

**VLADIMÍR KEBZA  
IVA ŠOLCOVÁ**

# **SYNDROM VYHOŘENÍ**



# SYNDROM VYHOŘENÍ

*(Informace pro lékaře, psychology  
a další zájemce o teoretické zdroje,  
diagnostické a intervenční možnosti  
tohoto syndromu)*

Vladimír Kebza

Iva Šolcová



© Vladimír Kebza, Iva Šolcová

ISBN 80 - 7071 - 231 - 7

V roce 1998 vydal Státní zdravotní ústav poprvé příručku o syndromu vyhoření pro odbornou i širokou veřejnost. Cílem této práce tehdy nebylo ani tak přinést úplný výčet teoretických a metodologických poznatků o tomto zajímavém, z hlediska lidského zdraví však velmi závažném jevu, včetně soupisu příslušné odborné literatury, ale spíše seznámit veřejnost přístupnou formou s podstatou vzniku a rozvoje syndromu vyhoření, jeho hlavními příznaky a možnostmi správné diagnózy, léčby a prevence. S časovým odstupem více než pěti let se ukázala jednak potřeba aktualizace těchto poznatků, jednak potřeba alespoň částečného doplnění našich informací o doporučenou další literaturu. Nové vydání naší příručky proto tyto doplňky přináší.

Dosavadní zkušenosti ukázaly, že podstatu syndromu vyhoření, o kterém pojednává tato práce, je možno správně poznat pouze na základě celostního přístupu k člověku včetně jeho aktuálního postavení na škále mezi zdravím a nemocí. Tento přístup zahrnuje jak objektivní, tak subjektivní atributy zdraví v duchu vývoje definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO).

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, 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. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vyčerpání, též vyhaslosti, tj. vyčerpání („burnout syndrome“).

Jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet.

Současně se jedná o velmi aktuální problém medicínský, neboť burnout syndrom 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 (viz dále).

K pochopení syndromu vyhoření je vhodné zopakovat si některé související tematické oblasti. Ve známé Beckerově *koncepti duševního zdraví* je riziko onemocnění vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory, přičemž rizikovými faktory se rozumí především zranitelnost, (vulnerabilita, primární i sekundární) a stresory, protektivními faktory pak kompetence (Becker rozlišuje kompetence v uspokojování potřeb, sociální kompetence, kognitivní kompetence, kompetence zvládat stresové situace a kompetence v kontrole jáství) a podpůrné vlivy vnějšího prostředí. Komplex duševního zdraví pak v Beckerově koncepci doplňuje osobní pohoda („well-being“, „psychisches Wohlbefinden“, podrobněji viz Kebza, Šolcová, 2003).

Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům

stresu je pokládána osobnost jedince. Za klíčový vnější (sociální) faktor je pokládána tzv. sociální opora, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá (podrobněji viz Šolcová, Kebza, 1999).

Obecně může, jak popsali v roce 1991 N. Bolger a E. Schilling, osobnost ovlivňovat zdraví a psychickou pohodu třemi způsoby:

- 1) Osobnost může být vysvětlením toho, proč se někteří lidé dostávají do stresogenních situací a jiní ne.
- 2) Osobnost může ovlivnit způsob, jakým lidé reagují ve stresogenních situačních podmínkách.
- 3) Osobnost může ovlivňovat zdraví a psychické procesy mechanismy, které ne souvisí se stresem navozeným z vnějšího prostředí.

Osobnostní charakteristiky se v podmínkách stresu promítají do procesů zvládnání stresu (coping) a to tak, že rozhodujícím způsobem ovlivňují hodnocení stresogenních situací a výběr strategií k jejich zvládnutí, a tím i následné psychické procesy (např. emoce) a jejich neuroendokrinní složku. Určité osobnostní charakteristiky tak predisponují k určitému stylu hodnocení a zvládnání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu.

## 1. Teoretické zázemí syndromu vyhoření

V teoretické rovině lze vysledovat souvislost podstaty vyhoření mezi dvěma hlavními oblastmi výzkumu:

- 1) v linii filozoficko-psychologické jde o zdroje z oblasti existenciálně orientované filozofie a psychologie,
- 2) v linii psychologicko-medicínské přispělo ke koncipování poznatků o vyhoření dlouhodobé studium stresu a jeho důsledků.

Existencialismus byl 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 částečně i V. Frankl, 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 individuuum, usilující momentálně o uhájení holé existence. Značný důraz je kladen na pocity úzkosti, jejichž zdroje jsou spatřovány v prožívané odpovědnosti, a na pocity beznaděje, vztahující se k nutnosti spoléhat se 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 J. Garberovou, M. 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 existencionalistů je nutné k uvědomění sama sebe ve smyslu existence, což každodenní život svým stereotypem neumožňuje, dostat se do určité mezní či krajní situace. Jednou z těchto mezních situací jsou nepochybně i stavy, prožívané v rámci vyhoření, tj. stavy celkového vyčerpání, ztráty motivace, rezignace na profesionální cíle atd. (podrobněji viz dále).

Právě toto uvědomění sama sebe jako individuální existence přináší člověku poznání jeho svobody. Svoboda však podle existencionalistů předpokládá absolutní nezávislost člověka na společnosti, pro její poznání je proto nutné zpřetrhání všech svazků se světem. To bývá také součástí vzorců chování jedinců, u nichž se vyhoření dostalo do závěrečné fáze.

Pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, jak tomu často při rozvoji pokročilejších fází vyhoření bývá, dostavuje se stav existenciální frustrace. Silně prožívané a dlouhodobě působící stavy existenciální frustrace mohou vyústit v depresi nebo v tzv. 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 vyhoření dochází v souvislosti s intenzivně prožívaným stavem vyčerpání k podobné 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 syndromu vyhoření, stres, je nejčastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Na straně požadavku 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 dostat, 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) „tvrými daty“ statistik ukazujícími, že více než 70 % absencí v práci z důvodů pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem,
- 2) známou 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 (úkolu). V oblasti mimopracovního stresu je předmětem výzkumu především proble-

matika chronických denních nepříjemností, mikroresorů („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. Naopak, pozitivní zisky z jedné oblasti mohou příznivě ovlivňovat druhou oblast.

Pracovní stres může být klasifikován do několika kategorií:

- problémy související s rolemi, 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. Práce A. Aronsona, M. Frankenhaeuserové, R. Karaska, A. Chapmana a jejich spolupracovníků ukázaly, 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.

Rozsáhlý švédský výzkum, který provedli B. Fleischauer a G. Aronsson na konci osmdesátých let, potvrdil vyšší zdravotní rizika u pracovníků vykonávajících takto charakterizovanou práci (vysoké požadavky/nízká autonomie), a měl dokonce již i svůj legislativní výstup: v zákoníku, v části týkající 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.

## 2. Pojetí a definice syndromu vyhoření

Pojem „burnout“ (původně v podobě „burn-out“) byl uveden do literatury H. Freudenbergem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to v podstatě v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat vzápětí, tj. na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k převážně většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat. Rešerše provedená v databázi MEDLINE ukázala, že z tohoto neplodnějšího období (tj. od počátku do druhé poloviny osmdesátých let, konkrétně pak v letech 1982 – 1987) pochází celkem 207 psychologicko-medicefsky orientovaných studií v této databázi, zatímco např. v sedmdesátých a devadesátých letech je jich registrováno vždy jen několik (cca 5 – 10) ročně. Databáze MEDLINE však samozřejmě neobsahuje hlavní část psychologické produkce, reflektuje pouze propojující se medicínské a psychologické tematické okruhy.

Na základě některých rozsáhlejších přehledových studií, jejichž autory jsou např. M. Leiter, D. Kleiber, D. Enzmann a další, lze pouze velmi zhruba odhadovat, že v současné době je k dispozici již více než pět tisíc 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 syndrom vyhoření přestal být aktuálním tématem. Tato tendence je ve vědě obecně platná a vyjadřuje především aktuálnost tématu v prvních letech. Burnout syndrom se nyní jako relativně nový fenomén objevuje především v zemích, procházejících od přelomu 80. a 90. let 20. století rozsáhlými transformačními změnami, kde vyhoření rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládnutím 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 a intervenční možnosti.

V české odborné literatuře bylo k tomuto tématu publikováno dosud velmi málo prací. Problém byl většinou pouze okrajově zmiňován v publikacích autorů, zabývajících se psychologii zdraví, psychosomatikou či psychoterapií, nebyl však systematicky zpracován, a tak s výjimkou orientačního článku H. Haškovcové z roku 1994 v časopise „Sestra“ je – v kontrastu s obsáhlou produkcí anglosaské provenience – jedinou monotematickou prací kniha J. Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ z roku 1998. Přibývá však utěšeně domácích časopisecky publikovaných prací v oblasti psychologie, pedagogiky a zdravotnictví, kde jsou problémy související se syndromem vyhoření velmi aktuální, objevují se četné bakalářské a diplomové práce, zabývající se tímto problémem a přibývá odborných setkání, konferencí a seminářů, jež se syndromem vyhoření zabývají. Objevují se též české překlady některých, spíše populárněji zaměřených zahraničních publikací o syndromu vyhoření a také články, popularizující tento problém v denním tisku (viz doporučené informační zdroje v závěru této práce).

V průběhu téměř 30 let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší.

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

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými



lidmi (zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na něž byl od počátku zaměřen zájem psychologů).

Později se ukázalo, že burnout syndrom se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích (např. u advokátů, pojišťovacích agentů, poštovních úředníků, sociálních pracovníků atd.) a že se dokonce objevuje i v kategoriích nezaměstnaneckých. Na základě dosud známých výsledků studií, publikovaných k problematice burnout syndromu, lze sestavit následující přehled hlavních profesních skupin, u nichž lze za určitých koincidujících okolností (viz dále) předpokládat vznik a rozvoj syndromu vyhoření.

### 3. Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření

- 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 všech stupních škol
- pracovníci pošt všeho druhu, zvl. pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé
- dispečeri a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.)
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek
- právníci, zvl. pak 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 informátoři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy
- za určitých okolností (především podle celkové prestiže státu, jeho postavení z hlediska mezinárodního srovnání, prosperity, stavu ekonomiky) příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)
- duchovní a řádové sestry
- někdy se burnout syndrom projevuje i u nezaměstnaneckých kategorií, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu - např. u výkonných (špičkových) umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.).

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti postupně dále rostl mj. 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 tohoto syndromu je mj. i každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu. Akutní stres k vyhoření nevede.

Původně převažovala představa, že určující charakteristikou pracovní činnosti, která může vést k vyhoření, je především práce s lidmi. Nyní se spíše zdá, že tuto základní charakteristiku je třeba kromě kontaktu s lidmi, jenž nemusí mít vždy zcela profesionální ráz, 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 dostat, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhoření. Burnout syndrom bývá charakterizován jako prodloužená reakce na chronické interpersonální stresory v zaměstnání, nebo jako situačně indukovaná stresová reakce, nebo též podle některých autorů jako poslední fáze stresové odpovědi dle Selyeho, tedy fáze vyčerpání.

Důsledky toho selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovní činnosti – žádoucí a oblíbené, která byla dříve naplněním života – se mění a stává se negativním, je provázen pocitem zklamání a marnosti, až se zdá nemožné 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. emocionálního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu, snížením osobních aspirací. Ve vztahu k původně vykonávané profesi a většinou s ní souvisejících okolností se objevují hostilní (nepřátelské) 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 vyhoření, je pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a 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 (viz dále), nikoli jako lidské bytosti, ale jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí. Někteří autoři (např. Ch. Maslachová či W. Ryan) v této souvislosti hovoří o „dehumanizované percepci okolí“.

## 4. Popis příznaků syndromu vyhoření

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

### Na psychické úrovni

- 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 pak duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak 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 nízká smysluplnost.
- 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).
- 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 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.
- Bolesti ve svalech.
- Přetrvávající celková tenze.
- Zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu.
- Zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity.

## 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, 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).
- 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).

V posledních letech byly intenzivně zkoumány právě sociálně-psychologické souvislosti syndromu vyhoření, především ty, jež facilitují (usnadňují), či naopak omezují či znemožňují jeho vznik a rozvoj. Někteří zahraniční autoři (např. W. Schaufeli) rozvíjejí v této souvislosti hypotézu o infekčnosti tohoto syndromu: podle tohoto předpokladu by vznik a rozvoj vyhoření v určitém sociálním prostředí usnadňoval a podporoval jeho šíření ve stejném, nebo blízkém sociálním prostředí jedné firmy, instituce či komunity. Ch. Maslachová v této souvislosti dokonce vyslovila předpoklad, že máme možná co do činění spíše se systémovou než osobní záležitostí; syndrom vyhoření nějakého pracovníka je signálem něčeho, co nefunguje dobře v organizaci. Vedla jí k tomu opakovaná zkušenost, že v určitém podniku se setkáváme s několika postiženými v jednom oddělení, zatímco v ostatních odděleních jsou lidé bez obtíží, že problémy mají učitelé v určité škole, zatímco ve škole o ulici dál učitelé se syndromem vyhoření nenajdeme apod. Lze si asi představit, že zklamání, prohlédnutí, ztráta ideálů se může v určité organizaci za určité konstelace dostavit snadněji než v jiné.

## 5. Diferenciálně-diagnostické souvislosti se symptomy jiných poruch či chorob

Jak jsme již uvedli, některými symptomy, ale i důsledky v chování, jednání a prožívání se syndrom vyhoření částečně podobá některým známějším a diagnosticky propracovanějším poruchám či chorobám. Považujeme proto za účelné popsat postupně alespoň stručně jejich vzájemné odlišnosti. Na počátku bychom rádi zdůraznili, že základní charakteristika syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání. W. Schaufeli v této souvislosti hovoří o „neurastenii související s prací“ (work-related neurastenia). S tím souvisí i to, že syndrom vyhoření je situačně-specifický.

Na rozdíl od deprese, s níž má vyhoření řadu shodných nebo podobných symptomů (smutná nálada, pocit zmaru, ztráta motivace a energie, pocity bezcennosti atd.), která má však negativní vliv na převažující spektrum životních aktivit, se negativní působení vyhoření omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho důsledků. Po „přeladění“ psychiky na nepracovní oblast se tento rozdíl většinou postupně projeví. Dobře lze od vyhoření 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 vyhoření. Častější bývá výskyt depresivního ladění či depresivní reakce jako součásti etiopatogeneze burnout syndromu. Důležitá je, především pro klinické psychology, správná úvodní orientace a schopnost odlišit depresivní ladění či depresivní reakci, pojící se k celkovému klinickému obrazu vyhoření, od velké (endogenní) deprese, mj. i v zájmu jasného vyloučení event. suicidiálních tendencí.

Výrazným distinktivním znakem je sezónnost výskytu, typická pro endogenní depresi, a naopak velmi zřídka se objevující u depresivního ladění vyhoření. V poruchách spánku

se objevuje dosti často odlišnost v tom, že u endogenní deprese jde spíše o buzení se v průběhu spánku, zatímco u depresivního ladění spojeného s burnout syndromem o obtížné usínání.

Pacienti s endogenní depresí mívají tendenci k autoakuzacím, kdežto u vyhoření jde většinou o obviňování okolí. V případě burnout syndromu 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 vyhoření a depresivního ladění se užívá především psychoterapeutických prostředků.

Další, burnout syndromu 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 burnout syndromu jednak v tom, že se častěji vyskytuje u pacientů s některou z psychosomatických chorob, zejména však tím, že burnout neobsahuje hlavní rys alexithymie, tj. nedostatek slov k vyjádření emocí: zatímco alexithymičtí pacienti nedokáží emoce vyjádřit, pacienti s burnout syndromem emoce redukuje (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 psychického typu. Zvláště některé únavové syndromy, či tzv. „manager diseases“ se mohou v klinickém obrazu burnout syndromu blížít, zvl. obsahují-li depersonalizační složku. Vodítkem zde může být to, zda pacient vykazuje skutečně dominující emocionální exhausci (administraci některé z metod k diagnóze burnout syndromu, viz dále), dalším pomocným kritériem pak mohou být pseudohalucinace, jež se v případě burnout syndromu nikdy nevyskytují. Rozhodující je samozřejmě vždy celkový klinický obraz, v jehož komplexu většinou lze burnout dosti spolehlivě rozeznat.

Zdánlivě blízko má charakteristika burnout syndromu 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 konstatovat, že CFS a burnout se podobají především ve výskytu únavy, přičemž u CFS se 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 jsou 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 8 v případě jejich absence) však najdeme řadu odlišností od burnout syndromu: je to např. 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 zarudnutí, někdy i bez otoků, světloplachost atd.

Některé symptomy, typické pro CFS, mívají i pacienti postižení fibromyalgií (jde především o poruchy spánku, bolesti hlavy a únavu). Za odlišné příznaky lze naopak považovat náhlý začátek, většinou spojovaný s nemocí podobající se infekci, teploty a 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 vyhoření (burnout syndromu), 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 a přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není dosud ani v našich socio-kulturních podmínkách klasifikován jako choroba z povolání.

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 burnout syndromu, v návaznosti na výše uvedené charakteristiky se zdá, že – zvl. v případě nejasností či pochybností – by syndrom vyhoření, či některé jeho momentálně dominující symptomy, mohl být v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen částečně také do skupiny diagnóz F 48 – „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 v úvahu by připadala pouze souvislost se stresem chronické povahy.

## 6. Stadia vývoje vyhoření

Burnout syndrom může být chápán jednak jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvl. pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces.

V literatuře bylo publikováno několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření burnout syndromu.

Většinou se hovoří na obecné úrovni o iniciační fázi původního zapálení pro věc, po níž dojde k prozření, „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, začínají být vnímány negativně. V další fázi vývoje tohoto syndromu nastupuje apatie, v níž propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadiem je pak fáze úplného vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti.

Jedním z přístupů ke stanovení fází burnout syndromu je koncepce čtyř základních fází vyhoření, reprezentovaná např. pracemi Ch. Maslachové, autorky řady dalších prací o burnout syndromu 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 počát-

ky dehumanizované percepcce okolí jako obranného mechanismu před dalším vyčerpáním a konečně ve čtvrté převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezáměr a lhostejnost.

Pojetí dalšího amerického psychologa C. Chernisse zakládá procesualní podobu burnout syndromu v podobě modelu, v němž zkušenost jedince se stresem a jeho zvládnáním ústí v průběžně realizovanou změnu postojů, emocionality a zvládacích strategií, jež budou nadále uplatňovány.

V koncepci R. Schwaba vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami a jeho vývoj má 3 fáze:

- 1) nerovnováha mezi požadavky zaměstnání (práce) a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát (stress);
- 2) bezprostřední krátkodobá emocionální 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 burnout syndromu podrobnějším členěním jeho fází. Tak např. R. Golombiewski, R. Munzenrider a J. Stevenson stanovili v roce 1986 celkem osm stadií rozvoje syndromu vyhoření 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 burnout syndromem, I. Friedman postuloval (1996) tzv. Multipathway to Burnout (MPB) Model, pokoušející se o vyjádření průběhu vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí, či směrů: Kognitivní (sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti) a emocionální (pocit přetížení a emocionální exhausce). 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 vyhoření může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání.

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

## 7. Druhy a protipóly vyhoření

V literatuře se někdy rozlišuje tzv. copout a burnout, kdy copout je chápán jako zjevné selhání a útek od odpovědnosti, zatímco u burnout syndromu se zpočátku udržuje vysoký výkon a na tomto zdánlivě komponovaném pozadí se připravuje emocionální a fyzické selhání.

Ve výzkumu syndromu vyhoření u ohrožených profesí, zvl. u učitelů, zdravotníků a sociálních pracovníků dospěli psychologové k závěru, že lze rozlišit několik „verzí“ či

obměn, tj. vzájemně se lišících prožitkově-behaviorálních charakteristik syndromu vyhoření. Byl popsán tzv. „syndrom obnošení“, charakterizovaný pocitem naprostého vyčerpání u dlouhotrvajícího, stereotypně působícího stresu, dále obvyklý burnout syndrom, vyskytující se při pokračujícím, trvalém stresu a současně působícím úbytku obranných sil, např. se zvyšujícím se věkem, a konečně tzv. „syndrom podcenění“, dostavující se v situacích, kdy člověk vykonává delší dobu nestimulující a monotónní práci s nízkou autonomií pracovní činnosti, která je pod úrovní jeho kvalifikace.

Nověji se v odborné literatuře objevují pokusy o hledání a identifikaci pozitivních protipólů různých psychologických konstruktů, mezi něž burnout syndrom patří. Tato tendence souvisí s rozvojem tzv. pozitivní psychologie, směru soustředěného především kolem amerického psychologa M. Seligmana. Cílem je vymezit v lidské psychice pozitivní dispozice a procesy, které přispívají k tomu, že lidé vedou dobrý, tj. plnohodnotný život. Za důležité považuje proto pozitivní psychologie rozvíjet především pozitivní emoce a vztahy k lidem, ale též lidské ctnosti a přednosti („virtues“), např. lásku, optimismus, přátelství, vytrvalost, odpovědnost, altruismus, vytrvalost, skromnost, toleranci atd.

Psychologickým protikladem syndromu vyhoření (burnout) by mohl být psychologický konstrukt nazvaný „vigor“ (vitalita, energie) – rozpracovává jej izraelský psycholog A. Shirom.

Dalším přístupem k hledání pozitivního protějšku syndromu vyhoření je úsilí dvou významných týmů, jež rozpracovávají poznatky o tomto syndromu v USA a Kanadě (Ch. Maslachová a M. Leiter) a v Evropě (W. Schaufeli a D. Enzeman). Spojené úsilí těchto týmů přineslo vytvoření pozitivního pólu vyhoření pod názvem „engagement“, tedy zaujetí, zapálení, angažovanost pro něco či ve prospěch něčeho. Syndrom vyhoření je podle těchto autorů založen mj. na nezvládnutém, neproduktivním vztahu k práci, zatímco zapálení či zapálenost (zaujetí, angažovanost) vyjadřuje stav, kdy člověk je pln energie, chuti a nasazení. Zatímco vyhoření může způsobit negativní zdravotní důsledky, zapálenost má vztah především k pozitivním postojům k životu a práci (smysluplnost, vytrvalost, odpovědnost atd.).

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:

## 8. Rizikové faktory burnout syndromu

- již 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, monotónie 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, 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 kardiovaskulárního aparátu („hot reactors“)
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- stabilně 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

## **Protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření**

- chování typu B - dostatečná asertivita
- schopnost a dovednosti relaxovat
- vhodný time-management (umění nedostat se pod časový tlak)
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost („resilience“) ve smyslu hardiness či smyslu pro koherenci (sense of coherence)
- personal competence, pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- ego-kompetence
- self-efficacy, víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění
- percipovaná kontrola („perceived control“)
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- „flow“ – příjemný tok, či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- „social support“, sociální opora, v případě burnout syndromu se jako neefektivnější 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 životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí, definované dle Wilsona následujícím souborem adjektiv: Mladý, zdravý, vzdělaný a vychovaný, vykonávající zaměstnání, jež jej uspokojuje, dobře placený, extravertovaný, optimistický, bezstarostný, věřící, ženatý (vdaná), s vysokým se-

behodnocením, sebeúctou a pracovní morálkou, s mírnými a splnitelnými aspiracemi a se širokou inteligencí.

Za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd.

Názory se poněkud liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice: někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje syndromu vyhoření. Zdá se, že tuto rozdílnost pohledů vyvolaly okolnosti, jež v obou skupinách šetření nebyly dostatečně kontrolovány (např. podrobnější charakteristiky sledovaných profesních skupin, socioekonomický status atd.).

Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné: zvl. v publikacích z první vlny výzkumů burnout syndromu v osmdesátých letech se setkáváme s názorem, že výskyt vyhoření 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, lékařky atd.).

Poslední výzkumy ukazují jednak transitorní povahu burnout syndromu, jednak jeho značnou přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám: odblokování stresorů, které zapříčiňují burnout, vede k rychlému poklesu ukazatelů burnout syndromu, po návratu do původních situačních podmínek však následuje i návrat k původnímu stavu. Westman a Eden zjistili v roce 1997, že po čtrnáctidenní dovolené se ukazatele vyhoření částečně obnovují již po třech dnech v zaměstnání. Po 3 týdnech v zaměstnání, pokud se nezměnily podmínky jeho vykonávání, se již ukazatele burnout syndromu dostávají na úroveň před dovolenou.

## 9. Diagnostika syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout syndrom začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách: jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho. Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi. Využívají se též v rámci diplomových prací věnovaných problematice vyhoření.

## 10. Moderující faktory, prevence a intervence

Faktory, u kterých se ukázalo, že moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik burnout syndromu.

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 burnoutem zkoumána moderující role negativní afektivity a neuroticismu (prakticky se jedná o synonyma označující tentýž osobnostní rys). Negativní afektivita má ve vztahu k vyhoření facilitující vliv, zatímco hardiness vliv protektivní. 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 zvládnání každodenních nároků, hodnotí příznivěji své psychické i fyzické síly. Činí pozitivní hodnocení situací, která vedou k výběru přiměřených strategií k jejich zvládnání, a zpětnovazebně k příznivějšímu kognitivnímu hodnocení situace.

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

Související otázkou je, které osobní charakteristiky predisponují k burnout syndromu, které činí člověka náchylným ke vzniku a manifestaci tohoto syndromu. Osoby náchylné k vyhoření 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 vyhoření, se opírají samozřejmě také o psychotherapeutické zdroje.

Hlavním z těchto psychotherapeutických zdrojů je existenciální psychotherapie. Logicky to vyplývá ze souvislostí, které jsme o existenciálním zázemí burnout syndromu nastínilí v úvodní části tohoto sdělení. Existenciální psychotherapie v amerických podmínkách, v nichž byl tento syndrom koncipován, většinou již dále obsahově a terminologicky nečleněná, se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka atd.

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

První z nich je daseinsanalýza, navazující na filozofické dílo M. Heideggera. Daseinsa-

nalýza se snaží pomoci nalézt pacientovi cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu k jeho existenci, což je z hlediska burnout syndromu velmi významné, co nejlépe, nejprístupněji a nejdopovědněji 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, jaký 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 modifikována na 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 a 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 burnout syndromu 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 burnout syndromu se mohou samozřejmě uplatnit i další postupy, vycházející z např. behaviorální, či kognitivně-behaviorální terapie, jejich účinek však bude zaměřen spíše na dílčí problémy než na podstatu problému.

Jaké jsou možnosti prevence burnout syndromu? Jestliže je vyhoření 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 zvládnutí stresu, jednak na straně zaměstnavatele (podniku) změnou jeho organizace a kultury.

Vzhledem k tomu, že se burnout syndrom promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti – absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí, snížená pracovní spokojenost aj. – má i ekonomické důsledky. Je i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí burnout syndromu zabýval. Proto je nyní v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení ad. Řada podniků (nikoli ovšem u nás) investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický i psychický stres, a tím i náklady na nemocenské dávky 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, názorů a postojů k těmto otázkám.

## 11. Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi

U těchto profesí je důležité vytvořit si jistý odstup od klientů. Podle Maslachové si k tomu profesionálové pomáhají různými technikami, např.:

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

Protože je vysoce důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je, je potřeba vytvořit vhodné prostředí (může to být porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště, Bálintovské skupiny apod.). Lze však také zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. U psychoterapeutů je vhodným protějškem supervizor.

V rámci pracovního dne zařadit přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, relaxací, či meditací.

Důsledně oddělovat pracovní život od osobního.

## 12. Obecné zásady aktivního přístupu k zvládnání stresu

V hodnocení stresogenních situací je potřeba vštípit si několik zásad:

Obecně lze říci, že pokud je nárok nějaké situace prožíván jako ztráta (např. času nebo energie) spíše než přínos (např. příležitost seznámit se s něčím novým), bude tato situace pravděpodobněji hodnocena jako stresující.

Důležité je vidět problémy v proporcích a v časové perspektivě (zejména ve vztahu k těžkostem již překonaným).

Účinným prostředkem redukce stresogenního dopadu různých problémů je vyhnout se jejich osobnímu prožívání - vztahování k vlastní osobě.

Neúspěchy je potřeba hodnotit z hlediska snahy - pokud jste přesvědčeni o tom, že jste se snažili ze všech sil, není potřeba prožívat neúspěch jako tragédii.

Při řešení životních situací má rozhodující význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme.

Aktivní přístup k životu v sobě zahrnuje následující zásady:

- (1) Otevřenost tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat veškeré události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.

- (2) Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco naprosto běžného, přirozeného a obvyklého a považovat je za příležitost k tomu, ukázat, co dovedu.
- (3) Při setkání se stresujícími životními událostmi nebyť pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky jak životní situaci čelit – odhodlat se k podniknutí rozhodné protiakce.
- (4) Počítat se stresujícími situacemi. Je třeba si uvědomit, že stresujícím situacím se v dnešním světě nevyhneme a při jejich hodnocení je potřeba z tohoto vědomí vycházet. Zejména v postavení, ve kterém jsou napjaté situace každodenním chlebem.
- (5) Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit – patří sem např. umění uzavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako schopnost nepřinášet s sebou do zaměstnání své partnerské nebo rodinné starosti.
- (6) Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi nám velmi pomáhá při zvládnání stresu. Pocit podpory ze strany ostatních, pocit přináležení k někomu, možnost probrat s někým blízkým své problémy – to vše pomáhá lépe se vyrovnávat s životními těžkostmi.
- (7) Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí – zaměřit se na zdroje stresu, u jejichž vzniku je člověk sám – najít si uspokojující práci, aktivně, vstřícně a s rozvahou řešit průběžné problémy s životním partnerem a dětmi. Harmonický rodinný život poskytuje nezbytnou oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými nároky ze strany pracovního prostředí.
- (8) Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy, dostatkem spánku, dostatkem pohybové aktivity a s vyloučením škodlivých návyků (kouření, alkohol či jiné závislosti).

Vhodnější a účinnější jsou samozřejmě speciálně zaměřené programy, ve kterých se jedinec s těmito zásadami nejen seznámí, ale naučí se základní relaxační metody, dostane se mu odborného doporučení, jak má upravit výživu, životosprávu, pohybový režim, má možnost docházet v rámci takto organizovaných programů na cvičení apod.

Osvojení si základních postupů a strategií hodnocení stresogenních situací a zvládnání stresu, stejně jako úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu se jeví jako nezbytný předpoklad úspěšné prevence syndromu vyhoření.

## **Další doporučené zdroje informací k syndromu vyhoření a souvisejícím otázkám:**

### **1. V češtině:**

Kebza, V., Šolcová, I.: Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti.  
Čs. psychologie 42, 1998, 5, 429 – 448.

Kebza, V., Šolcová, I.: Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem.  
Čs. psychologie 47, 2003, 4, 333 – 345.

Kebza, V., Šolcová, I.: Syndrom vyhoření. Hlavní příznaky, výskyt, možnosti terapie a prevence. (Videopřehled, vytvořený s finančním příspěvkem MŠMT ČR).  
Praha, Státní zdravotní ústav ve spolupráci agenturou Fontis 2001.  
Videokazetu je možno si vypůjčit v Edičním oddělení Státního zdravotního ústavu, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10, tel. číslo videopůjčovny 267082986.

Křivohlavý, J.: Jak neztratit nadšení.  
Praha, Grada Publishing 1998.

Potterová, B. A.: Jak se bránit pracovnímu vyčerpání.  
Olomouc, Votobia 1997.

Rush, M. D.: Syndrom vyhoření.  
Praha, Návrat domů 2003.

Šolcová, I., Kebza, V.: Sociální opora jako významný protektivní faktor.  
Čs. psychologie 43, 1999, 1, 19 – 38.

### **2. Cizojazyčné**

Freudenberger, H. J.: Staff burn-out.  
Journal of Social Issues 30, 1974, 159 – 165.

Maslach, C.: Job burn out: How people cope.  
Publish Welfare 36, 1978, 56 – 58.

Maslach, C., Goldberg, J.: Prevention of burnout. New perspectives.  
Applied and Preventive Psychology 7, 1998, 63 – 74.

Meyer, E. (Hrsg.): Burnout und Stress.  
Baltmannsweiler, Schneider Verlag Hohengehren GmbH 1991.

Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T.: Professional burnout: Recent developments in theory and research.  
Washington, Taylor and Francis 1993.

# Obsah

Úvod .....	3
1. Teoretické zázemí syndromu vyhoření .....	4
2. Pojetí a definice syndromu vyhoření .....	6
3. Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření .....	8
4. Popis příznaků syndromu vyhoření .....	9
5. Diferenciálně-diagnostické souvislosti se symptomy jiných poruch či chorob .....	11
6. Stadia vývoje vyhoření .....	13
7. Druhy a protipóly vyhoření .....	14
8. Rizikové faktory burnout syndromu .....	15
9. Diagnostika syndromu vyhoření .....	17
10. Moderující faktory, prevence a intervence .....	18
11. Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi .....	20
12. Obecné zásady aktivního přístupu ke zvládnání stresu .....	20





## ***SYNDROM VYHOŘENÍ***

Autoři

PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

PhDr. Iva Šolcová

Recenze

Doc. MUDr. Josef Dvořák, CSc.

Grafická úprava

PANTYPE, Široká 31, Liberec

Odpovědná redaktorka

Mgr. Dana Fragnerová

Vydal Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, Praha 10

Realizoval GEOPRINT, Krajinská 1110, Liberec

1. vydání, Praha 1998

2., rozšířené a doplněné vydání, Praha 2003

© Státní zdravotní ústav

NEPRODEJNÉ

