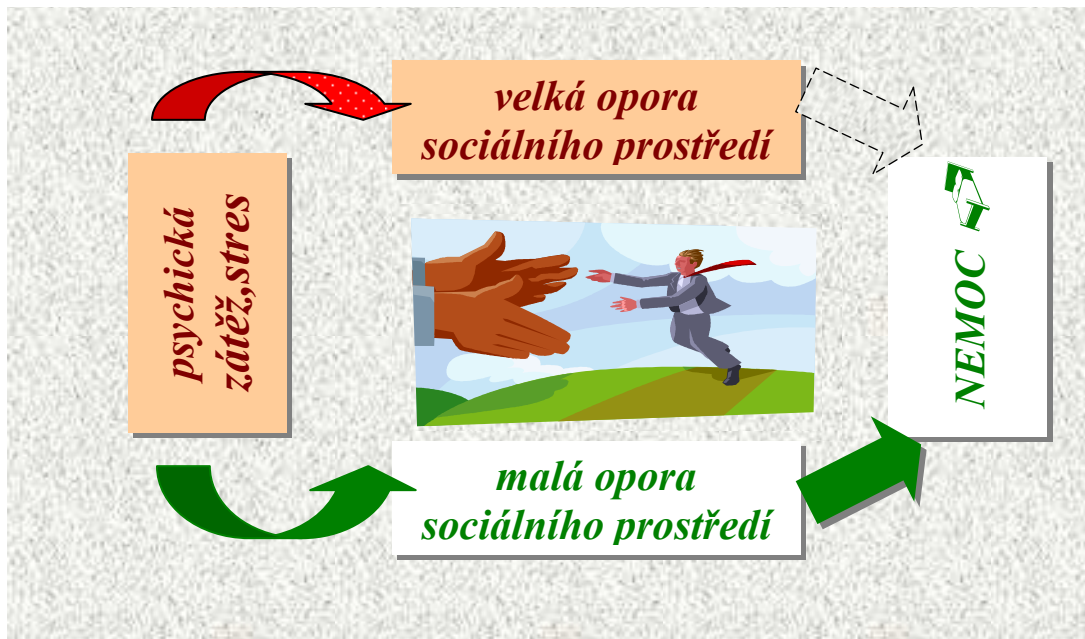
Sociální opora je definována jako existence nebo dostupnost, blízkost osob, které k nám mají vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády. Pozitivní sociální vazby ulehčují přežití, adaptaci na nepříznivé prostředí a mají vliv na udržení celkového zdraví.

### 3 kategorie sociální opory :

- ✘ instrumentální (dary, služby, půjčky)
- ✘ informační (poskytování informací a zpětných vazeb)
- ✘ ocenění, úcta, vážnost (kladné sebepojetí)

*Sheridan a Radmacherová (1992)*

## Nárazníkový model sociální opory a riziko onemocnění



(volně dle Haynes a Matthews, 1988)

- ✘ pozitivní vztah mezi sociální oporou a zdravím
- ✘ dostupnost opory ovlivňuje subjektivní hodnocení stresoru i vlastní kompetenci stresovou situaci řešit
- ✘ sociální opora může zvýšit zdraví tím, že sníží negativní důsledky stresu

## VZTAH CHTA A ICHS

ICHS se dnes všeobecně považuje za onemocnění multifaktorově podmíněné. Rizikové faktory, jež podmiňují, bývají obvykle klasifikovány do tří skupin: 1. somatické (primární), 2. psychologické (sekundární) a 3. sociálně ekonomické (terciární nebo mezogické). V 60tých a 70tých letech se zpočátku zdálo, že nově koncipovaný behaviorálně akční komplex chování typu A (CHTA) je velmi plodným a poměrně málo problematickým konstruktem.

### Hlavní rysy CHTA Rosenman a Friedman(1957)

- Dva významné rysy v chování pacientů s ICHS: nadměrná snaha po výkonu spojená s úsilím splnit termínované úkoly za každou cenu.
- Poměrně nejširšího uznání došlo stanovení faktorů CHTA na základě vyšetření rozsáhlého populačního vzorku 61 položkovým dotazníkem JAS, kdy byly izolovány tři hlavní faktory: 1. netrpělivost a spěch, 2. pohroužení se do pracovních povinností, 3. nesmlouvavé usilování se o něco.
- Epidemiologická data získaná vyšetřením reprezentativních vzorků populace potvrzují existenci pozitivních korelací mezi CHTA na jedné straně a vyšší prevalencí a incidencí ICHS na straně druhé.

Nejnámější dlouhodobý výzkum uskutečněný v 60tých letech měl okolo 5000 probandů. Hlavním zjištěním bylo konstatování, že muži klasifikovaní při vstupním vyšetření jako typ A, měli 2,37 krát větší pravděpodobnost pozdějšího vzniku ICHS než muži typu B. Podstata kauzálního vztahu CHTA k incidenci ICHS není dostatečně prozkoumána.

### Uvažuje se o dvou mechanismech:

1. U jedinců typu A se objevuje zvýšená sekrece katecholaminů jako běžná odpověď na každodenní zátěžové situace.
2. Častější bývá výskyt koronární trombózy u jedinců s vyznačeným CHTA.

CHTA se objevuje více ve velkých, hustě obydlených průmyslových aglomeracích než v menších komunitách či na venkově. Vztah mezi socioekonomickým statutem a prevalencí CHTA nebyl jednoznačně prokázán. Názory na existenci genetické dispozice k CHTA se různí. Rosenman a spolupracovníci připisují větší význam při rozvoji CHTA vlivům vnějšího prostředí než genetickým činitelům.

**Diagnostika CHTA** - řízený rozhovor. Metodu strukturovaného interview vyvinuli Friedman s Rosenmanem. Nejlépe propracovaným dotazníkem pro stanovení CHTA je Jenkinsův dotazník (JAS). Poměrně značného rozšíření doznala i Bortnerova sebesuzovací škála. CHTA nemá, jak by se to dalo očekávat anaalogicky podle ostatních osobnostních rysů, normální distribuci.

## Novější poznatky o CHTA

Podle Glassovy hypotézy o kontrole jde u jedinců typu A o nadměrnou reakci vůči stresovým popudům z okolí, jejímž smyslem je zvýšení kontroly nad environmentálními faktory. Práce Byrna a Rpsenmana ukazuje, že u lidí typu A se skutečně vyskytuje více životních událostí, ale že jsou to především události iniciované nemocnými samými. CHTA může být tedy interpretováno jako takový typ chování, které vytváří sociální, pracovní a jiné podmínky, jež maximalizují možnost výskytu životních událostí.

Jedinec s CHTA ke tedy častěji konfrontován se stresovými událostmi, protože je vlastně sám neuvědoměle vyhledává a iniciuje. Lidé s CHTA pracují tvrdě k úspěchu, potlačují subjektivní stavy, vykazují rychlou gradaci aktivit a projevují hostilitu, jakmile jsou frustrováni ve svém úsilí při plnění úkolu, můžeme předpokládat, že v pozadí za těmito behaviorálními projevy je vlastně snaha jedince typu A prosadit kontrolu nad všemi požadavky okolí. CHTA může být vlastně chápána jako strategie pro zvládnání nekontrolovatelného stresu.

- Jedinci typu A častěji a intenzivněji zkoušejí střídání aktivního copingu vzdání se, dochází u nich ke kumulativnímu efektu excesivního vzestupu a poklesu hladiny katecholaminů v krvi.
- J. Siegrist - chronický psychosociální stres vyplývá z diskrepance mezi reálným a (nebo) jen percipovaným požadavkem vnějšího světa a reálnými a (nebo) percipovanými možnostmi subjektu je zvládnout.
- U většiny jedinců CHTA je možno pozorovat určité konstituční „nastavení“ na vyšší fyziologickou reaktivitu, zejména v oblasti kardiovaskulárního aparátu = hypotéza o reaktivitě a faktor permanentně zvýšené hyperreakivity.
- Existence „hot reaktorů“ byla prokázána i u subhumánních zvířat.
- Postupně se zjistilo, že z klinického hlediska má zcela mimořádný význam exprese hněvu. Byla prokázána vazba CHTA k onemocněním dvanáctníkovým vředem. Typ chování není specifický pro koronární onemocnění, ale vytváří rizikový faktor pro řadu onemocnění.
- Ukázalo se, že lidé typu A udávali nejen častější onemocnění koronární, ale také onemocnění peptickým vředem, potíže se štítnou žlázou, astmou a revmatoidní artritidou než lidé typu B.
- Rimé a spol. uzavírají, že typ A představuje vlastně obecnou dispoziční vulnerabilitu k onemocnění, protože v souboru osob typu A (961 osob) bylo uváděno v průměru 1,13 onemocnění v anamnéze, zatímco v souboru osob typu B (n=960) 0,92 onemocnění. Výsledek je při rozsáhlosti souborů statisticky významný na hladině 1 promile.

## PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A VULNERABILITA OSOBNOSTI

### Psychická zátěž v náročných situacích

Realizace jakékoliv činnosti s nutností adekvátní reakce na neznámé podmínky spojuje osobnosti a situační přístup. Mikšík (1985,2003) v této souvislosti zdůrazňuje tzv. interakční model stresu. Pro náročné a obtížné situace používá termín psychická zátěž, který podle autora :

- ✓ respektuje hledisko jednoty vnějších vlivů a vnitřních podmínek; rozhodující pro posuzování zátěže je interakce vnějších vlivů a vnitřních podmínek organismu, zátěž za stejných objektivních podmínek prostředí je u různých lidí či u téhož člověka při rozdílném vnitřním stavu různá;
- ✓ umožňuje posuzovat vzhledem k narůstání nerovnovážného stavu mezi prostředím a subjektem v kvantitativních termínech rozdíly kvalitativní tj. mezi vnějšími nároky a vnitřními podmínkami pro adekvátní odpověďové reakce;
- ✓ umožňuje postihnout lidi s extrémně nízkou a vysokou potencií vyrovnávat se s zátěží; porovnáváním těchto jedinců studovat a stanovit příčiny rozdílů; stanovit potenci psychiky pro zátěž a kritéria odolnosti vůči zátěži; měřit a hodnotit proces přípravy lidí na činnost za určitých podmínek zátěže a vytvářet účelný systém posilování odolnosti člověka (**Mikšík, 1985,2004,2005**).

**Psychickou zátěž** tedy můžeme charakterizovat aktualizovaným rozporem mezi požadavky (nároky či tlakem), které kladou situační proměnné na interakci subjektu a mezi tendencemi či možnostmi jedince se s těmito požadavky adekvátně vyrovnávat (**Scott, 1989**). Povaha tohoto rozporu mezi situačními a osobnostními proměnnými determinuje kvalitu aktualizované psychické zátěže, plodí specifické systémy vyrovnávání se s situačními proměnnými (tj. struktura aktivit a prožitků konkrétního člověka).

Při jakékoli aktivní interakci subjektu s reálným prostředím se jednak vyjevuje, jednak modifikuje jeho psychická potence a výzbroj člověka k řešení vzájemného vztahu s reálnými podmínkami a okolnostmi života a činnosti. Postihnout, diagnostikovat, predikovat a ovlivňovat integrovanost osobnosti, předpoklady, podmínky a případné důsledky její desintegrace v konkrétních situacích je možné jedině na základě systematického postihování souvislostí mezi klíčovými proměnnými v otevřeném systému :

### OSOBNOST × PODMÍNKY EXISTENCE × ČINNOST

Aplikace interakčního přístupu ve výzkumu vzniku a rozvoje psychických zátěží, které stimulují maladaptivní schémata chování a vedou k psychickému selhání předpokládá vyhledávat jejich psychosociální zdroje, spočívající jak v osobnostních tak v situačních determinantách. O. Mikšík (1979) je dělí na tyto základní oblasti:

1. kritické komponenty společenského rozvoje;
2. exponované profese se specifickými nároky na své vykonavatele;
3. problémové osoby (se specifickou predispozicí k selhání);

#### 4. vyhrocené životní události s dopadem na jednotlivce.

Vymezení psychosociálních zdrojů vzniku a rozvoje psychických zátěží umožňuje pochopit, kdy se rozvíjí maladaptivní chování, kdy dochází k psychickému selhávání či narušení zdraví osobnosti. Zároveň lze vytvořit systém péče, který by navazoval na náročnost pracovního vypětí a přispíval k upevňování duševního zdraví, osvojování si adekvátního obsahu a stylu života v souladu s dosaženou úrovní rozvoje osobnosti.

Psychická reakce na stres zahrnuje mnoho adaptačních i maladaptačních procesů, zejména na kognitivní a motivačně-konativní úrovni (**Mikšík, 1985**). Psychickou činností stres ovlivňuje převážně negativně :

- ✓ Na úrovni kognitivních procesů: intelektově - kognitivní útlum, zhoršení koncentrace pozornosti, změny percepční reaktivity, zhoršení schopnosti nacházet a přijímat nová řešení, výskyt neplodných fantazií, růst sugestibility aj.
- ✓ Na úrovni emocí a osobnosti: podrážděnost, úzkost a nejistota, tenze, deprese, anxieta, hněv, snížené sebehodnocení, nerozhodnost, beznaděj, pocity viny aj.
- ✓ Na úrovni činnosti a chování: nepokoj, nervozita spojená s impulzivní reaktivitou, stereotypie frustrovaného chování, pokles pracovní aktivity se zhoršeným výkonem a únavou, pocity slabosti a vyčerpání, zvýšení úrazové náklonnosti aj.

Vyjdeme-li z koncepce všeobecného adaptačního syndromu, bereme při interakcích člověk - stres v úvahu tyto **základní subsyndromy stresu**:

- 1. emocionálně - behaviorální syndrom;**
- 2. vegetativní subsyndrom (fyziologicko - hormonální reakce);**
- 3. kognitivní subsyndrom;**
- 4. sociálně - psychologický subsyndrom.**

Z hlediska překonávání stresu má velký význam zejména emocionálně - behaviorální a kognitivní subsyndrom stresu, pro který je charakteristický:

- ✓ nárůst emocionality myšlení,
- ✓ hyperaktivizace myšlení ve směru neplodných fantazií a obsedantně se vracejících myšlenek,
- ✓ aktivizace,
- ✓ únik od řešení situace formou řešení vedlejších problémů či zmenšením myšlenkové aktivity, kolotoč myšlenek na místě,
- ✓ spoléhání se na intuici, subsenzorickou citlivost, výskyt mystických nápadů, fenomén zastavení času aj.

U chronického stresu mohou být aktuální příznaky méně nápadné, přesto negativní dopad na lidský organismus bývá větší než u zátěže, při které aktuální změna vyvolaná situací vede k rychlému návratu ke klidu a uvolnění tenze. Při delším trvání mohou být příčinou i dezintegrace osobnosti, kterou Mikšík definuje jako efekt situačních vlivů v psychice subjektu ve směru narušení (resp. destrukce) řídicí role nejvyšší etáže regulace psychiky, tj. uvědoměle řízených vnitřních a vnějších

aktivit, takže daný jedinec na životní podmínky reaguje bezprostředně prožitkovými strukturami zobrazování, integrace a regulace, které jsou uvolňovány aktualizovanými situačními tlaky na jeho psychiku. Výsledek autor označuje termínem psychické selhání (ve smyslu destrukce nejvyšších systémů řízení psychických i projevových aktivit) v důsledku aktualizované psychické zátěže (**Mikšík, 1985, p. 195**).

Každá situace působí určitým způsobem na psychiku člověka, což se odráží v různých způsobech chování, regulace i v emocionálním prožívání. Podstatná pro duševní zdraví člověka je kvalita vnějších podnětů, které na člověka působí. Uplatňuje se zde celkové vyladění člověka, jeho psychický stav. Vnější působení má určitý psychický účinek jen tehdy, jestliže se lomí v psychické stavu subjektu, v soustavě jeho myšlenek a citů. Každý psychický děj probíhá jakoby na pozadí určitého **psychického stavu** člověka.

#### Psychické stavy z hlediska délky jejich působení pojmáme ve dvojím smyslu:

1. jako aktuální úroveň funkční zdatnosti psychiky (**aktuální psychický stav**), odrážející specifiku zážitku a chování, která se dotýká celé psychické činnosti a dočasně ovlivňuje její dynamiku i průběh
2. jako relativně stálější funkční úroveň psychické činnosti (**obvyklý psychický stav**) rozvíjející se na základě četných opakování aktuálních psychických stavů, které jsou pro danou osobnost příznačné. Některé psychické stavy se u člověka opakují častěji opakovanou situací, popřípadě i regulací nebo autoregulací, fixují se a mohou se stát osobnostní vlastností (př: úzkost - úzkostnost). Psychické stavy dynamizují psychickou aktivitu osobnosti a podílejí se specifickým způsobem na psychické regulaci činnosti.

Přes existenci dílčích rozdílů ve vzniku, průběhu a projevech psychických stavů lze říci, že určují:

- ✓ vztah jedince k úkolům, které jej čekají;
- ✓ zvláštnosti emocionálních prožitků, stupeň, délku i kvalitu vznikajících emocí, jejich aktivní nebo záporný charakter, polaritu aj.;
- ✓ změnu funkcí pozornosti (stabilitu, intenzitu, koncentraci);
- ✓ zvláštnosti procesů vnímání a představivosti, jejich délku, zřetelnost, emocionální zabarvení asociací atd.;
- ✓ zvláštnosti procesů paměti a myšlení, jejich cílovou zaměřenost, postupnost, systematičnost;
- ✓ projevy volní aktivity, odhodlanost ke splnění úkolů.

Podle Mikšíka se v psychickém stavu stejně jako v jiných jevech odráží interakce subjektu s jeho vnitřním a vnějším životním prostředím. Je determinován kvalitou rovnováhy mezi organismem a prostředím, která se promítá do dynamických změn vnitřních pocitů, úrovní aktivace psychiky, celkového emocionálního ladění a pohotovosti k interakci s vnějším prostředím. Psychický stav definuje jako dynamickou strukturu vnitřních pocitů, úroveň aktivace psychiky a celkového ladění a pohotovosti k určité hladině interakce s vnějším prostředím (**Mikšík, 1979**).

Každá významnější změna vnějšího nebo vnitřního prostředí vyvolává komplex změn, tzv. linii nespecifických změn v psychice od počátku anticipace nerovnovážného stavu, přes jeho řešení až po odeznění jeho bezprostředního efektu a otevření cesty pro vznik jiných aktivačních a prožitkových dominant. Velký význam má vzájemný vztah mezi oběma složkami psychického stavu.

Kognitivně emocionální - prožitková složka aktualizovaná v dynamice psychického stavu plní úlohu:

- specifické aktivace psychiky (v závislosti na významovosti podnětů vyvolává specifickou hladinu aktivačního stavu psychiky a celého organismu),
- tonizující (zvyšuje množství a rychlost psychických procesů nebo tlumící s opačnými důsledky),
- regulační (vyvolávání příklonu či odklonu vzhledem k působícím podnětům v závislosti na odrážené významovosti),
- organizující (od energetizování koordinovaného jednání s potlačením neadekvátní psychické aktivity až po úzkou či paradoxní zaměřenost ve směru dezintegrujícího psychického stavu.

Aktualizovaný psychický stav vždy souvisí s činností všech systémů lidského organismu. Určuje prožívání i odpověďové chování, zejména jeho rychlost, intenzitu a koordinovanost. Sledování dynamiky psychických stavů umožňuje hodnotit kvalitu procesu vyrovnávání se člověka s klíčovými životními situacemi i podmínkami a okolnostmi při postižení vzájemných vztahů vnitřních i situačních faktorů, determinant.

Aktualizovaný psychický stav z jedné strany determinuje odezvy jedince na situační proměnné (jak silně situaci prožívá), z druhé je naopak determinován situačními proměnnými jako jistý důsledek či, chceme-li, komplexní symptom jejich působení.





## Psychická zátěž, vulnerabilita osobnosti

Termín psychická zátěž vychází z tzv. *interakčního přístupu*, který zdůrazňuje jednotu vnějších vlivů a vnitřních podmínek lidského organismu

- ✚ Osobnost člověka se utváří, rozvíjí a projevuje v konfrontaci s nároky konkrétního vnějšího prostředí a situačních kontextů. *Člověk permanentně řeší rozpor* mezi tím, co již v důsledku zkušeností interiorizoval, zapracoval do své „výbavy“ jako vodítka a systém postojů, přístupů a interakcí a novými požadavky na obsahy a procesy vnitřních a vnějších aktivit
- ✚ *Kvalita a míra aktualizovaného rozporu mezi nároky na psychiku a předpoklady každého jedince účinně je zapracovat a efektivně zvládat, je podmíněna zcela subjektivně*
- ✚ Konkrétní *životní nároky*, kontexty a situace v závislosti na osobnostních zvláštěnostech *mohou* :
  - *stimulovat další psychický vývoj osobnosti*
  - *vést k psychickému selhání v důsledku situačních tlaků*
- ✚ Životní podmínky a situace svou povahou a podstatou mohou *upevňovat* předchozím vývojem a rozvojem vytvořenou *integritu osobnosti*, mohou *stimulovat psychický rozvoj osobnosti*, mohou *být také zdrojem psychické desintegrace osobnosti*
- ✚ V této souvislosti je v posledních letech často zmiňována problematika nezdolnosti (resp.vulnerability osobnosti). *Vulnerabilita* představuje snížení individuálního prahu vůči podnětům, zejména sociálním, které se tak stávají stresory. Společně *s premorbidní osobností a sociální oporou* působí jako moderující faktory při interakci člověk – stresor

## 4 kategorie subjektivně prožívané psychické zátěže :

- ▶ **běžná zátěž** : život v obvyklých, osvojených kontextech života
- ▶ **optimální zátěž** : stimuluje a podmiňuje psychický rozvoj osobnosti
- ▶ **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
- ▶ **extrémní psychická zátěž** : jedinec není s to rozvinout integrovanou interakci s prostředím, prosazují se rozmanité struktury a obsahy dezintegrace, maladaptivních projevů a psychického selhání

**dopad aktuálních situačních kontextů na psychiku je ovlivněn** změnami v prožívání, chování, v interakčních projevech a aktivitách osobnosti

### **struktura a dynamika :**

- ✓ aktuálních psychických stavů
- ✓ psychosomatických projevů
- ✓ zaměřenosti , motivace, základního postoje ke vzniklé situaci
- ✓ schopnosti projevit a uplatnit v rozhodovacích aktivitách racionální hodnocení situace a schopnost zpětnovazební kontroly
- ✓ výkonnosti (frekvence, závažnost chybných úkonů a projevů plastičnosti nebo destrukce osvojených systémů jednání a chování)
- ✓ sociálního chování

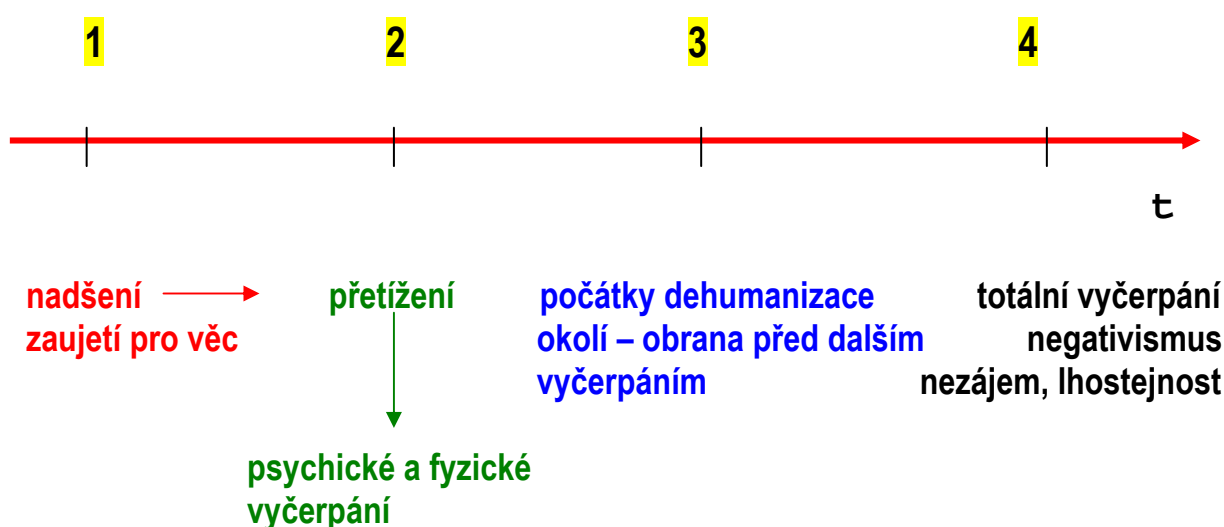


## taxonomie zátěžových situací

SITUAČNÍ KONTEXT	STIMULACE ROZVOJE OSOBNOSTI	DESINTEGRUJÍCÍ ÚČINKY
<b>NÁROKY NA ČINNOST A VÝKONNOST</b>	zvyšování práce schopnosti, rozvoj dovedností, pracovních návyků, postupů, činností a interakcí, odolnosti vůči únavě a strategií zvládnutí	rozvoj tendence resignovat, lhostejný vztah k životu, úkolům a povinnostem, pocity deprese, vyčerpání a nedostatečnosti, snadná unavitelnost, nižší koncentrace na výkon
<b>PROBLÉMOVÉ SITUACE</b>	rozvoj schopností vyrovnávat se s novými situacemi, s nároky na přizpůsobivost a kreativitu	neschopnost vpravit se do vzniklé reality, rozvoj maladaptivní interakční odezvy na řešení problémů
<b>PŘEKÁŽKY V DOSAŽENÍ CÍLE</b>	rozvíjení volných vlastností a schopností aktivně se vyrovnávat s překážkami na cestě k dosažení cíle	regrese cílesměrných aktivit, spontánní uvolňování tenzí spojených s frustrací a deprivací potřeb
<b>KONFLIKTOGENNÍ SITUACE</b>	rozvoj integrované struktury procesů rozhodování a jednání v ambivalentních podmínkách a situacích	aktualizace subjektivně neřešitelných nároků na rozhodnutí přijmout jednu z neslučitelných variant jednání
<b>STRESOGENNÍ SITUACE</b>	rozvoj odolnosti vůči bezprostředním účinkům nových okolností na realizaci osvojených aktivit	dezintegrace psychických struktur a osvojených činností, neobvyklostí a anticipací možných důsledků chybného kroku

## FÁZE PROCESU BURNOUT

1. idealistické nadšení a přetěžování
2. emocionální a fyzické vyčerpání
3. dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením
4. terminální stádium – stavění se proti všem a proti všemu → **komplexní symptomatika** (sesypání se a vyhoření všech zdrojů energie)



Maslach (1978,86)

## INTERAKČNÍ MODEL BURNOUT

- ✘ nerovnováha mezi požadavky zaměstnání, práce a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát
- ✘ bezprostřední krátkodobá emoční odpověď na tuto nerovnováhu – pocit úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání
- ✘ změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů)

## PŘÍZNAKY BURNOUT SYNDROMU

### 1. NA ÚROVNI PSYCHICKÉ

- ▣ dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí i něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná
- ▣ výrazný pocit celkového, především duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emoční, dále vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace
- ▣ únava je popisována dosti expresivně („mám toho po krk“, „jsem už úplně na dně, „jsem k smrti unaven“, „cítím se jako vyždímaný“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality
- ▣ dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy a invence
- ▣ převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho bezsmyslnost
- ▣ objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy
- ▣ projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům), a jejich vnímání jako objektů („dehumanizovaná percepce“)
- ▣ pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často též negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána
- ▣ sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání

- ▣ iritabilita, někdy též (selektivní) interpersonální senzitivita
- ▣ redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé

## 2. NA ÚROVNI FYZICKÉ

- ▣ stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost
- ▣ rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení
- ▣ vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout, „lapání po dechu“ atd.)
- ▣ bolesti hlavy, často nespecifikované
- ▣ poruchy krevního tlaku
- ▣ poruchy spánku
- ▣ přetrvávající celková tenze
- ▣ zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu

## 3. NA ÚROVNI SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

- ▣ celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob
- ▣ výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, mající vztah k profesi
- ▣ zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů)
- ▣ nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií)
- ▣ sociálně deficitní konkrétně-operační styl myšlení

- ▣ postupné narůstání konfliktů (většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí)

## RIZIKOVÉ FAKTORY VYHASLOSTI

- ▣ život v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- ▣ příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt) s lidmi
- ▣ nutnost čelit chronickému stresu
- ▣ vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- ▣ chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- ▣ původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- ▣ původně střední až vysoká senzitivita
- ▣ nízká asertivita
- ▣ původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost
- ▣ neschopnost relaxace
- ▣ negativní afektivita (Bolger 1990), depresivní ladění
- ▣ vyšší skóre životních událostí a „daily hassles“
- ▣ permanentně prožívaný časový tlak (stres)
- ▣ vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvl. v oblasti kardiovaskulárního aparátu („hot reactors“)
- ▣ externí lokalizace kontroly
- ▣ nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- ▣ chronické přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- ▣ habituálně založený prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese )

☐ syndrom beznaděje

## PROTEKTIVNÍ FAKTORY VE VZTAHU K VYHASLOSTI

☐ chování typu B

☐ dostatečná asertivita

☐ schopnost a dovednosti relaxovat

☐ vhodná organizace času („time-management“ či umění nedostat se pod časový tlak)

☐ pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce

☐ odolnost („resistence“) ve smyslu hardiness či sense of coherence

☐ osobní kompetence („personal competence“, Husaini et al., 1982), pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace

☐ ego-kompetence (Becker, 1982)

☐ self-efficacy (Bandura, 1982), víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění (Janoušek, 1992)

☐ percipovaná kontrola („perceived control“, Fischer, 1988)

☐ interní lokalizace kontroly

☐ dispoziční optimismus (Schier, Carver, 1987)

☐ „flow“ – příjemný tok či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc (Csikszentmihalyi, 1990)

☐ sociální opora, v případě vyhaslosti se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení („peer-support“)

☐ pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení

☐ pocit osobní pohody („well-being“) zahrnuje podle E. Dienera (1984) životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí



## BURNOUT SYNDROM

- ❑ PSYCHICKÝ STAV, PROŽITEK VYČERPÁNÍ
- ❑ PROFESE OBSAHUJÍCÍ JAKO HLAVNÍ SLOŽKU PRACOVNÍ NÁPLNĚ „PRÁCI S LIDMI“, KONTAKT S LIDMI A ZÁVISLOST NA JEJICH HODNOCENÍ
- ❑ TVOŘÍ JEJ ŘADA SYMPTOMŮ, V OBLASTI PSYCHICKÉ, FYZICKÉ A SOCIÁLNÍ
- ❑ KLÍČOVOU SLOŽKOU SYNDROMU JE EMOČNÍ EXHAUSCE, KOGNITIVNÍ VYČERPÁNÍ A OPOTŘEBENÍ, CELKOVÁ ÚNAVA
- ❑ VŠECHNY SLOŽKY SYNDROMU RESULTUJÍ Z CHRONICKÉHO STRESU



