

## **BURNOUT SYNDROM: TEORETICKÁ VÝCHODISKA, DIAGNOSTICKÉ A INTERVENČNÍ MOŽNOSTI**

VLADIMÍR KEBZA *Státní zdravotní ústav, Praha*

IVA ŠOLCOVA

*Psychologický ústav AV ČR, pobočka Praha*

### ÚVOD

Již téměř čtvrtstoletí se psychologové zabývají stavy celkového, především pak psychického 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, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu.

Současně se jedná o velmi aktuální problém medicínský, neboť burnout syndrom (syndrom vyhoření" či „vyhasnutí", nevhodněji podle Vymetala /1994/ „vyhaslosti")- kromě výše uvedených oblastí psychiky - ovlivňuje podstatně i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch.

Za jeden z nejpodstatnějších iniciujících faktorů vyhaslosti je považováno působení chronického stresu. Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu, je pokládána osobnost jedince. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá.

### TEORETICKÉ ZÁZEMÍ VYHASLOSTI

V teoretické rovině lze vysledovat souvislost podstaty vyhaslosti se dvěma hlavními oblastmi výzkumu:

- 1) v linii filozoficko - psychologické je syceno zkoumáním vyhaslosti četnými zdroji z oblasti existenciálně orientované filozofie a psychologie,
- 2) v linii psychologicko - medicínské přispělo ke koncipování poznatků o vyhaslosti dlouhodobé studium stresu a jeho důsledků.

Existencialismus se stal pro řadu psychologů a psychiatrů, zabývajících se otázkami psychologických aspektů vztahů mezi zdravím a nemocí, velmi inspirativním myšlenkovým zdrojem (patří sem především S. Kobasová, S. Maddi, M. Zola, S. Kahn, ale i V. Frankl, částečně i A. Antonovsky, C. Rogers a další). Z mnoha podnětů, jež toto hnutí přineslo, byly pro tyto psychology nejpodstatnější otázky, vztahující se k prožitkům, jež se vyskytují v souvislosti s krizí osamělého jedince - intelektuála, nejčastěji liberálně orientovaného. Tato krize, kterou existencialisté poprvé velmi výstižně popsali po 1. světové válce, je způsobena pocitem totálního osamění, vykojení z dosavadního zaběhnutého každodenního režimu a nutností spoléhat se pouze na vlastní síly. Člověk je zde reflektován a percipován jako zcela osamělé a z kořenů vytržené individuum, usilující momentálně o uhájení holé existence. Značný důraz je kladen na pocity úzkosti, jejíž zdroje jsou spatřovány v prožívané odpovědnosti, a na pocity beznaděje, vztahující se k nutnosti spoléhat jen na sebe (srov. koncepci syndromu bezmoci a beznaděje, vytvořenou Schmalem a Engelem na počátku 70. let, a koncepci naučené bezmocnosti, vytvořenou ve druhé polovině šedesátých let Abramsonem, Seligmanem a Teasdalem a dále rozvíjenou Garberovou, Seligmanem a dalšími).

Součástí této prožívané krize je též vyrovnávání se s vlastními náladami a pocity, obsahujícími prožitky osamocení, starostí, úzkostí, bezmoci, beznaděje a zoufalství, ale i absurdity, nudy, „otrávení", „zhnusení" atd. Úzkost je jedním z ústředních pojmů existenciálního přístupu: je hlavní hybnou silou prožívání reality, díky ní si člověk uvědomuje fakt svého konečného postavení v celku okolního světa.

Podle existencialistů je nutné k uvědomění sama sebe ve smyslu existence, což každodenní život svou stereotypu neumožňuje, dostat se do určité mezní či krajní situace. Jednou z těchto mezních situací jsou nepochybně i stavy, prožívané v rámci vyhaslosti, tj. stavy celkového vyčerpání, ztráty motivace, rezignace na profesionální cíle atd.

Pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, jak tomu často při rozvoji pokročilejších fází vyhaslosti bývá, dostavuje se stav existenciální frustrace. Silně prožívané a dlouhodobě působící stavy existenciální frustrace mohou vyústit v depresi, nebo v noogenní či existenciální neurózu, kterou

popsali V. Frankl, S. Maddi a další jako chronickou neschopnost uvěřit v důležitost, užitečnost a pravdivost všeho, co člověk dělá.

V pokročilých a závěrečných fázích vyhaslosti dochází v souvislosti s intenzivně prožívaným stavem vyčerpání k podobné, existenciálně laděné tendenci zpřetrhat všechna pouta s dosavadním, především profesionálním životem a osvobodit se tak od minulé zkušenosti, která je svazující.

Druhý významný teoretický zdroj, poskytující *zázemí* koncepci vyhaslosti, poznatky o stresu, je nejčastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Na straně požadavků je hodnocena intenzita nároku a předpokládané důsledky selhání se s ním vyrovnat. Na straně zdrojů je hodnocena jejich přiměřenost a dostatečnost.

Pocit, že požadavkům již nelze dostát, je důsledkem vyčerpání rezerv a zdrojů ke zvládnutí stresu. Tyto zdroje a rezervy bývají různými autory nazývány různě — adaptační kapacita (adaptive capacity), zátěžová kapacita (load capacity), systémová kapacita (system capacity), vyrovnávací zdroje (coping resources), překlenovací kapacita (carrying capacity). Jejich význam zůstává v podstatných rysech stejný: jedná se o repertoár vrozených dispozic a dovedností, které jedinec získal v průběhu svého života v procesu střetávání se s nejrůznějšími stresory.

Psychosociální stres - pracovní i mimopracovní - je v posledních letech intenzivně studován. Důležitost tohoto směru výzkumu je zdůrazněna

1) „tvrdými daty“ statistik ukazujícími, že více než 70 % absencí v práci z důvodů pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem (Adams, 1987);

2) zásadou, že nemocem je lépe přecházet než je léčit.

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými operačními aspekty prováděného úkolu (úkonu). V oblasti mimopracovního stresu je předmětem výzkumu především problematika chronických denních nepříjemností, mikrostresorů („hassles“) a tzv. životních událostí (např. změna zaměstnání, ztráta zaměstnání, hypotéka, nemoc apod.). Obě oblasti - pracovní i mimopracovní - mohou být zdrojem zdravotních rizik. Navíc, nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání v druhé oblasti (Klitzman a kol., 1989). Naopak, pozitivní zisky z jedné oblasti mohou příznivě ovlivňovat druhou oblast.

Pracovní stres může být klasifikován do několika kategorií:

- problémy související s rolí, které jedinec zastává (konflikty rolí);
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost);
- organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností);
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace);
- fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce).

Nárokům souvisejícím s vlastní pracovní činností byla v posledních letech věnována značná pozornost (Aronsson, 1989a, 1989b; Frankenhaeuser, 1981; Karásek a kol., 1982; Chapman a kol., 1990). Ukázalo se, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách.

Výzkumy prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je faktorem, který hraje rozhodující roli v determinaci zdravotních důsledků pracovních požadavků v tom smyslu, že je rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění (Sauter a kol., 1990).

Rozsáhlý švédský výzkum, který potvrdil vyšší zdravotní rizika u pracovníků vykonávajících takto charakterizovanou práci (vysoké požadavky/nízká autonomie), měl dokonce již i svůj legislativní výstup: v zákoníku, týkajícím se pracovních podmínek, byl na základě těchto výsledků zakotven požadavek, aby pracovní podmínky byly upraveny tak, aby zaměstnanec mohl mít vliv na svou pracovní situaci (Fleischauer, 1988; Aronsson, 1989a).

#### POJETÍ A DEFINICE VYHASLOSTI

Pojem „burnout“ byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to více méně v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat vzápětí, tj. na přelomu 70. a 80. let, a to ve vztahu k převážně většině profesí, u nichž lze výskyt vyhaslosti předpokládat (viz např. Maslach, 1976, 1978; Freudenberger, 1977; Cher-niss, 1980; Battle, 1981; Belcastro, 1982; Burke, Shearer, Deszca, 1984a,b a mnoho dalších). Rešerše, provedená v databázi MEDLINE, ukázala, že z tohoto nejpłodnějšího

období (tj. od počátku do druhé poloviny osmdesátých let, konkrétně pak v letech 1982- 1987) pochází celkem 207 psychologicko - medicínsky orientovaných studií v této databázi, zatímco např. v sedmdesátých a devadesátých letech je jich registrováno vždy jen několik (cca 5 - 20) ročně. Databáze MEDLINE však samozřejmě neobsahuje hlavní část psychologické produkce, reflektuje pouze propojující se medicínské a psychologické tematické okruhy.

Na základě údajů některých rozsáhlejších přehledových studií (např. Kleiber, Enz-mann, 1990; Leiter, 1992; Schaufeli, Maslach, Marek, 1993; Glass, McKnight, 1996; Layman, Guyden, 1997) lze pouze velmi zhruba odhadovat, že v současné době je k dispozici již něco mezi čtyřmi až čtyřmi a půl tisíci anglicky psaných publikací k tomuto tématu.

Přes skutečnost, že počet ročně publikovaných prací již nyní nedosahuje úrovní z „nejproduktivnějších“ let, nelze se domnívat, že by burnout přestal být aktuálním tématem. Tato tendence rychlého soustředění a postupného poklesu zájmu o určité téma je ve vědě obecně platná a vyjadřuje především aktuálnost tématu v prvních letech, jeho závažnost a pokračující stupeň objasnění jeho podstaty.

Burnout syndrom se nyní jako relativně nový fenomén objevuje především v zemích, procházejících na přelomu 80. a 90. let rozsáhlými transformačními změnami, kde burnout rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládáním stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků. Současně je však zkoumán v souvislosti s výskytem finančních a ekonomických krizí; jako významný prvek začíná být dosazován do širších společenských souvislostí a zároveň se v tomto kontextu hledají nové vztahy, ovlivňující jeho vznik a rozvoj a nové diagnostické, intervenční a preventivní možnosti (Van Dierendonck, Schaufeli, Buunk, 1998; Maslach, Goldberg, 1998).

V českém odborném písemnictví bylo k tomuto tématu publikováno dosud velmi málo prací: problém byl většinou pouze okrajově zmiňován v publikacích autorů, zabývajících se psychologií zdraví, psychosomatikou či psychoterapií. Nebyl však systematicky zpracován, a tak s výjimkou orientačního článku H. Haškovcové (1994) je - v kontrastu s obsáhlou produkcí anglosaské provenience - jedinou monotematickou prací kniha J. Křívohlavého (1998).

V průběhu téměř 25 let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení vyhaslosti, jež se často v různých aspektech vzájemně liší.

Lze však konstatovat, že většina pojetí vyhaslosti se shoduje alespoň v následujících bodech:

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvl. u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“ či alespoň kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhauscce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu.

Vyčerpání ve smyslu burnout se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout bývá popisován stav emočního vyčerpání zapříčiněný nadměrnými psychickými a emočními nároky popsaný ponejprve u některých zaměstnaneckých kategorií, pracujících s jinými lidmi (zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů -Maslach, Jackson, 1986).

Později se ukázalo, že burnout se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, sociálních pracovníků atd.) stejně jako v kategoriích nezaměstnaneckých (např. u špičkových sportovců

- Gould, 1996). Na základě dosud známých výsledků studií, publikovaných k problematice vyhaslosti, lze sestavit následující přehled hlavních profesních skupin, u nichž lze za určitých koincidujících okolností předpokládat vznik a rozvoj syndromu vyhaslosti.

#### PŘEHLED PROFESÍ S RIZIKEM VZNIKU VYHASLOSTI

- lékaři (zvláště klinici, z nich zvl. lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.);
- zdravotní sestry;
- další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.);
- psychologové a psychoterapeuti;
- sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech;
- učitelé na vyšších stupních škol;

- pracovníci pošt všeho druhu, zvl. pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé;
- dispečerů a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.), řídicí letového provozu atp.;
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté, příslušníci zásahových jednotek a členové posádek motorizovaných hlídek;
- právníci, zvl. advokáti;
- pracovníci věznic (dozorci, ale i další zaměstnanci);
- profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), politici, manažeři;
- poradci a informátorů
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy;
- za určitých okolností (především podle celkové prestiže státu, jeho postavení z hlediska aktuální mezinárodní situace, mezinárodního srovnání, prosperity, stavu ekonomiky atd.) příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo);
- duchovní a řádové sestry;
- někdy se burnout projevuje i u nezaměstnanecích kategorií, vždy však u osob, jež jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislí na jejich hodnocení a mohou být vystaveni působení chronického stresu - např. u výkonných (špičkových) umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.).

Dnes již velmi rozsáhlé světové písemnictví přináší řadu speciálních přehledových studií o výskytu syndromu vyhaslosti u různých profesních skupin: např. o výskytu tohoto syndromu u psychologů a psychotherapeutů informují mj. Heckman (1980), Leiter, Harvie (1996) a další.

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

Jednou z hlavních příčin vyhaslosti je i každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu. Akutní stres k vyhaslosti nevede.

Původně převažovala představa, že určující charakteristikou pracovní činnosti, která může vést k vyhaslosti, je především práce s lidmi. Nyní se zdá, že tuto základní charakteristiku je třeba, kromě kontaktu s lidmi, jenž zřejmě nemusí mít vždy pouze striktní ráz profesionální práce s lidmi, doplnit též o trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů.

Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s pocitem, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto nepřiměřené nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhaslosti. Burnout bývá klasifikován jako situačně indukovaná stresová reakce nebo též podle některých autorů jako poslední fáze stresové odpovědi dle Selyeho, tedy fáze vyčerpání (Burke, Greenglass, 1994).

Důsledky toho selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovní činnosti — původně žádoucí a oblíbené, která byla dříve naplněním života

- se mění a stává se negativním, je provázen pocitem zklamání a marnosti, až se zdá nemožným v této činnosti ještě někdy pokračovat. Pracovní výkon je zhoršen, často je též přítomna změna vztahu ke klientům ve smyslu negativních až cynických pocitů a postojů. Psychický stav je charakterizován pocitem psychického, zvl. emočního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu, snížením osobních aspirací. Objevují se hostilní pocity, úzkost, deprese, negativismus, emoční oploštění, lhostejnost. Vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména pokud jde o pracovní kompetenci. Jedním ze základních pocitů typických pro vyhaslost je pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál vyvíjet se ve své profesi. Výrazné je rovněž utlumení empatie a ztráta či výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba (např. pacientům, klientům, zákazníkům, občanům) nebo s nimiž je jedinec v kontaktu a na jejichž hodnocení záleží efektivita jeho činnosti. Tyto osoby začínají být vnímány, podobně jako u alexithymických pacientů, nikoli jako lidské bytosti, ale jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí. Někteří autoři (např. Ch. Maslachová) v této souvislosti hovoří o „dehumanizované percepci okolí“.

Přes výstižnost tohoto postřehu je třeba poznamenat, že burnout samozřejmě není pouze poruchou percepce.

R. A. Baron (1986) charakterizuje burnout jako „erozi lidského ducha“, vyvolanou chronickým účinkem vysoké úrovně stresu, jenž je především pracovní povahy.

Přehledný popis jednotlivých příznaků syndromu vyhaslosti uvádíme nyní v rozčlenění podle úrovní, v nichž se projevují:

Na úrovni psychické:

- dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná;
- výrazný je pocit celkového, především 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 per-cepce“);
- pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často též negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána;
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání;
- iritabilita, někdy též (selektivní) interpersonální senzitivita;
- redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

Na úrovni fyzické:

- stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost;
- rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení;
- vegetativní obtíže: bolesti v srdce, změny srdeční frekvence, *zažívací* obtíže, dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout, „Japání po dechu“ atd.);
- bolesti hlavy, často nespecifikované;
- poruchy krevního tlaku;
- poruchy spánku;
- přetrvávající celková tenze;
- zvýšené riziko vzniku závislosti všeho druhu. 31

Na úrovni sociálních vztahů

- celkový útlum sociální i ty, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob;
- výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi;
- zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů);
- nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií);
- 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).

#### DIFERENCIÁLNĚ - DIAGNOSTICKÉ ÚVAHY

Jak jsme již uvedli, některými symptomy, ale i důsledky v chování, jednání a prožívání se syndrom vyhaslosti částečně podobá některým známějším a diagnosticky propracovanějším poruchám či chorobám. Považujeme proto za účelné popsat postupně alespoň stručně jejich vzájemné odlišnosti.

Na rozdíl od deprese, s níž má vyhaslost řadu shodných symptomů (smutná nálada, pocit zmaru, ztráta motivace a energie, pocity bezcennosti atd.), která má však negativní vliv na celou řadu životních aktivit, se negativní působení vyhaslosti omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho důsledků. Dobře lze od vyhaslosti odlišit larvované či maskované deprese („depressio sine depressione“), jednak proto, že u nich chybí hlavní depresivní symptom, smutná nálada, jednak vzhledem k manifestním somatickým a vegetativním obtížím, jež se většinou dosti odlišují od potíží, typických pro vyhaslost. Dobře lze odlišit též depresivní symptomatiku, vyskytující se u vyhaslosti, od bipolární afektivní poruchy. Obtížnější bývá správně diagnostikovat výskyt depresivního ladění či depresivní reakce jako součásti etiopatogeneze vyhaslosti. Důležitá je, především pro klinické psychology, správná úvodní orientace a schopnost odlišit depresivní ladění či depresivní reakci, pojící se k celkovému klinickému obrazu vyhaslosti, od velké (endogenní) deprese. Výrazným distinktivním znakem je sezónnost výskytu, typická pro endogenní depresi, a naopak velmi zřídka se objevující u depresivního ladění vyhaslosti. Rovněž ranní pěšíma jsou jedním z příznaků endogenní deprese, kdežto depresivní ladění vyhaslosti, pokud se vůbec v průběhu dne mění, může být, podobně jako u depresivní neurózy, horší spíše k večeru.

Rozdíl lze spatřovat též v „odklonitelnosti“ podstaty vyhaslosti: po přeladění psychiky na nepracovní obsah lze očekávat dosti výrazné zlepšení, i když ne dlouhodobé. V poruchách spánku se objevuje často odlišnost v tom, že u endogenní deprese jde spíše o buzení se v průběhu spánku, zatímco u depresivního ladění spojeného s vyhaslosti o obtížné upínání.

Pacienti s endogenní depresí mívají tendenci k autoakuzacím, kdežto u vyhaslosti jde většinou o obviňování okolí. V případě vyhaslosti jde o psychogenně podmíněnou poruchu, zatímco u endogenní deprese lze tuto podmíněnost vyloučit.

Konečně, zatímco u endogenní deprese je základním terapeutickým prostředkem farmakoterapie (antidepresiva), u vyhaslosti a depresivního ladění se užívá především psychoterapeutických prostředků.

Další, vyhaslosti se v něčem podobající poruchou, je alexithymie. Mezi společné příznaky patří především oploštělost emocionality, otupělost v sociálních vztazích, celková netečnost, redukce invence, imaginativních aktivit a kreativity a někdy i konkrétně - operační styl myšlení. Alexithymie se však liší od vyhaslosti zvláště v tom, že mívá častější výskyt u pacientů s některou z psychosomatických chorob, zejména však tím, že vyhaslost neobsahuje hlavní rys alexithymie, tj. nedostatek slov k vyjádření emocí: zatímco alexithymičtí pacienti nedokáží emoce vyjádřit, pacienti se syndromem vyhaslosti emoce redukují (s výjimkou popisu svých obtíží), jejich emocionalita je deformovaná; disponují však dostatečnou zásobou slov k jejímu vyjádření.

Jistou podobu lze konstatovat i u některých neuróz, tvořících vlastně jakýsi přechod mezi normou a vážnějšími poruchami psychotického typu. Zvláště některé únavové syndromy či tzv. „manager diseases“ se mohou v klinickém obrazu syndromu vyhaslosti blížit, především tehdy, obsahují-li depersonalizační složku. Vodítkem zde může být to, zda pacient vykazuje skutečně dominující emoční exhausci (administrací některé z metod k diagnóze vyhaslosti, viz dále). Dalším pomocným kritériem mohou být pseudohalucinace, jež lze v případě syndromu vyhaslosti téměř zcela vyloučit. Rozhodující je samozřejmě vždy celkový klinický obraz, v jehož komplexu většinou lze vyhaslost dosti spolehlivě rozeznat.

Některé shodné znaky (zvi. zvýšená únava, dostavující se především po duševním vypětí, potíže se soustředěním, iritabilita, mírné stupně deprese) má syndrom vyhaslosti také s neurastenii, řazenou dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 do skupiny diagnóz F48.0. K rozlišení může napomoci výskyt závrátí, které se u vyhaslosti téměř nikdy neobjevují, především pak poměrně výrazná kulturní podmíněnost symptomatologie u neurastenií.

Zdánlivě blízko má charakteristika vyhaslosti k syndromu chronické únavy („chronic fatigue syndrome“, CFS). Již samotné správné určení CFS je však poměrně složité, neboť v literatuře se v průběhu posledních deseti let rozlišují americká, britská a australská výzkumná a diagnostická kritéria. Dále se rozlišuje (podle britských kritérií) mezi vlastním CFS a tzv. PIFS („postinfectious fatigue syndrome“), přičemž syndrom PIFS je konstituován jako subtyp CFS, který vzniká po infekčním onemocnění, nebo současně s průběhem infekčního onemocnění. Poněkud zjednodušeně lze kontovat, že CFS a burnout se podobají především ve výskytu únavy, přičemž u CFS požaduje, aby se jednalo o únavu dříve se nevyskytující, trvající déle než 6 měsíců a způsobující více než 50% snížení předcházející aktivity. Dalšími společnými znaky iu snížená schopnost soustředění, poruchy kognitivních funkcí a výskyt depresivní symptomatiky.

Mezi tzv. symptomovými kritérii CFS (je jich popsáno celkem 11, z nichž pro jasnou diagnózu CFS musí být splněno buď 6 spolu se dvěma tzv. fyzikálními kritérii, nebo, v případě jejich absence, 8) však najdeme řadu odlišností od vyhaslosti: je to př. zvýšená teplota (v rozpětí 37,3 - 38° C), bolesti v krku, citlivost až bolestivost lymfatických uzlin, bolesti kosterního svalstva, migrující otoky a bolesti kloubů bez rudnutí, někdy i bez otoků, světloplachost atd. (podrobně viz Holmes et al., 1988; též Steidl et al., 1993).

Některé symptomy, typické pro CFS, mívají i pacienti, postižení fibromyalgií (jde oděvším o poruchy spánku, bolesti hlavy a únavu). Za odlišné příznaky lze naopak považovat náhlý začátek, většinou spojovaný s nemocí, podobající se infekci, teploty, bolesti v krku, dalším rozlišujícím znakem je zde jednak ranní ztuhlost, jednak bolest či citlivost na některých specifických místech (tzv. „tender points“).

Přestože se většinou hovoří o syndromu vyhaslosti, a skutečně se jedná o skupinu specifických symptomů, burnout nebývá zatím většinou v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky. Některé speciální studie, ale i řada

případů z výzkumné, ale především klinické praxe, přitom potvrzují oprávněnost pojetí vyhaslosti jako syndromu v klinickém slova smyslu v protikladu ke zjednodušujícímu pojetí ve smyslu psychické reakce, vyjadřující únavu (Lacovides et al., 1997). Přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není dosud ani v našich sociokulturních podmínkách klasifikován jako choroba z povolání.

Úvahy o diagnostickém zařazení vyhaslosti jsou velmi důležité, mj. i vzhledem k potřebě přiznání pracovní neschopnosti pacientům s akutními obtížemi těžšího rázu. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize z roku 1992, však uvádí v rámci skupiny diagnóz Z 73 - „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ i kategorii Z 73 - 0 „Vyhasnutí (vyhoření)“. Zde je tedy hlavní prostor pro diagnózu vyhaslosti; návaznosti na výše uvedené charakteristiky se zdá, že - zvl. v případě nejasností či pochybností - by burnout, či některé jeho momentálně dominující symptomy, mohl být v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen částečně také do skupiny diagnóz F48 - „Jiné neurotické poruchy“, a to zvláště do podskupin F 48.0 - „Neurastenie“ a F 48.1 - „Depersonalizační a derealizační syndrom“, neboť jde v podstatě o specifický únavový syndrom. Teoreticky lze uvažovat i o souvislosti se skupinou diagnóz F 43 - „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“ s dodatkem, že úvahu by připadala pouze souvislost se stresem chronické povahy.

#### STADIA VYHASLOSTI

Burnout syndrom je třeba chápat na jedné straně jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvl. pak chronického stresu, zároveň však též jako permanentně se vyvíjející proces.

V literatuře bylo publikováno několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření vyhaslosti. Většinou se hovoří na obecné úrovni o iniciační fázi úvodního zapálení pro věc, po níž dojde k prozíání, „vystřízlivění“ či náhledu, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem či celou profesí, klient (či osoby, s nimiž je člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý) začíná být vnímán negativně. V další fázi vyhaslosti nastupuje apatie, v níž propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadium je pak fází úplné vyhaslosti, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a „ztrátou lidskosti“.

Jedním z přístupů ke stanovení fází vyhaslosti je koncepce jeho čtyř základních fází, reprezentovaná např. pracemi Ch. Maslachové (1978, 1986), autorky řady dalších prací o vyhaslosti a jedné z nejužívanějších metod k jeho diagnóze. Podstatou první fáze je prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se postupně objevuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání, ve třetí nastupují počátky dehumanizované percepce okolí jako obranného mechanismu před dalším vyčerpáním a konečně ve čtvrté převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezájem a lhostejnost.

Chernissovo pojetí (1980, 1989) zakládá procesuální podobu vyhaslosti v podobě modelu, v němž zkušenost jedince se stresem a jeho zvládnutím ústí v průběžně realizovanou změnu postojů, emocionalitu a zvládacích strategií, jež budou nadále uplatňovány.

Ve Schwabově koncepci burnout vzniká v procesu interakce jedince a situačních podmínek a jeho vývoj má 3 fáze (Schwab, 1996):

- 1) nerovnováha mezi požadavky zaměstnání práce a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát (stress);
- 2) bezprostřední krátkodobá emoční odpověď na tuto nerovnováhu - pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání (strain);
- 3) změny v postojích a chování - tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů).

Někteří autoři hledají východisko k poznání podstaty vyhaslosti podrobnějším členěním jeho fází. Tak např. Golembiewski, Munzenrider a Stevenson (1986) stanovují celkem osm stadií vyhaslosti operacionalizovaným uplatněním tří komponent dotazníku „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) z hlediska jejich nízké, střední a vysoké úrovně. Jako nejvýznamnější komponentu chápou emoční exhausci. Zpočátku jsou všechny tyto tři komponenty MBI na nízké úrovni, postupně však narůstají, přičemž emoční exhausce se uplatňuje až ve druhé polovině vývoje těchto fází.

Jeden z izraelských psychologů, zabývajících se vyhaslosti, I. Friedman, postuloval (1996) tzv. Multipathway to Burnout (MPB) Model, pokoušející se o vyjádření průběhu vyhaslosti cestou rozvoje dvou oblastí či směrů: Kognitivní (sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti) a

emoční (pocit přetížení a emoční exhauce). Postupný rozvoj obou těchto směrů prochází třemi stadii (1. nebezpečí stresorů, 2. primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu, 3. reakce na tyto zkušenosti), přičemž rozvoj vyhaslosti může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání.

Je zřejmé, že je zcela na místě uvažovat o vývojových stádiích či fázích vyhaslosti, neboť skutečně nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces.

V literatuře se někdy rozlišuje tzv. copout a burnout, kdy „copout“ je chápán jako zjevné selhání a útek od odpovědnosti, zatímco u vyhaslosti se zpočátku udržuje vysoký výkon a na tomto zdánlivě komponovaném pozadí se připravuje emoční a fyzické selhání (Kaplan, Geoffroy, 1993).

Psychologickým protikladem vyhaslosti by mohl být psychologický konstrukt nazvaný „vigor“ (vitalita, energie) - rozpracovává jej izraelský psycholog Arie Shirom, působící na univerzitě v Tel Avivu.

Za významné je třeba považovat i stanovení rizikových (tj. burnout podněcujících) a protektivních (tj. burnout tlumících) okolností či faktorů. V literatuře jsou uváděny nejčastěji tyto skupiny faktorů.

#### 1) Rizikové faktory vyhaslosti:

- samotný 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;
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc;
- 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;
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy;
- vyšší skóre životních událostí a „daily hassles“;
- permanentně prožívaný časový tlak („rush out“ a „rush up“ syndrom);
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvl. v oblasti kardiiovaskulárního 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 (jako chování, v němž dochází k behaviorální expresi obojího), tj. tzv. AHA syndrom („Anger, Hostility, Aggression“) Ch. Spielbergera;
- syndrom „hopelessness - helplessness“ (prožitek bezmoci a beznaděje) a behaviorální ekvivalent, komplex „giving up - given up“, tj. komplex vzdání se vs. zanechání druhými.

#### 2) 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 („resilience“) 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“, Fisher, 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 u silného, euforicky laděného zaujetí pro věc (Csikszentmihalyi, 1990);
- „sociál support“<sup>1</sup>, 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.



Za neutrální faktory z hlediska vzniku vyhaslosti jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky. Věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru, doba, po kterou je zastávána současná pracovní pozice, atd. (Rowe, 1997).

Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt vyhaslosti jednotné: zvl. v publikacích z první vlny výzkumů vyhaslosti v osmdesátých letech se setkáváme s názorem, že výskyt vyhaslosti je častější u žen (někdy je udáván dokonce až dvojnásobně vyšší), v dalších studiích se objevují i vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně alespoň částečně ovlivněny mj. i demografickými parametry populačních vzorků (řada výzkumů je prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách, jako jsou zdravotní sestry, učitelky, sociální pracovníce atd.). Poslední výzkumy ukazují jednak tranzitorní povahu vyhaslosti, jednak její značnou přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám: odblokování stresorů, které zapříčiňují burnout, vede k rychlému poklesu ukazatelů vyhaslosti, po návratu do původních situačních podmínek však následuje i návrat k původnímu stavu. Westman a Eden (1997) zjistili, že po čtrnáctidenní dovolené se ukazatele vyhaslosti částečně obnovují již po třech dnech v zaměstnání. Po 3 týdnech v zaměstnání, pokud se nezměnily podmínky jeho vykonávání, se již ukazatele vyhaslosti dostávají na úroveň před dovolenou. V této souvislosti se též objevují úvahy o vyhaslosti jako o osobnostně založené proměnné (např. Piedmont, 1993). Důvodem jsou následující skutečnosti:

1) V některých longitudinálních studiích nebyly nalezeny nepříznivé pracovní podmínky, které jsou obvyklými prediktory vyhaslosti. Přesto se syndrom vyhaslosti rozvinul.

2) Stabilita vyhaslosti v čase. V řadě studií je korelace měření vyhaslosti s odstupem jednoho roku vyšší než 0.5, z čehož může být usuzováno, že vyhaslost může reflektovat určité osobnostní aspekty.

S touto myšlenkou asi nelze souhlasit en bloc: z dosavadních zjištění sice vyplývá, že řada významných charakteristik vyhaslosti je osobnostně založena (zvl. tendence k rezignaci, emoční výbava atd.), ale burnout jako celek (syndrom) je zřejmě třeba považovat spíše za výsledek střetu určitých osobnostních (psychických) a fyzických dispozic, úrovně sociability a sociální opory, schopnosti čelit stresu a zvládat jej, s působením stresu, a to především chronické povahy.

V jistém protikladu jsou naproti tomu úvahy, které zdůrazňují význam sociálního vlivu (Ashfort, Lee 1997). Předpokládají, že za určitých podmínek se člověk může naučit myslet, cítit a jednat jako „vyhaslý“ („burned out“). Příznivou podmínkou pro takový vývoj je např. situace, v níž jedinec nemá jasno o své pracovní situaci a svém místě v pracovním procesu, nebo identifikuje-li se se skupinou, která má tendenci k „vyhaslým“ způsobům jednání, prožívání a myšlení.

#### METODY ZJIŠŤOVÁNÍ ÚROVNĚ VYHASLOSTI

Úvodem je třeba konstatovat, že výzkum vyhaslosti, realizovaný prostřednictvím psychologických metod, je jednou z oblastí, v nichž některé metody ovlivňují velmi podstatně přístup ke zkoumání celého problému a dokonce i vlastní pojetí či koncepce vyhaslosti byly, a někdy dosud jsou, pojímány a stanovovány na základě struktury a založení nejfrekventovanějších metod (zvl. MBI).

První metody, sloužící k diagnostice vyhaslosti, vznikaly na přelomu 70. a 80. let. A. Pinesová, další z výrazných a vůdčích postav výzkumu vyhaslosti, vytvořila počátkem 80. let nejprve „The Tedium Scale“. (A. Pinesová prosazovala zpočátku ve svých publikacích pojem „tedium“ - únava, nuda, otrava; teprve pod vlivem rychle převažujícího pojmu „burnout“ se k jeho užívání sama přiklonila také.)

Další, podobná metoda s názvem „The Staff Burnout Scale for Health Professionals“ byla vytvořena zhruba ve stejné době ke zjišťování úrovně vyhaslosti u zdravotnických pracovníků (Jones, 1980, 1981).

Zanedlouho publikovala A. Pinesová se spolupracovníky (Pines, Aronson a Kafry, 1981) přepracovanou verzi dotazníku pod názvem „Burnout Measure“. Tato metoda je v literatuře hojně citována a zdá se, že se jedná o druhou nejčastěji užívanou metodu k diagnostice vyhaslosti. Skládá se z 21 položek, posuzovaných na sedmibodové posuzovací škále typu „Jak často“ s rozpětím od „Nikdy“ (1) do „Vždy“ (7), a zjišťuje tři hlavní prožitkové složky vyhaslosti: pocity tělesného vyčerpání, emočního vyčerpání a duševního vyčerpání.

V literatuře jsou uváděny poměrně velmi dobré psychometrické hodnoty tohoto dotazníku, faktorově analytické studie však potvrdily, že všechny položky sytí pouze jeden hlavní a dominující faktor, tj. vyčerpání (téměř 70% variance).

V roce 1981 publikovala kalifornská psycholožka Christine Maslachová se spolupracovnicí Susan Jacksonovou další dotazník k měření úrovně vyhaslosti, který se stal postupně vůbec nejužívanější metodou tohoto typu. Jde o „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), obsahující v první verzi 22 položek a tři subškály: emoční exhausce (vyčerpání), depersonalizace a personal accomplishment (snížená osobní výkonnost). Všechny položky jsou posuzovány ve dvou dimenzích, a to na dvou škálách: 1) z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků (na šestibodové posuzovací škále), 2) z hlediska jejich intenzity (na sedmibodové posuzovací škále). Přes poněkud obtížněji využitelné skóre (výsledkem není jedna hodnota) umožňuje tato verze dotazníku velmi cenný pohled jak na intenzitu prožitku jednotlivých složek vyhaslosti, tak na frekvenci jejich výskytu.

Dle autorky vykazuje metoda relativně vysokou reliabilitu (hodnota vnitřní konzistence pro jednotlivé subškály se pohybovala v rozpětí  $r = 0,71$  až  $r = 0,90$ , hodnota reliability „test - retest“ v rozpětí  $r = 0,53$  do  $r = 0,82$ ).

Přes tuto dobrou zkušenost s původní verzí byla ve druhé verzi dotazníku (Maslach a Jackson, 1986) - ve snaze o zjednodušení hodnocení a především interpretace - vypuštěna škála intenzity, takže položky byly posuzovány pouze z hlediska frekvence na šestibodové škále s rozpětím od „Několikrát za rok“ (1) do „Každý den“ (6). V literatuře je dodnes vedena diskuse o vhodnosti této úpravy a řada studií stále preferuje původní verzi metody.

Po dalších deseti letech byla publikována třetí verze tohoto dotazníku (Maslach, Jackson, Leiter, 1996), v níž došlo k ještě zásadnějším změnám. Metoda byla přejmenována na „Maslach Burnout Inventory - General Survey“ a hlavní obsahovou změnou byla snaha zachytit z hlediska novějšího pohledu na příčiny vyhaslosti nejen profesionální práci s lidmi, ale i příležitostný kontakt s nimi, a to i mimo rámec dříve definovaných zaměstnaneckých kategorií (viz výše). Byly tak vytvořeny tři nové subškály: vyčerpání („exhaustion“), cynismus („cynicism“), profesionální výkonnost a uplatnění („professional efficacy“). Cynismus je chápán jako „dysfunkční coping“, mající pozitivní korelace s exhauscí a negativní s profesionálním uplatněním.

Za necelé dva roky užívání se až dosud shromážděné zkušenosti s touto verzí metody vesměs shodují v ocenění vhodnosti *zařazení* nových subškál, reflektujících vývoj názorů na podstatu vyhaslosti; dosud však není k dispozici dostatek dat, umožňujících objektivní srovnání účinnosti jednotlivých verzí této metody.

Týmy Ch. Maslachové a A. Pinesové s jejich spolupracovnicí výrazně ovlivnily tvorbu dalších metod, inspirovaných těmito vzory.

Postupně tak vznikala řada dalších analogických postupů, např. „Staff Burnout Scale for Health Professional“ (BS - HP, Jones, 1980, 1981), „The Meier Burnout Assessment“ (MBA, Meier, 1984), „Teacher Burnout Scale“ (TBS, Seidman, Zager, 1986 - 1987), „Teacher Stress Reactions“ (TSR, French, 1991) a další.

V Německu *byl pro potřebu zjišťování hodnot* vyhaslosti u učitelů vytvořen „Heidelberger Burnout Test“ (BOT, cit. podle E. Meyer, 1991). Tato metoda obsahuje popis dvaceti oblastí života, od ryze pracovních situací učitelů a školských pracovníků (účast na dění ve škole, vztahy ke kolegům, pedagogické plány a představy) po mimopracovní životní situace (zájmy a koníčky, domácí práce a povinnosti, psychosomatické obtíže atd.). U každé ze situací je třeba přiřadit své stanovisko k jednomu z 5 grafických symbolů, což postupně vytváří 5 skóre, z nichž se vypočítává tzv. Burnout -Quotient (BOQ). Jeho hodnota je pak porovnávána s pěti stadii norem, vyjadřujících v určitém rozpětí procesuální úroveň vyhaslosti od idealismu, přes realismus, stagnaci, frustraci po apatii - burnout.

K vývoji metod v této oblasti přispěli i další izraelské psychologové a lékaři, působící ve výzkumu důsledků stresu a vztahů mezi zdravím a nemocí. S. Melamed, T. Kushnir (Raanana) a A. Shirom (Tel Aviv University) představili v roce 1992 metodu s pracovním názvem BoTeLis, zahrnující celkem 16 položek a obsahující tři subškály: burnout (Bo), tenze („tension“, Te) a netečnost („listlessness“, Lis). Položky jsou hodnoceny na sedmibodové posuzovací škále typu „Jak často“ s rozpětím od „Téměř nikdy“ (1) do „Téměř vždy“ (7). Pět položek je formulováno reverzním způsobem, aby se předešlo stereotypii odpovědí. Autoři ověřovali pomocí této metody hypotézu o vztahu vyhaslosti a rizik kardiovaskulárních onemocnění. Výsledky, získané na vzorku 104 mužů bez zjištěného kardiovaskulárního onemocnění, potvrdily pozitivní vztah mezi vyhaslostí, tenzí a hladinou LDL cholesterolu a vyhaslostí, netečností a hladinou glukózy.

Tyto speciální metody je vhodné podle potřeby, zvl. v případě nejasnosti či neurčitosti výsledků, doplnit některými dalšími psychologickými metodami; samozřejmý by měl být rozhovor,

anamnestický dotazník, pozorování či metody, sloužící k základní orientaci v osobnosti, vhodným pomocným a doplňujícím diagnostickým prostředkem jsou též projektivní metody (s úspěchem se používá např. Lüscherův barvový test).

Vlastní zkušenost autorů tohoto sdělení se týká dvou z uvedených speciálních metod: MBI a BoTeLis<sup>2)</sup>. Druhá z nich byla též použita v programu prevence KVO v ČR, realizovaného v rámci společného česko - amerického projektu „Program for Reduction of Cardiovascular and Cerebrovascular Disease in the Czech Republic“, podporovaného US Agency for International Development v letech 1992 - 1995. Obě metody jsou nadále užívány ve výzkumné a poradenské praxi autorů (viz např. Kebza, 1997), ve výzkumných projektech kolegů, kteří o metody projeví zájem i při přípravě diplomových prací.

---

<sup>2)</sup> Obě metody přeložil k nekomerčnímu využití se souhlasem autorů V. Kebza: BoTeLis v roce 1992 (revize překladu v roce 1994), MBI v roce 1994 (revize překladu v roce 1996).

### HLAVNÍ VÝZKUMNÁ CENTRA A JEJICH PŘEDSTAVITELÉ

Hlavní těžiště výzkumu vyhaslosti je na americkém kontinentu, zvl. v USA. Prvním centrem těchto aktivit byla kalifornská státní univerzita v Berkeley, kde působily hlavní představitelky autorských týmů, Ch. Maslachová a A. Pinesová, jejichž úsilí přineslo jedny z prvních teoretických prací o vyhaslosti, ale i první metody ke zjišťování její úrovně.

Kromě tohoto „centra první generace“ výzkumu vyhaslosti, jež je nadále velmi aktivní, se následně začalo tomuto tématu věnovat několik dalších amerických pracovišť. Je to jednak Rutgers University (New Brunswick), kde působí C. Cherniss a D. Glass, dále University of Pittsburgh (J. Mc Knight), Georgia University (R. Golembiewski), Pennsylvania State University (R. Munzenrider, B. Hamory), Florida International University v Miami (G. Deckard), University of Missouri - Columbia (L. Hicks), Wichita State University v Kansasu (L. Medvene, F. Volk) a řada dalších.

Četná pracoviště se též touto problematikou zabývají v Kanadě: jsou to např. Acadia University ve Wolfville, Nova Scotia (M. Leiter), York University v Ontariu (R. Burke, E. Greenglassová, L. Fiksenbaumová), University of Ottawa (B. Byrneová) nebo The Ontario Institute for Studies in Education (K. Leithwood, T. Menziesová).

V Evropě se tomuto tématu věnuje několik pracovišť v Německu: např. Freie Universität Berlin (R. Schwarzer, D. Kleiber), ale i řada dalších pracovišť, např. v Heidelbergu (G. Gonschorek, M. Haun - Justová, W. Knorz), Hamburgu (R. Tausch), Tübingen (S. Schreier), Schwábisch Gmünd (G. Becker), Ulmu (J. Zenzová) atd.

V Holandsku na sebe v posledních letech výrazně upozornil zvl. W. Schaufeli, působící na Universiteit v Utrechtu.

V Polsku se vyhaslostí systematicky zabývá mj. H. Šeková na poznaňské univerzitě.

Klinické výzkumy vyhaslosti a jeho vztahu k dalším chorobám jsou v současné době prováděny jak v Evropě, např. ve Švýcarsku (R. Joss, Luzern; P. Keel, Basilej), v Norsku (R. Lindas, T. Holst -Larsen, P. Johansen, Bergen), v Itálii (P. Venturi, G. Dell'Erba, F. Rizzo, Řím; C. Gala, A. Pergami, G. Invernizzi, Miláno), ve Španělsku (R. Diaz - Gonzales, I. Hidalgo - Rodrigo, Avila), ale např. i v Japonsku (E. Masuko, M. Yamagishi, R. Kishi, Sapporo) a samozřejmě i v USA (D. Whippen, G. Canellos, Boston).

Velmi bohatou produkcí prací o vyhaslosti se může pochlubit Izrael: jeden z významných týmů, věnujících se výzkumu vyhaslosti, působí na klinice v Raanana (S. Melamed, T. Kushnir, S. Rabinowitz, M. Feiner, E. Weisberg), na Tel Aviv University pracuje A. Shirom se svými spolupracovníky. V Jeruzalému, na The Henrietta Szold Institute působí se svou skupinou I. Friedman, na University of Haifa působí O. Gilbar.

Asijskou produkci poznatků o vyhaslosti může, kromě již zmíněných japonských autorů, zastoupit mj. např. C. So-kum Tangová a B. Hon-biu Lau z Čínské univerzity v Hong Kongu. Podnětná je též studie C. S. Tanga (1998) z téže univerzity, přinášející informace o výskytu vyhaslosti na vzorku 612 čínských pracovníků v oblasti „human service“ prostřednictvím čínské verze MBI.

Samozřejmě, že se nejedná ani o úplný, ani o reprezentativní přehled: jde pouze o ukázky často citované produkce.

S rozvojem informačních technologií se stávají i výsledky výzkumů vyhaslosti a intervenční doporučení dostupnými prostřednictvím elektronické pošty a Internetu<sup>3</sup>.

V ČR se - pokud je nám známo - problematika vyhaslosti dosud systematicky nezkoumá. Kromě již zmíněných autorů se podle nám dostupných informací problematikou syndromu vyhaslosti u učitelů zabývá I. Fialová (Slezská univerzita v Opavě) a E. Řehulka (Masarykova univerzita v Brně). Téma se stává atraktivním pro mladé kolegy, takže např. na katedře psychologie FF UK v Praze vznikly v tomto roce 3 diplomové práce věnované této problematice.

Na Slovensku publikovali vstupní informaci o vyhaslosti J. Daniel a I. Szabo v roce 1993. V roce 1997 navázal J. Daniel sdělením o výskytu syndromu vyhoření u učitelů.

---

<sup>3)</sup> Na e-mailové adrese (info@burnout.com) a internetové adrese (www.burnout.com) lze např. získat informace a doporučení společnosti „Psycho Physio International Inc.“ z Montrealu a počet těchto zdrojů bude jistě rychle stoupat.

#### MODERUJÍCÍ FAKTORY, PREVENCE A INTERVENCE

C. Cherniss (1995) za hlavní faktory předcházení vyhaslosti považuje následující tři skupiny okolností:

1) nalezení smysluplné pracovní činnosti, 2) získání a převzetí profesionální autonomie a opory („support“), 3) konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám, včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práci jemu.

V principu platí, že faktory, u kterých se ukázalo, že moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik vyhaslosti.

Škodlivý vliv psychosociálního stresu zasahuje sice somatickou strukturu, klíč k jeho moderaci se však stále častěji hledá na úrovni osobnosti.

Výše byla popsána řada charakteristik, o kterých se předpokládá, že mohou mírnit nebo naopak facilitovat škodlivý účinek stresu pro zdraví člověka.

Kromě odolnosti ve smyslu „hardiness“ byla nejčastěji v souvislosti s vyhaslostí zkoumána moderující role negativní afektivita a neuroticismu (prakticky se jedná o synonyma označující tentýž osobnostní rys). Negativní afektivita má ve vztahu k vyhaslosti facilitující vliv, zatímco hardiness vliv protektivní (Constantini a kol., v tisku; Papadatou a kol. 1994; Bryant, 1994; Kelley, 1994; Tarolli, 1994; Piedmont, 1993 a další). Důvodem protektivního účinku hardiness je pravděpodobně kognitivní hodnocení stresogenních situací a jejich „obracení“ ve smysluplné výzvy. Osoby s vysokou úrovní hardiness se percipují a hodnotí jako kompetentnější ve zvládání každodenních nároků, hodnotí příznivěji své psychické i fyzické síly. Činí pozitivní hodnocení situací, která vedou k výběru přiměřených strategií k jejich zvládání a zpětnovazebně k příznivějšímu kognitivnímu hodnocení situace (Šolcova, Tománek, 1994; Šolcova, Sýkora, 1995; Šolcova, Kebza, 1996).

Z vnějších moderujících faktorů byla pozornost věnována především vlivu sociální opory. Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání (od spolupracovníků), mimo práci od přátel a dobrých známých, v rámci trávení volného času, realizace zájmů, koníčků atd. Nedostatek opory koreluje pozitivně s vyhaslostí. Zdá se, že největší význam má v této souvislosti opora poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky (peer-support, Boumans, Landeweerd, 1992).

Související otázkou je, které osobní charakteristiky predisponují k vyhaslosti, které činí člověka náchylným ke vzniku a manifestaci tohoto syndromu. Osoby náchylné k vyhaslosti byly charakterizovány: empatií, sensitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými atp.

Jak již bylo výše uvedeno, je snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet než je odstraňovat. Terapeutické a preventivní strategie, uplatňované vůči vyhaslosti, se opírají samozřejmě také o psychoterapeutické zdroje.

Hlavním z těchto psychoterapeutických zdrojů je existenciální psychoterapie. Logicky to vyplývá ze souvislostí, které jsme o existenciálním *zázemí* vyhaslosti nastínili v úvodní části tohoto sdělení. Existenciální psychoterapie se v amerických podmínkách, v nichž byla vyhaslost koncipována, většinou již dále obsahově, ani terminologicky nečleněná, soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka atd.

Významně se zde uplatňují např. zásady a principy hlavních koncepcí odolnosti („re-silience“), např. odolnosti ve smyslu „hardiness“ S. Kobasové a spolupracovníků, či ve smyslu „sense of coherence“ A. Antonovského (viz např. Gilbar, 1998).

V evropských podmínkách se utvořily v návaznosti na existenciální východiska dvě psychoterapeutické školy, jejichž názory vytvářejí vhodné zázemí z hlediska terapie vyhaslosti.

První z nich je *daseinsanalýza*, navazující na filozofické dílo M. Heideggera, která se snaží pomoci nalézt pacientovi cestu k pochopení jeho existence a pomocí mu jeho existenci, což je z hlediska vyhaslosti velmi významné, co nejlépe, nejpřístupněji a nejobodpovědněji realizovat. Důraz se klade na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta, jež se maximálně respektují a akcentují, a na jeho další vývoj: nejde zde ani tak o to, jaký byl člověk v minulosti, ale spíše o to, jakým je nyní, a především o to, kam směřuje „pro futuro“. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí umění „být sám sebou“. Role terapeuta je pojata jako role konzultanta, udílejícího doporučení, nikoli však pokyny či dokonce příkazy.

Další evropskou školou navazující na existenciální východiska je *logoterapie*, usilující o to, aby přispěla pacientovi v jeho úsilí nalézt vlastní životní smysl v souladu s jeho životem a osobností. Postupuje se přitom především cestou objevování nových hodnot a jejich přejímání pacientem; psychoterapeut pomáhá pacientovi nalézat nové důvody - v návaznosti na existenciálně založené obavy, popsané literárně A. Camusem, J. P. Sartrem a dalšími - proč žít. Logoterapie si klade za cíl pomoci pacientovi nalézt řešení v situacích existenciální frustrace a za hlavní terapeutický prostředek považuje v tomto úsilí pomoc v nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot. Pro osoby ve finálním stadiu vyhaslosti může být tato pomoc velmi podstatná, neboť jejich svět (především svět práce, entuziasmu, nadšení a zapálení pro věc) se právě zhroutil a život přestal dávat smysl.

V psychoterapii vyhaslosti se mohou samozřejmě uplatnit i další postupy, vycházející např. z behaviorální či kognitivně - behaviorální terapie, jejich účinek však bude zaměřen spíše na dílčí problémy než na podstatu problému.

Za jeden z významných postupů se v psychoterapii tohoto syndromu považuje též schopnost transformovat hlavní problémy do humorné roviny a nechat je „odeznít“ vhodně navozenými autoaktivitami, založenými na využívání různých prvků humoru, např. parodováním, lehkou ironizací, hyperbolizací atd. (Davidhizar, Shearer, 1996).

Jaké jsou možnosti prevence vyhaslosti? Jestliže je burnout důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele (podniku) změnou jeho organizace a kultury.

Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhaslosti promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti - absence v zaměstnání, změny zaměstnání, vyšší pracovní nároky, vyplývající z vyšších požadavků na kvalitu, snížené pracovní nasazení, nižší pracovní spokojenost aj. - má i ekonomické důsledky (Houben, Nijhuis, 1996). Je tedy i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí vyhaslosti zabýval. Proto je nyní v popředí zájmu organizací využívání programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení atd. Řada podniků a firem (bohužel, nikoli ovšem u nás) investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický a psychický stres, a tím i náklady na nemocenské a fluktuaci pracovníků.

Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád.

Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí. Poučení by bylo také možno získat od těch, u kterých se ve stejných podmínkách syndrom vyhaslosti nevyvinul. Antonovského způsob kladení otázek však ještě není v psychologii zdraví - k její škodě -zařítý.

(Literaturu neuvádíme)