

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Institut vzdělávání a poradenství**

**Katedra pedagogiky**



**Osobnostní faktory a syndrom vyhoření**

**Bakalářská práce**

**Autor: Barbora Kloučková**

**Vedoucí práce: Mgr. Kamila Urban, PhD.**

2020

## **Zadávací list**

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma:

Osobnostní faktory a syndrom vyhoření

vypracovala samostatně a citovala jsem všechny informační zdroje, které jsem v práci použila a které jsem rovněž uvedla na konci práce v seznamu použitých informačních zdrojů.

Jsem si vědoma, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

Jsem si vědoma, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím s jejím zveřejněním podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Svým podpisem rovněž prohlašuji, že elektronická verze práce je totožná s verzí tištěnou a že s údaji uvedenými v práci bylo nakládáno v souvislosti s GDPR.

V Praze dne 30. března 2020

.....

(podpis autora práce)

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto děkuji Mgr. Kamile Urban, PhD. za odborné i lidské rady a obětavou podporu, kterou mi při vypracování bakalářské práce poskytovala. Ráda bych také poděkovala respondentům, kteří se mnou ochotně spolupracovali při realizaci výzkumné části. V neposlední řadě děkuji mému manželovi, a to nejen za pevné nervy a velkou trpělivost, kterou se mnou v čase mého psaní měl, ale především za velkou morální i psychickou podporu. Můj dík také patří mojí sestře a sestřenicí, které se podílely na finální korektuře mé bakalářské práce a také kolegyním spolustudentkám za sounáležitost, která panovala v náročné době vypracování práce.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce je zaměřena na téma syndrom vyhoření v souvislosti s osobnostním nastavením člověka. Jejím cílem bylo identifikovat osobnostní a sociální faktory, které se vyskytují u lidí trpících syndromem vyhoření. Dále se zkoumala, jestli existuje vztah mezi osobnostním nastavením a syndromem vyhoření a zdali je emoční labilita jedním z hlavních důvodů vzniku syndromu vyhoření.

Výzkumná část zahrnovala šetření formou rozhovorů s odborníky z oblasti psychologie a psychiatrie (psychiatři, psychoterapeuti), kteří pracují s cílovou skupinou pacientů, trpících syndromem vyhoření. Následovala analýza a komparace výsledků, též srovnání s výstupy z teoretické části.

Na základě šetření jsem došla ke zjištění, že lze identifikovat základní osobnostní faktory, které jsou společné u lidí postižených syndromem vyhoření. Společné sociální faktory se jednoznačně prokázat nepodařilo, nicméně je možné vysledovat určitou sociální osamělost, ve které se jedinci, kteří jsou postiženi syndromem vyhoření, nacházejí. Můžeme také potvrdit, že vztah mezi osobnostním nastavením a syndromem vyhoření skutečně existuje, z čehož vyplývá, že určití jedinci jsou více náchylní k vyhoření než většinová společnost.

Emoční labilita nebyla jako jeden z hlavních důvodů vzniku syndromu vyhoření prokázána.

## **Klíčová slova**

syndrom vyhoření, pomáhající profese, typologie osobnosti, syndrom pomocníka

## **Abstract**

Bachelor thesis is focused on burnout syndrome in connection with human personality settings. The goal of this thesis was to identify the personal and social factors that occur in people suffering from burnout syndrome. I also examined whether there is a connection between personality settings and burnout syndrome and whether emotional lability is some of the main reasons for burnout.

The search part included investigation in form of interviews with experts in psychology and psychiatry (psychiatrists, psychotherapists) that work with a target group of patients, affected by burnout syndrome. This was followed by an analysis and comparison of the results, as well as comparison with the outcomes of the theoretical part.

Based on the investigation I came to the conclusion that it is possible to identify the basic personality factors that are common in people suffering from burnout syndrome. Common social factors have not been clearly demonstrated, but it is possible to trace a certain social loneliness in which individuals suffering from burnout are present. We can also confirm that there is a connection between personality settings and burnout syndrome which means that certain individuals are more prone to burnout than other people.

Emotional lability has not been proven as one of the main causes of burnout syndrome.

## **Keywords**

burnout syndrome, auxiliary professions, personality typology, auxiliary syndrome

## **OBSAH**

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	11
1 Cíl a metodika .....	11
2 Syndrom vyhoření.....	12
2.1 Teoretické vymezení syndromu vyhoření .....	12
2.2 Historie .....	13
2.3 Příznaky a průběh.....	14
2.3.1 Fáze, etapy syndromu vyhoření .....	15
2.3.2 Fáze vyhořívání dle Kallwass – rozbor kazuistiky .....	17
2.4 Příčiny .....	19
2.4.1 Stres .....	20
2.5 Diagnóza .....	22
2.5.1 Diagnostické nástroje.....	24
2.6 Prevence a léčba .....	25
2.6.1 Nástroje prevence .....	27
2.6.2 Nástroje léčby .....	28
2.7 Nejohroženější profese.....	29
3 Osobnostní determinanty v kontextu syndromu vyhoření.....	31
3.1 Osoba a osobnost.....	31
3.2 Vlastnosti a rysy osobnosti.....	32
3.3 Osobnostní typologie .....	33
PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
4 Vymezení problému.....	35
4.1 Cíl výzkumu .....	35
4.2 Výzkumné otázky.....	35

4.3	Charakteristika vzorku .....	36
4.4	Výzkumná metoda sběru dat .....	36
4.5	Realizace rozhovorů .....	37
4.6	Analýza a komparace výsledků .....	37
4.7	Diskuze výsledků .....	41
4.8	Vlastní doporučení .....	44
	ZÁVĚR .....	46
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	47
	SEZNAM PŘÍLOH .....	49



## ÚVOD

„Bez práce celý život ztrouchniví, ale když je práce bezduchá, život se dusí a umírá.“

Albert Camus

„Čím jasněji oheň hoří, tím rychleji uhasíná“

Lucius Annaeus Seneca (mladší)

„Má-li tvá mysl stále ještě řetězy očekávání, budeš dozajista odsouzen ke krutým zklamáním.“

Sri Chinmoy

Tyto tři citáty absolutně vystihují křehkost lidské motivace, snažení a touhu po nasycení, po naplnění očekávání. V situaci, kdy se naše očekávání nepotkává s realitou, jsme velmi zranitelní, naše motivace upadá.

Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje pomáhající profese nebo výkonově zaměřené pozice. Jedná se o profese zdravotnického personálu, záchranných složek, pedagogických či sociálních pracovníků, vysoce postavených manažerů či dalších pozic, které mají velkou zodpovědnost.

Každý profesionál si musí zachovat své kompetence, výše zmíněné profese jsou pro společnost velmi důležité. Syndrom vyhoření však způsobuje tzv. deprofesionalizaci neboli ztrátu struktur, či nadměrnou strukturovanost, která je však nefunkční. Může se potom stát, že například pedagogické profese, které vychovávají naši budoucnost, regredují na vývojovou úroveň svých vlastních žáků. Z tohoto je naprosto patrné, jak důležité je, aby pomáhající profese neztráceli své nadšení, energii, kreativitu a profesionalitu (Schmidbrauer, 2008, s. 222-225).

Syndrom vyhoření způsobuje, že talent zůstává ležet ladem, vědomosti jsou nevyužité a možnosti promarněné, životní hnací síla se vytratila (Potterová, 1997, s. 23).

Tato fatální situace, kdy dochází k mrhání lidského potenciálu, mě oslovila natolik, že jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat ve své bakalářské práci.

Teoretická část je rozdělena na dvě kategorie. V první jsem se zaměřila na vymezení pojmu syndromu vyhoření, jeho charakteristiku, hlavní znaky a celkové představení této problematiky. V části druhé jsem se věnovala syndromu vyhoření v kontextu psychologie osobnosti, respektive osobnostní typologii, lidským determinantům, tedy faktorům, které v rámci určitého osobnostního typu mohou vést k vyhoření.

Ve výzkumné části jsem použila metodu polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s psychoterapeuty a psychiatry, tedy profesionály pracujícími s lidmi trpícími syndromem vyhoření. Pomocí získaných informací a jejich následné komparace s výstupy z teoretické oblasti jsem si mohla ověřit výzkumné otázky, a dopracovat se tak k cíli práce.

## **TEORETICKÁ VÝCHODISKA**

### **1 Cíl a metodika**

Cílem práce bylo identifikovat osobnostní a sociální faktory, které se vyskytují u lidí postižených syndromem vyhoření.

Dílčím cílem bylo zjistit, jestli existuje vztah mezi osobnostním nastavením a vznikem syndromu vyhoření a ověřit, zda je jedním z hlavních důvodů, které predikují syndrom vyhoření, také emoční labilita.

Šetření ve výzkumné části bylo zjišťováno formou polostrukturovaných rozhovorů s odborníky (psychoterapeuty a psychiatry), kteří pracují s lidmi trpícími syndromem vyhoření.

## **2 Syndrom vyhoření**

V následujících kapitolách jsem se věnovala představení pojmu syndrom vyhoření a pomocí teorie vymezila jeho charakteristiku, hlavní znaky a další důležité aspekty, které spadají do fenoménu pracovního vyčerpání.

### **2.1 Teoretické vymezení syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření je pro společnost stále trochu tabu, přestože výzkum Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze ukázal, že depresivními projevy trpí 31 % populace, z čehož 34 % se cítí být syndromem vyhoření přímo ohroženo (Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, 2015).

Máme tendence přeceňovat své síly, potlačovat své potřeby, schovávat emoce, natož negativní, které pramení z různých deficitů či frustrací. Moderní společnost obecně vyvíjí velký tlak na výkon a lidský faktor a jeho potřeby jdou stranou. Jakékoliv vzpouzení je na překážku a bráno za něco mimo normu. Veřejnost považuje syndrom burnout za stav, který může nastat pouze v rámci pracovního života, velmi často to bývá pravda, ale ne vždy. Nejčastěji se syndrom vyhoření projevuje v oblasti pracovní, v oblasti soukromého života a oblasti duševní (Kallwass, 2007, s. 10-11). Tyto sféry se v běžném životě navzájem prolínají a ovlivňují.

Často se můžeme u běžného člověka setkat s nesprávným používáním výrazu vyhoření. Syndrom vyhoření neznamena pouze to, když člověka jeho práce nebaví nebo ho unavuje. Pravdou však je, že pokud stav únavy a nechuti z pracovního výkonu přetrvává a graduje, může se jednat o první signály, které při jejich ignorování mohou vést k vyhoření v pravém slova smyslu.

Machiavelli poprvé syndrom vyhoření popsal jako dilema z nedostatečně zpracované urážky (Schmidbauer, 2008, s. 218). Pocity frustrace, které můžeme z tohoto trefného pojetí vyčíst, jsou na místě.

Pojem syndrom vyhoření lze připodobit k dohořelé lampě, ve které došel olej nebo k vyhořelému domu (Schmidbauer, 2008, s. 217). Autor pojmu syndrom vyhoření, Herbert J. Freudenberger, jej definuje takto: „*burnout je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své nadšení a svoji motivaci.*“ (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 28). Teorií o vzniku a syndromu vyhoření obecně existuje mnoho. Přesto se však teoretická podání z různých zdrojů v leccem shodují. Volným pokračováním Freudenbergerovi definice by tak mohly být další definice od autorů, které syndrom vyhoření popisují jako „*stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.*“ (Kallwass, 2007, s. 9). Jde o „*nemoc duše, které napadá a poškozuje motivaci*“ (Potterová, 1997, s. 23), o „*stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné)*“ (Agnes Pines a Elliott Aronson cit. dle Krivohlavý, 1998, s. 49). Jedná se o stav popisovaný jako „*emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava*“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7).

Od doby uvedení pojmu syndromu vyhoření do literatury se tedy objevují různé definice, proto nelze uvést jednu unifikovanou. Všechny se však shodují v tom, „*že se jedná především o psychický stav charakterizovaný vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu a vyskytuje se hlavně u osob, které pracují s lidmi*“ (Pešek, Praško, 2016, s. 16).

Heslovitě bychom tedy všechny definice syndromu vyhoření mohli vystihnout dvěma slovy: existenciální frustrace a stres (Kebza, Šolcová, 2003, s. 5).

## **2.2 Historie**

Syndrom vyhoření je relativně mladý sociální a společenský jev, se kterým se setkáváme v posledních padesáti letech. Vůbec poprvé pojem syndrom vyhoření uvedl v roce 1974 Herbert J. Freudenberger (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 28). Lékaři a psychologové se stavy celkového vyčerpání organismu, způsobené vyhoříváním, zabývají skutečně teprve od 70. let 20. století. V literatuře se můžeme setkat také s pojmy vypálení či vyhaslost, nejvíce se však používá pojem vyhoření,

který pochází z anglického slovesa „to burn“ neboli „hořet“, v přeneseném významu tak „být pro něco zapálený“. Doslovným překladem slova „burnout“ je „vyhořet, vypálit“ (Praško, Pešek, 2016, s. 16).

Tento fenomén souvisí s rozvojem celé společnosti, s aktuálním sociálním prostředím s cílem zamezit segregaci, odlišnostem a inkludaci celé společnosti. Tato vize ale nekoresponduje s podstatou člověka jako originálu, neboť není možné, aby všichni měli stejné možnosti, schopnosti, tedy celkový kapitál, a hlavně potřeby. Zajímavé je, že v době, kdy se poprvé objevil pojem syndromu vyhoření, vznikl také podobný pojem – *syndrom pomocníka*, jenž je úzce spojen s touhou pomáhat, která však slouží jako kompenzace neschopnosti vlastního prožívání či vyjádření emocí, nejedná se tedy o altruismus. Syndrom pomocníka nejčastěji postihuje pracovníky v pomáhajících profesích (Schmidbauer, 2008, s. 15-22). Právě neschopnost prožitku a odpojení se od vlastních emocí, potřeb, je cestou k syndromu vyhoření, není tedy náhoda, že oba pojmy vznikaly ve stejné době.

### **2.3 Příznaky a průběh**

Syndrom vyhoření je kumulativní proces, který začíná velmi pozvolna a skoro nenápadně, dalo by se říci až plíživě. Vyhořívání může trvat bez povšimnutí i několik let (Baštecká, 2003, s. 139). Nebezpečí spočívá právě v tom, že vyhořívání začíná drobnými varovnými signály, které však mohou postupně eskalovat do takových rozměrů, při kterých postižený jedinec není schopen vykonávat své povolání. Pocity úzkosti a paniky vzbuzuje vše, co je s danou problematikou spojené, často dokonce jen samotná představa z docházení do práce.

Jedny z varovných signálů jsou: negativní emoce, pocity frustrace, deprese, interpersonální problémy, citové uzavření, zdravotní problémy, zneužívání náhražek, pokles výkonnosti, pocity zbytečnosti, letargie, která se objevuje v posledních a nejtěžších stádiích vyhoření (Potterová, 1997, s. 15-22). Syndrom vyhoření je stav, do kterého se dostaneme, pokud je naše energetická bilance dlouhodobě záporná. V procesu vyhořívání se vždy ptáme po smyslu vlastní práce (Kopřiva, 1997, s. 101). Lze uvést deset základních příznaků, při kterých je třeba zpozornět, jedná se o „*vyčerpání, odcizení a izolaci, prázdnotu a cynismus, netrpělivost a vznětlivost,*

*dojem mimořádných schopností, nedůvěru, paranoii, ztrátu cílevědomosti, psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy, deprese s množstvím aspektů“* (Freudenberger, 1980 cit. dle Maroon, 2012, s. 32).

Hlavním signálem bývá nadměrná angažovanost, při které postižení jedinci pracují bez přestávky a potlačují, ignorují, negativní pocity z přetížení. Velmi často mívají pocit nepostradatelnosti, neodpovídají na signály zátěže, tedy neodpočívají, nerelaxují. Přehlížejí vlastní potřeby. Dalším signálem je tedy chronická únava a nechuť pouštět se do dalších věcí, neschopnost zpracovat neúspěchy a zvládat zátěž, agrese a konfliktnost. Nejčastějšími indikátory je nedostatek motivace, minimální či téměř žádný osobní, společenský život, absence zájmů, koníčků.

Při zanedbání intervence ubývá výkonnost, schopnost koncentrace je snížena, objevuje se neschopnost zpracování kritiky, zvýšená náchylnost k nemocem a k závislostem, nízké sebevědomí. To vše se podepisuje na vztazích, ať už formálních či neformálních, přichází samota, pocity bezcennosti, smutek, deprese. Mohou se objevovat také myšlenky na sebevraždu (Kallwass, 2007, s. 10 a 60-61; Schmidbauer, 2008, s. 218-220).

Křivohlavý (1998, s. 51) uvádí podobné příznaky postupného vyhořívání, avšak rozděluje je do dvou skupin – subjektivní a objektivní příznaky. Subjektivní jsou ty, které postižený jedinec prožívá v přímé souvislosti s konkrétní situací, děním (únava, snížené sebehodnocení, které plyne z pocitu profesionální nekompetentnosti, snížená koncentrace, další příznaky stresového stavu. Objektivní příznaky trvají měsíce a vyznačují se dlouhodobě sníženou výkonností, která je již zřejmá i kolegům či klientům.

### **2.3.1 Fáze, etapy syndromu vyhoření**

Už *„samotné slovo „syndrom“ znamená souběh různých znaků, které tvoří určitý obraz, určité (chorobného) procesu“* (Schmidbauer, 2008, s. 15). Syndrom vyhoření má tedy jistý vývojový cyklus, který se sám nezastaví (Potterová, 1997, s. 23) a začíná velmi záhy v rámci výkonu povolání pomáhajících profesí (Hawkins, Shohet, 2004, s. 33).

Syndrom vyhoření lze zařadit do souborného studia stresu GAS (General Adaptation Syndrom), jejímž autorem je Hans Selye. Obecný soubor příznaků vyrovnávání se s těžkostmi rozděluje na tři fáze:

1. *První fáze – působení stresoru.*
2. *Druhá fáze – zvýšená rezistence.*
3. *Třetí fáze – vyčerpání rezerv, sil a obranných schopností, do této fáze se řadí syndrom vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 60).*

Cherniss (cit. dle Maroon, 2012, s. 37) popisuje model procesu vyhoření ve třech stupních: v nerovnováze mezi zdroji a požadavky, z čehož plynou negativní emoce a napětí, jenž vede ke změnám chování, roztrpčení, únavě, odporu, agresivitě a celkové nespokojenosti. Vyvrcholením bývá emocionální a psychická rezignace, cynismus, ztráta motivace, nadšení, profesního poslání, ztráta vlastní hodnoty a sebe samého.

Chernissův model rozpracovali Edelwich a Brodsky v pětistupňových fázích:

1. *Fáze entuziasmu a naděje.*
2. *Fáze stagnace.*
3. *Fáze frustrace.*
4. *Fáze lhostejnosti.*
5. *Fáze konce (Maroon, 2012, s. 38-39).*

Obdobně Pešek a Praško (2016, s. 16) a Hennig a Keller (1996 cit. dle Baštecká, 2003, s. 139) také popsali 5 fází syndromu vyhoření. Schmidbauer (2008, s. 218-220) přichází s lehce odlišným rozdělením fází syndromu vyhoření, avšak pojetí průběhu je velmi podobné. Dělí jej na čtyři fáze:

1. *Počáteční fázi.*
2. *Propuknutí.*
3. *Fázi slábnutí výkonnosti.*
4. *Kompenzované vyhoření.*



Podrobněji celkový průběh pracovního vyhořívání lze demonstrovat následovně:

1. *Pocit „Musím obstát“.*
2. *Zesílené úsilí.*
3. *Zanedbávání vlastních potřeb.*
4. *Potlačení konfliktů.*
5. *Přehodnocení.*
6. *Popírání problémů.*
7. *Stahování se do ústraní.*
8. *Viditelné změny chování.*
9. *Depersonalizace.*
10. *Vnitřní prázdnota.*
11. *Deprese.*
12. *Naprosté vyčerpání (Kallwass, 2007, s. 103-105).*

Existují také další variace členění průběhu syndromu vyhoření. Pro zajímavost bych chtěla zmínit pojetí průběhu vyhořívání dle Laengla, neboť se mi líbí, že jednotlivé fáze nazval velmi přiléhavě: nadšení (první stadium), utilitární zájem (druhé stadium) a stadium popela (poslední stadium) (Křivohlavý, 1998, s.65).

Syndrom vyhoření může mít v pokročilejších fázích dokonce ten efekt, kdy postižený jedinec své profesní poslání vzdá a skrývá se za výmluvy, proč své povolání nemůže kompetentně vykonávat. Tento stav nazývá jako kompenzované vyhoření (Schmidbauer, 2008, s. 220).

### **2.3.2 Fáze vyhořívání dle Kallwass – rozbor kazuistiky**

1. *Pocit „musím obstát“*
2. *Zesílené úsilí,*
3. *Zanedbávání vlastních potřeb,*
4. *Potlačení konfliktů,*
5. *Přehodnocení,*
6. *Popírání problémů,*
7. *Stahování se do ústraní,*
8. *Viditelné změny chování,*
9. *Depersonalizace,*
10. *Vnitřní prázdnota,*
11. *Deprese,*
12. *Naprosté vyčerpání (Kallwass, 2007, s. 103-105).*

Tento model velmi podobně popisuje celkový průběh vyhořívání, blíže jej můžeme uvést na anonymním, avšak skutečném příkladu pedagožky ve věku pozdní dospělosti, s 30 letou praxí, s velkým sociálním cítěním, potřebou pomáhat a s vizí vlastního povolání jako životního poslání:

1. Rozhodla se pro změnu pracoviště, z malé vesnické školy přestoupila do velké městské. Byla zvyklá zvládat úkony, které byly velmi náročné a zatěžující. Vzhledem k tomu, že byla v nové škole nováčkem, ještě více se zatvrdila, že jakoukoliv tíhu unese.
2. Aby ustála nároky nového zaměstnavatele a dobře se začlenila, pracovala i o víkendu, bez nároku na odpočinek.
3. Rodinný život a prostor pro sebe šel do ústraní. Začal se zvyšovat tlak rodiny a nejbližších ve smyslu dožadování se pozornosti. Dochází ke konfliktům. Začínají se dostavovat pocity únavy a vlastní frustrace.
4. Dostavují se první pocity vzteku na okolí, na tlak, který na ní vyvíjí. Skrývá podráždění a potřebu vymezit se, aby nedocházelo k dalším konfliktům.
5. Obstát a dokázat tak, že pedagožka ve středních letech, která přichází z malé školy, je schopna zvládat svojí práci nejlépe z celého kolektivu je pro ni jednoznačný cíl. Přestože se rodinná situace a celková interakce s nejbližším okolím stále zhoršuje, vyhýbá se vážnějším emotivnějším rozhovorům. Uzavírá se a popírá před sebou samotnou i před rodinou.
6. Odmítá tedy jakékoliv problémy, špatnou náladu doma a v sobě přisuzuje jen změně pracovního prostředí a s tím související zátěži.
7. Straní se kontaktu s rodinou, lidmi, je stále více sama v rámci sociálního kontaktu. Ztrácí však kontakt i sama se sebou, vlastním úsudkem a sebereflexí, aby se vyhnula výčitkám či pocitu viny nebo strachu z toho, že neobstojí.
8. Ignorování vlastních potřeb vedou k jasné změně chování, které si všimne i vzdálenější okolí. Nastávají stavy stále větší únavy, depresivní nálady a další psychosomatické problémy.
9. Odosobnění nastává právě tehdy, když ztratila kontakt se sebou samotnou a se svým okolím. Ztratila spolu s tím i schopnost vnímat, a to právě sebe a své nejbližší. Odstup se začíná prohlubovat.
10. Nastává ztráta životní energie – vyhasnutí, vnímá ztrátu vitality, nastává u ní emocionální plochost.
11. Přichází nechuť do života, apatie a s ní spojené deprese.

12. Nastává úplné vyčerpání, které se projevuje tím, že ráno není schopná vstát z postele, pořád by raději spala, zaspala celý svůj život, vnímá silnou úzkostí spojenou s představou jít do práce, cokoliv, co je s prací spojeno, ji paralyzuje. Není schopna komunikovat, fungovat.

Tento případ je extrémní a bez odborné pomoci neřešitelný, chtěla jsem demonstrovat, že do těchto rozměrů může syndrom vyhoření vygradovat. Díky včasné intervenci nemusí dojít vyhoření do všech fází. Proto je dobré vnímat své potřeby a signály, které nám vlastní tělo a mysl dává.

## 2.4 Příčiny

Jednoznačná odpověď na otázku, co k syndromu vyhoření vede, neexistuje (Kallwass, 2007, s. 9). Faktory jako věk, inteligence a vzdělání, nemají výrazný vliv na vznik syndromu vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003, s. 17; Pešek, Praško, 2016, s. 17).

Tak jako existuje více definic a teorií syndromu vyhoření, existuje také více tezí o tom, jaké příčiny k vyhoření vedou, přesto v nich nalezneme společné znaky.

Nejčastěji se jedná o „ztrátu ideálů (*kdo hoří, může vyhořet*), *workoholismus* (neznamená jen to, že někdo hodně pracuje, jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat), *teror příležitostí* (nejde zde o nutkavost workaholika, spíše o nedostatek řádu v životě, o horší kontakt s realitou (*chybí odhad, co bude stát kolik času*) a někdy též schopnost odmítnout (Kopřiva, 1997, s. 101-102).

Další příčinou bývají také „*konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchický strukturách (v zaměstnání i jinde), nedostatečná podpora ze strany nadřízených, vztahové konflikty, nadměrné množství práce v příliš stěsnaném časovém rozvrhu, příliš vysoká nebo rostoucí odpovědnost, mobbing na pracovišti atd.*“ (Kallwass, 2007, s. 9). Rychle tedy vyhoří ten, kdo nerozlišuje perfekcionismus a realistické nároky svých motivů k výkonu povolání (Schmidbauer, 2008, s. 17).

Mezi další ohrožující faktory lze uvést příliš kritické nadřízené, nedostatek uznání, neodpovídající osobnostní ohodnocení. Výkon práce, ke kterému pracovník není dostatečně kvalifikován, nejasnost pracovní činnosti, nereálné zadání pracovních

úkolů, práce s nevyléčitelnými klienty, pracovní přetížení či nedostatek schopností k výkonu profese. Též nechuť z byrokracie organizace či firmy (Potterová, 1997, s. 37-54). Příznaky syndromu vyhoření u zaměstnanců spočívají do jisté míry ve vedení organizace (Baštecká, 2003, s. 140).

Můžeme tedy říci, že „mezi příznaky syndromu vyhoření patří celá škála fyzických, ale i sociálních projevů, které při dlouhodobě neřešené situaci mohou manifestovat celou řadu onemocnění a vážných zdravotních obtíží“ (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 34). Můžeme uvést dvě cesty, které k vyhoření vedou. V té první jedinec začne pochybovat o smyslu vlastní existence. V druhé je významným faktorem stres, který plyne z výsledné nerovnováhy mezi požadavky a zdrojem k jejich zvládnutí. Důsledkem pocitu, že není možné dostát požadavkům, je právě vyčerpání zásob člověka. S tímto autoři též pojí název psychosociální stres, který dělí na pracovní a mimopracovní stres (Kebza, Šolcová, 2003, s. 5).

#### **2.4.1 Stres**

Na stres lze velmi zjednodušeně nahlížet jako na faktor, který lidský organismus chrání před nebezpečnými vlivy, udržuje člověka v bdělosti a pohotovosti v případě ohrožení. Stres je tedy pomyslným hnacím motorem, který organismus vybízí k přežití. Jedná se o reakci organismu na nekomfortní, ohrožující či náročně situace. V dávných dobách sloužil stres právě proto, aby byl schopen člověk vyhodnotit jisté situace jako nebezpečné, například lov zvířete. Dával lidem jisté limity a hranice, díky kterým lidstvo přežilo a zdokonalovalo se, zjednodušovalo si jednotlivé úkony, kterými snižovalo lidstvo právě pocity způsobené stresem (například vytváření pastí na zvířata). Stresové situace souviseli primárně s naplněním základních fyziologických potřeb, nutných k přežití (Křivohlavý, 2001, s. 166-181; Rymešová, Chamoutová, 2017, s. 91-95).

Dnešní moderní společnost má zcela jiné priority, nároky a tempo. Uspokojení základních lidských potřeb je jen prvním kamenem Maslowovy pyramidy. Existuje tedy daleko více faktorů, které nás uvádí do stresu. Tyto faktory se nazývají stresující činitelé neboli stresory. Jedná se o univerzální činitele jako je strach a úzkost. Obecně ale vše, co vnímáme jako ohrožující, lze nazvat stresem. Může se jednat o obyčejný hlasitý zvuk, který ohrožuje naši bezpečnost nebo nás pouze leká.

Existují také naučené stresory, do kterých spadá například přednes řeči před publikem (Potterová, 1997, s. 98).

*Při setkání se stresujícím činitelem reaguje základní operační systém těla procesem, který se nazývá „souborem obecných adaptačních pochodů“. Existují tři stadia: poplach, odpor nebo přizpůsobení a vyčerpání* (Potterová, 1997, s. 96). Stres lze rozdělit na pozitivní stres, který je spojen s pozitivním naladěním. Zažíváme jej při událostech typu svatba, narození dítěte, výhra v loterii apod, radost z výkonu apod. Nazýváme jej eustres (Pešek, Praško, 2016, s. 12-14).

Negativní stres tzv. distres je negativním emocionálním zážitkem. Vzniká napětím mezi stresory a vnitřními kapacitami zátěž ustát (Křivohlavý, 1998, s. 52). Zažíváme jej v emocionálně náročných situacích jako je například úmrtí blízké osoby, rozvod, vyhazov z práce apod. (Pešek, Praško, 2016, s. 12-14).

Působení negativního stresu na náš organismus vyvolává v lidském těle nerovnováhu nejen psychickou, ale také fyziologickou. Působí na celkovou nervovou soustavu a způsobuje tak velmi široké spektrum zdravotních problémů. Tento efekt má významný vliv na celkovou fyzickou kondici, imunitní systém a také na emocionalitu, prožívání a tedy psychickou labilitu, neboť stres způsobuje též hormonální nerovnováhu lidského organismu (Křivohlavý, 2001, s. 50). Člověk ve stresu reaguje jinak, než v obvyklé situaci, dlouhodobý negativní stres tedy mění lidské chování a jednání. Zdravotnická organizace WHO dospěla ke konsensu, že pro stres jsou příznačné tři druhy příznaků – psychologické, fyziologické a behaviorální (Křivohlavý, 2010, s. 22). Dopady distresu se logicky odvíjí též v sociální oblasti, tedy ve společenském, především v partnerském životě.

Dlouhodobé působení distresu velmi ohrožuje kvalitu lidského života a prožívání. Z toho logicky vyplývá, že stres má velký vliv také na pracovní výkon, který bude pod soustavnou zátěží degradovat. Toto může být jedním z prvotních příčin, které povedou k pracovnímu vyhoření.

To, jakým způsobem jsme schopni zvládat zareagovat na stresovou zátěž, záleží také na našem vnitřním nastavení, vnitřní odolnosti (resilienci), osobnostním kapitálu, dispozicích (Křivohlavý, 2010, s. 32-33). Osobnostní charakteristika je tedy velmi důležitá v kontextu zvládání stresu, promítá se do procesů vyrovnávání se se stresem,

tzv. 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“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 4). Osobnostní charakteristika je jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují riziko vzniku syndromu vyhoření u konkrétních jedinců.

## 2.5 Diagnóza

Skutečnost, že syndrom vyhoření, který má prokazatelný vliv na pracovní výkon, není svojí klasifikací zařazen jako nemoc z povolání (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 43), je velmi zarážející (Kallwass, 2007, s. 9). Nicméně relativně nově jej světová zdravotnická organizace WHO jako první zařadila do své oficiální kvalifikace chorob (FORBES, 2020) a uvádí, že: „*Vyhoření se týká konkrétně jevů v pracovním kontextu a nemělo by se používat k popisu zkušeností v jiných oblastech života*“ (ICD.WHO, 2020). Tato skutečnost je dobrým začátkem proto, aby se náhled na syndrom vyhoření v blízké budoucnosti změnil.

Pokud by se stalo, že by se syndrom vyhoření oficiálně a plošně klasifikoval jako nemoc z povolání, společnost by k vyhoření začala přistupovat jinak, nejspíše i zodpovědněji. Začala by tento pojem zvědomovat a už by nemohl být tak vzdálený a cizí, tedy tak ohrožující. Snížil by se tím počet postižených jedinců s vyhořením a více by se pracovalo na preventivních opatřeních. Dalo by se tak předcházet syndromu vyhoření.

*Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) není syndrom vyhoření samostatnou diagnostickou jednotkou, nicméně tato kategorie je uvedena mezi faktory ovlivňující zdravotní stav. Jedná se o kategorii Z 73.0 - „vyhasnutí (vyhoření)“, které je definováno jako „stav životního vyčerpání“ (Pešek, Praško, 2016, s. 21).*

Symptomy syndromu vyhoření se mnohdy podobají jiným psychickým poruchám, chorobám. Nejčastěji bývá diagnostikován jako Neurotické poruchy, Stresové poruchy a Somatoformní poruchy, bývá též vyhodnocován jako Poruchy přizpůsobení či Reakce na těžký stres (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 43). Pro následnou péči je však velmi důležitá přesná diagnóza, aby byl postup a nástroj

ke stabilizaci a zaléčení postiženého jedince vhodně zvolen. Tedy aby léčba byla skutečně efektivní.

Jako konkrétní příklad mohu uvést častou záměnu syndromu vyhoření s depresí. *„Deprese je příznakem, emocionální reakcí na určité okolnosti, které mohou zavinit i pracovní podmínky. Ale deprese může mít i organický původ, včetně problémů výživy a mozkových poruch“* (Potterová, 1997, s. 13).

*„Na rozdíl od deprese, s níž má vyhoření řadu shodných nebo podobných symptomů, 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.“* (Kebza, Šolcová, 2003, s. 11). U obou postižení se však objevují podobné symptomy: hluboký smutek, pocity bezcennosti, zmaru, ztráta motivace a zájmu. Pro léčbu deprese je však základním léčebným prostředkem farmakologie, u syndromu vyhoření je to vhodně zvolená psychoterapie v případné kombinaci s dočasným užíváním antidepresiv. Syndrom vyhoření bývá často zaměněn také s podobnou poruchou, která se nazývá alexithie, s různými podobami neuróz, únavovým syndromem apod. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 12).

Diagnózy těchto a dalších poruch bývají často zaměňovány s diagnózou syndromu vyhoření, přestože jedinci postižení syndromem vyhoření nesplňují kritéria výše uvedených poruch. Mnohdy se však stává, že syndrom vyhoření tyto poruchy doprovází (Pešek, Praško, 2016, s. 21).

Otázkou zůstává, jestli je tomu tak proto, že jedinci trpící syndromem vyhoření bývají nepřesně diagnostikováni. Neboť v pokročilejších fázích syndromu vyhoření se objevují pochybnosti o smyslu vlastní existence, pocitování značné existenciální frustrace, která může vést právě ke zmíněným depresím či noogenní nebo také existenciální neuróze (Kebza, Šolcová 2003, s. 5).

Pokud syndrom vyhoření není včas podchycen či následně zaléčen, může eskalovat k fobickým či jiným úzkostným poruchám, obsedantně nutkavým projevům, může docházet k rozvoji závislosti všech druhů, tedy i poruch z užívání psychoaktivních látek, či dokonce přetrvávajících změn osobnosti. Syndrom vyhoření může též vyústit až v suicidální jednání. Samozřejmostí je fakt, že syndrom vyhoření sám,

případně v součinnosti s přidruženými poruchami vede k rapidnímu snížení kvality života postiženého jedince (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 44).

### 2.5.1 Diagnostické nástroje

Nejběžnějším nástrojem pro diagnostiku a posouzení syndromu vyhoření jsou tzv. posuzovací škály ve formě dotazníků. Níže uvádím nejznámější a nejužívanější z nich:

- MBI neboli Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese) – jedná se o dotazník, který je vytvořen z dvaceti dvou otázek, opírá se o tři hlavní faktory: emocionální vyčerpání, depersonalizace, seberealizace. Tento nástroj je však vhodný pouze prošetření u pomáhajících profesí (Maroon, 2012, s. 71-72). Této metodě bývá vytýkána absence dalšího vývoje (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 44).
- Maslach Burnout Inventory – General Survey (Maslachové škála vyhoření ve všech povoláních), dotazník je tvořen pomocí šestnácti otázek, měří se jím pocit vyčerpání, cynismus, depersonalizace, osobní výkonnost (Maroon, 2012, s. 71 a 73-74).
- Tedium Scale (Škála znechucení), která je složena z dvaceti jedna otázek, zkoumá prožívání pocitů pomáhajícího pracovníka k sobě samému, ke své práci a ke klientům. Pomocí sedmistupňové škály měří fyzické vyčerpání, emocionální vyčerpání, mentální vyčerpání (Maroon, 2012, s. 71 a 74-75).
- SMBM neboli Shirom-Melamedova škála, která obsahuje 14 položek, je jednou z nejnovějších metod. Celkově hodnotí narůstající rizika, která mohou vést k syndromu vyhoření, dále tři podoblasti – fyzickou únavu, emoční vyčerpání, kognitivní únavu (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 44)



## 2.6 Prevence a léčba

Z minulých kapitol je zcela zřejmé, že nejdůležitější pro předcházení syndromu vyhoření je vnímání sebe sama a vlastních potřeb. I to by se dalo nazvat prevencí před vyhořením.

Pokud již problém nastal, je možné podniknout jisté kroky, které vedou k úspěšnému zvládnutí situace.

*„V počáteční fázi syndromu vyhoření je možné podniknout řadu preventivních opatření. Ta začínají důkladným rozbořem situace: analýzou rozvržení sil, nároků vůči sobě (možná přehnaných), iluzí o vztazích a o zaměstnání. Následuje potřebná korektura a zahájení péče o sebe cestou některé z mnoha možností psychohygieny“* (Kallwass, 2007, s. 9). Důležité je udržování společenských styků, vedení zdravého životního stylu, pěstování koníčků a zájmů (Kallwass, 2007, s. 10). Zdravý životní styl, mezilidské vztahy v osobním životě (nikoliv s klienty) a sebezpřijetí jsou třemi hlavními oblastmi, které v rámci prevence hrají důležitou roli (Kopřiva, 1997, s. 100).

Pomocí níže uvedených zásad se lze vyhořívání vyhnout:

1. Otevřenost k tomu, co se kolem nás děje.
2. Nebát se změn.
3. Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky, jak životní situaci čelit.
4. Počítat se stresujícími situacemi.
5. Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit.
6. Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi.
7. Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí.
8. Osvojit si zdravý životní styl (Kebza, Šolcová, 2003, s. 21).

Prevence je důležitá věc a v odborné i zájmové literatuře se můžeme dočíst mnoho teoretický návodů, jak syndromu vyhoření předcházet. Souhrnně můžeme uvést, že se jedná o pěstování zdravého životního stylu, koníčků, společenského života a kladení důrazu na vnímání vlastních potřeb. Při výkonu povolání, ve kterém se setkáváme s klienty, pracujeme s lidmi, či při povolání pomáhajících profesí, je

však také velmi důležité dbát na to, abychom se nerozdali. Je tedy třeba určitý odstup od klientů. K tomu je třeba, kromě teoretických doporučení, také praktických metod. Profesionálové si dopomáhají právě technikami „*sémantického odosobnění (klient se stává kauzou, určitou diagnózou), intelektualismem, (profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu) a izolací (rozlišení profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem)*“ (Maslachová, 1998 cit. dle Kebza, Šolcová, 2003, s. 20).

Prvním a velmi důležitým krokem při léčbě vyhoření je ztotožnění pacienta se situací. Je třeba přijmout, že situace, ve které se nachází, je vážným stavem, který si vyžaduje další opatření a péči. Dalším krokem je samotný zájem a aktivní účast na léčbě pacienta, tedy motivace a chuť se vyléčit (Potterová, 1997, s. 57; Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 40).

Často se stává, že postižený jedinec, kterému byl diagnostikován syndrom vyhoření, odchází ze zaměstnání. Toto řešení se může zpočátku zdát jako vhodné, avšak v řadě případů si „*pracovník své problémy, aniž by byly vyřešeny, přenáší do jiného zaměstnání*“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006 cit. dle Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 40). Pracovník se tak cyklí ve vyčerpávajícím kruhu hledání ideálního zaměstnání, odchodů a adaptace. Avšak „*začínat v novém zaměstnání bez pochopení problému je jen začátkem nové katastrofy*“ (Potterová, 1997, s. 23).

K léčbě, ale též k prevenci vyhořívání, je proto nutné podniknout jisté kroky, umožňující korekci dosavadních a mnohdy zacyklených vzorců chování, které k syndromu vyhoření vedly nebo mohou vést. Jestliže známe příčiny, díky kterým k vyhoření došlo, cesta k jeho léčbě a prevenci bude snazší (Baštecká, 2003, s. 141).

Vyhoření člověka postihuje jak v pracovním, ale také v osobním životě, neboť se obě oblasti prolínají. K efektu korekce chování proto volíme nástroje dle toho, v jaké oblasti lidského života chceme změny v chování dosáhnout a jestli se jedná o prevenci nebo je již potřeba zahájit léčbu. V případě užívání těchto nástrojů k léčebnému efektu můžeme všechny nástroje kombinovat, a to dle závažnosti situace a fáze, ve které se syndrom vyhoření nachází.

### 2.6.1 Nástroje prevence

Schmidbauer (2008, s. 225) tvrdí, že ten, kdo se profesionálně vyvíjí, nevyhoří, níže uvedené nástroje vedou k rozvoji profesionality a osobnosti.

#### **Supervize**

Supervizi lze popsat jako pracovní nástroj, který nabízí konstruktivní pomoc při pracovních problémech.

Je obzvláště využívána v pomáhajících profesích, které jsou fokusovány na potřeby druhých lidí. V rámci supervize je umožněno pracovníkům, aby zpracovali negativní útoky svěřených klientů či emoce z náročných a těžkých klientských kazuistik. Na základě supervizního vztahu s facilitátorem supervize – supervizorem, který musí být založen na důvěře, získávají účastníci supervizních setkání podporu, kterou potřebují pro další kvalitní výkon svého zaměstnání. Supervize umožňuje prožívání negativních emocí, souvisejících s výkonem práce v bezpečném prostředí. Je možné se na nepříjemné či ohrožující situace dívat jiným úhlem, sdílet je s kolegy (pokud se jedná o skupinovou supervizi) a poučit se z nich. Supervize pomáhá bojovat proti pracovnímu vyčerpání z frustrace, která se může objevit v případě přecházení stresu, ignorování negativních emocí a vlastních potřeb, rigidity vedení (Hawkins, Shohet, 2004, s. 17). Pomocí supervize lze nacházet útěchu a nová řešení, nadhled a motivaci v rámci výkonu pomáhajícího či jiného zaměstnání. *„Odborně prováděná, pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření“* (Tošner, Tošnerová, 2002 cit. dle Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 41).

Je to nástroj, který nabízí systematickou pomoc v rámci komunikace na pracovišti, spolupráce týmů, budování pracovních vztahů a podporování kolegiality. Umožňuje pracovníkům ventilovat emoce, které souvisejí s výkonem práce, a tak efektivně pracovat s motivací, reflexí a sebereflexí pracovníků. Syndrom vyhoření *„má negativní důsledky nejen pro vyhořelého pracovníka, ale i pro jeho klienty a organizaci, resp. pracovní tým, kterého je dotčený součástí“* (Pešek, Praško, 2016, s. 19-20). Pomocí supervize tak vedení, které je v roli zadavatele supervize, přispívá k prevenci proti výskytu syndromu vyhoření u sebe (supervize řízení) a svých pracovníků.

## **Vzdělávání – získávání na kompetentnosti (Podpora soft skills)**

Do této kapitoly spadá specializační vzdělávání a rozvoj měkkých dovedností, které mohou pomoci k prevenci, ale také při léčbě burnoutu. V rámci přetížení je důležité dokázat si ulevit, ovládnutím time managementu lze docílit efektivnějšího rozvržení času, schopnosti rozlišování priorit, delegování úkolů (Kopřiva, 1997, s. 103). Stress managementem zase zásady tolik důležité psychohygieny – účinné metody práce se stresem, zásady zdravého životního stylu (pohyb, strava, spánek) a relaxace. Schopnost říkat „ne“ a naopak „ano“ dle našich možností, naslouchat vlastním potřebám, vymezovat si hranice a vážit si sám sebe, k tomu nám mohou pomoci kurzy komunikačních dovedností, asertivních technik (Baštecká, 2003, s. 141; Pešek, Praško, 2016, s. 94).

Dovednosti, díky kterým se stáváme kompetentnější a profesionálně usazenější v rámci přímé práce s klientem, pomohou rozvinout specializační kurzy, například vedení poradenského rozhovoru, kurzy krizových intervencí či další vzdělávání, které koresponduje s vybranou profesí.

### **2.6.2 Nástroje léčby**

#### **Psychoterapie**

Jedná se o nástroj, který zasahuje do osobnosti. Soustavná a vhodně zvolená psychoterapie, která je vedena kompetentním psychoterapeutem, pomáhá ke změně chování, smýšlení o sobě i druhých a umožňuje tak transformování zažitých vzorců chování. Díky ní můžeme zpracovat traumata či jiné negativní emoce z dětství, které ovlivňují naše chování a nás samotné v dospělosti.

*Psychoterapie „je cesta vedoucí k porozumění sobě i světu v širších souvislostech, tedy projev potřeby člověka být orientován a vést smysluplný život. Vlastní psychoterapie vznikala, jak již víme, jako léčebná metoda, tedy určitý postup, jímž se nemocný zbavoval zdravotních obtíží souvisejících s jeho osobností a způsobem života“ (Vymětal, 1987, s. 19).*

Moderní psychoterapie se nesoustředí pouze na odstraňování zdravotních obtíží a jejich důsledků v chování, ale pomáhá také k rozvoji osobnosti a snaží se naučit vhledu a nadhledu v určitých situacích. Sílu myšlenky, její dopady na změnu lidského chování a práci s utvářením užitečných myšlenek popisuje Potterová (1997, s. 192) ve své knize Jak se bránit pracovnímu vyčerpání. Usměrnění myšlenek a představ jako obsahu vlastního vědomí nazývá Míček (1984, s. 57) autoregulací myšlení.

Další vhodnou terapeutickou metodou je schematerapie, její model je vhodné aplikovat jako nácvik asertivních dovedností a prohloubení sebereflexe. Je využíván při prevenci či léčbě syndromu vyhoření (Pešek, Praško, 2016, s. 61).

V těžších případech syndromu vyhoření, které mohou být doprovázeny depresivními či úzkostnými stavy, je vhodné vyhledat také pomoc psychiatrickou. Při prodělávání a léčbě syndromu vyhoření může vhodně zvolená medikace ve formě antidepresiv posloužit jako dočasný, avšak účinný podpůrný prostředek, pomocí kterého lze dosáhnout emocionální stabilizace postiženého (Kallwass, 2007, s. 9). V tomto případě je tedy nutná spolupráce s psychiatrem, ideální je kooperace mezi psychiatrem a psychoterapeutem, kteří s pacientem pracují.

Krizí z nadměrných požadavků, která v rámci syndromu vyhoření vzniká, lze vnímat také jako příležitost k rozvoji osobnosti. Můžeme k ní přistupovat tvořivým způsobem a řídit se fázemi tvořivého procesu, který začíná přípravnou fází, pokračuje fází inkubační, vzhledu a završen je fází verifikační (Kastová, 2000, s. 14-25).

## **2.7 Nejohroženější profese**

Neexistuje profese, která by byla imunní vůči pracovnímu vyhoření, neboť všude, kde pracujeme, se setkáváme se stresem a většinou také s dalšími lidmi. Některá povolání jsou však svojí charakteristikou a posláním náchylnější k pracovnímu vyhoření.

*„Syndromem vyhoření trpí především schopní, ambiciózní a zodpovědní lidé. Mezi nejvíce ohrožené profesní skupiny patří zejména lékaři (např. onkologové, psychiatři), zdravotní sestry, psychologové a psychoterapeuti, duchovní, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci pošt, dispečeri, záchranné služby, policisté v přímém výkonu služby, kriminalisté, právníci, pracovníci věznic, úředníci v bankách a na úřadech. Vyhořením mohou trpět i špičkoví sportovci, novináři a dokonce i studenti, např. medicíny“ (Kebza, Šolcová, 2003; Křivohlavý 1998, s. 23; Ptáček a kol., 2013 cit. dle Pešek, Praško, 2016, s. 16).*

*„Nejvíce jsou postiženi lidé, kteří pracují ve službách, jako jsou zdravotní sestry, poradci a policisté, kteří často mají cynický přístup ke své práci a jsou až otevřeně nepřátelští k lidem, kteří mají sloužit“ (Potterová, 1997, s. 11). Jako riziková uvádí také povolání, kde se rozhoduje mezi životem a smrtí. Dále jsou postiženi vedoucí pracovníci, pozice, které jsou v neustálém časovém presu, vyžadující stálou pozornost k aktuálnímu dění, také povolání, které pracují s velmi detailní prací.*

Kromě pomáhajících profesí jsou to právě také vedoucí pozice, ve kterých často dochází k pracovní vyhoření (Schmidbauer, 2008, s. 222). Například profese vysokých manažerů v korporátní sféře bývají velmi ohrožené. V prostředí velkých firem je zřejmý tlak na pracovní výkon, supervize často nebývá využívaným nástrojem, pro zhodnocení stavů pracovníků se využívají spíše testovací nástroje, které jsou opět zaměřené na výsledky, nikoliv na prožívání, zastavení se a ohlédnutí.

Stručně lze shrnout, že nejohroženější skupinou, která je předurčena k popisovaným obtížím, jsou lidé, pro které je míra úspěchu množství, jsou k sobě příliš tvrdí, trpí neustálými pochybnostmi o sobě samém, workoholici, pro které je typická chorobná závislost na pracovním výkonu, a perfekcionisté, kteří musí dělat věci dokonale (Kallwass, 2007, s. 114; Pešek, Praško, 2016, s. 30-34). Tedy všichni, kteří na sebe kladou velké nároky, mají velká očekávání, která se nemohou potkat s realitou, nepraktikují prevenci před syndromem vyhoření, mají předpoklady k vyhoření. S touto oblastí se však pojí také další faktor, kterým je osobnostní nastavení a schopnost zvládat stres.

### 3 Osobnostní determinanty v kontextu syndromu vyhoření

V této kapitole se budu věnovat právě osobnostním faktorům, které predikují to, jakou zátěž jedinec unese a jakým způsobem na stresové situace reaguje. Rezistenci na stres ovlivňují dva faktory - vnější a vnitřní. Sociální opora, čímž jsou myšleny sociální vztahy, jsou faktorem vnějším. Vnitřním a klíčovým faktorem je osobnost sama o sobě (Kebza, Šolcová, 2003, s. 3).

#### 3.1 Osoba a osobnost

Původ pojmu osoba nalezneme v etruském slově „persona“, které v doslovném překladu znamená „maska pro boha podsvětí“ (Hartl, Hartlová, 2015, s. 379-383). Fenomenologická psychologie rozlišuje dva pojmy – osobu a osobnost. Význam slova *osoba* je zde vnímán právě jako vnější projev člověka, kdy původní význam masky je skutečně přiléhavý, a pojem *osobnost* jakožto hlavní podstata člověka. Pojem osoba tedy můžeme chápat jako jistou roli člověka, kterou nás nutí hrát společnost, vystupujeme v ní od dětství, plníme očekávání a požadavky, které jsou na nás sociálním okolím kladeny (Nakonečný, 2015, s. 460-480). Osobnost můžeme zjednodušeně definovat jako „*komplexní a relativně stabilní systém, který funguje jako celek, skládá se ze vzájemně propojených somatických a psychických vlastností a projevuje se v reakcích na různé podněty, respektive interakci s nimi*“ (Vágnerová, 2010, s. 13). Osobnost je v podstatě způsob, jakým prožíváme, uvažujeme a jak se chováme. Právě osobnost tak může být odpovědí na otázku, „*proč se někteří lidé dostávají do stresogenních situací a jiní ne, může ovlivnit způsob, jakým lidé reagují ve stresogenních situačních podmínkách a může ovlivňovat zdraví a psychické procesy mechanismy, které nesouvisí se stresem navozeným z vnějšího prostředí*“ (Bolger a Schilling, 1991 cit. dle Kebza, Šolcová, 2003, s. 4).

### 3.2 Vlastnosti a rysy osobnosti

Vlastnosti osobnosti lze obecně zařadit do kategorií, ve kterých však musíme mít na paměti na jednotlivé psychické dispozice a tedy i další proměnné:

1. Inteligence (dispozice ke kognitivním procesům).
2. Emocionalita (dispozice k prožívání citů, citová zralost).
3. Temperament (dispozice ke vzrušení, formální stránka chování).
4. Postoje (dispozice k hodnocení).
5. Motivy (dispozice k dosahování určitých hodnot).
6. Vůle (dispozice k regulaci chování).

Celek těchto vnějších projevů označujeme jako charakter (Nakonečný, 2015, s. 488-510).

Osobnostní rysy chápeme spíše jako stavební kameny struktury osobnosti, zobecňující charakteristiku, vyjadřující specifičnost jedince, tedy i jeho odlišnosti od ostatních. Jednotlivé rysy (např. extraverte) zahrnují další vlastnosti, které jsou jejich součástí (např. sociabilita či míra aktivity), variabilita kombinací osobnostních rysů je široká.

Osobnostní rysy jsou relativně trvalé a stabilní, lze je chápat jako předpoklad k určitému způsobu reakce, bývají obvykle vyjadřovány v bipolárních dimenzích, aby tak nabídly širší spektrum možností vyjádření alternativ chování (např. přátelský – nepřátelský). Rysy osobnosti ovlivňují rozvíjení proměnlivých aspektů, tedy hodnoty, postoje, názory, zvládnání sociálních rolí a výsledné mezilidské vztahy. Soubor osobnostních rysů tak vytváří typický osobnostní profil daného jedince. Nejvýznamnější osobnostní dimenze jsou ty, které mají temperamentový základ, tedy předurčují k určitému způsobu reagování, jedná se o: **extraverzi – introverzi**, jež zahrnují tři aspekty, kterými jsou: míra aktivity, otevřenost vůči okolí a sklon k pozitivnímu emočnímu ladění, **neuroticismus (emoční labilitu) – emoční stabilitu** (Vágnerová, 2010, s. 84-90), jež lze chápat jako obecnou reaktivitu a míru osobní vyrovnanosti, která je spojená se sklonem k negativnímu emočnímu prožívání.

Na těchto dimenzích stavěli modely osobnosti nejznámější odborníci, jako například



R. B. Catell (Cattelův model osobnosti), H. J. Eysenck (Eysenckův model osobnosti) či model E. Tupese a R. Cristala s názvem Velká pětka, který představoval určitý kompromis Eysenckova a Cattellova modelu osobnosti (Vágnerová, 2010, s. 91-109).

### 3.3 Osobnostní typologie

Pojetí slova typ je v psychologii chápáno jako určitá soustava vlastností, která vyjadřuje společné znaky, jenž mohou být pojaty jako popisné kategorie, faktory. Vyjadřují tak příslušnost jedince k jednotlivým znakům, na základě kterých může být zařazen do konkrétní typologie (např. pokud bude jedinec vykazovat známky introverze, bude označován jako introvert). Typy osobnosti se přímo vztahují k osobnostním rysům, musíme však rozlišovat typ a individualitu, tedy somatickou i psychickou jedinečnost (Nakonečný, 2015, s. 510).

V odborné literatuře se setkáme s širokou škálou teorií osobnosti, jako například 2000 let stará Klasická Hippokratova typologie temperamentu, která dělí typy osobnosti na sangvinika, flegmatika, melancholika a cholera. Typologie C. G. Junga, která je založená na introverzi a extroverzi, je rovněž velmi slavná a stala se předlohou pro vytvoření dalších typologií, například již zmíněného G. H. Eysencka. Uznávanou se stala rovněž konstituční typologie E. Kretschmera, který rozděluje typy osobností dle fyzických konstitucí (stavby těla) do tří typů (astenik, pyknik, atletik). Zjistit shodu v tělesné konstituci při jednotlivých psychiatrických diagnózách (například schizofrenici jsou převážně asteničtí) (Nakonečný, 2015, s. 514).

Kardiologové M. Friedman a H. Rosenman jsou tvůrci další osobnostní typologie, tzv. modelu stresové zranitelnosti, ve kterém zmiňují jisté souvislosti v lidském chování a reakcí na stres. Rozlišují dva základní typy A a B, existuje také tzv. přechodný typ X, kombinující prvky typu A a B. Jedinec typu A se vyznačuje netrpělivostí, soutěživostí, až agresivní ctižádostivostí, s neustálou touhou po vítězství a přetrvávajícími pocity presu, přepracovaností. Bývá přehnaně zodpovědný, potlačuje v sobě negativní emoce. **Je výrazně náchylnější ke stresu, tedy též k vyhoření**, bývají častými kardiologickými pacienty. Opakem je typ B,

který je ze své podstaty rezistentní proti syndromu vyhoření ze stresové zátěže a jiným psychosomatickým obtížím (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 26; Pešek, Praško, 2016, s. 30). Tato osobnostní typologie tedy zohledňuje osobnostní rysy a vlastnosti, které jsou samy o sobě předpokladem ke stresu, a tedy syndromu vyhoření. Je to z toho důvodu, že *„určité osobnostní charakteristiky predisponují k určitému stylu hodnocení a zvládnání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu“* (Kebza, Šolcová, 2003, s. 4). Osobnostní nastavení a osobnost sama je tak skutečně klíčovým faktorem, kterým lze předpokládat vznik syndromu vyhoření.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 Vymezení problému**

O syndromu vyhoření, důvodu jeho vzniku, průběhu, samotných fází či prevenci nalezneme v literatuře nepřeberné množství informací. Problematika vyhořívání je v odborné literatuře velmi dobře zakotvena, tato oblast je opakovaně prostudována, prozkoumána a rozpracována různými odborníky, kteří čtenáři poskytují všechny potřebné informace z teoretického hlediska. Odborná literatura, kterou jsem použila v teoretické části, uvádí také mnoho osobnostních rysů, které mohou vést k vyhoření.

Ve své praktické části jsem se zaměřovala na to, zda informace, které jsem v teoretické části získala, potvrdí také praxe.

#### **4.1 Cíl výzkumu**

Identifikovat osobnostní a sociální faktory, které se vyskytují u lidí postižených syndromem vyhoření.

Vedlejším cílem bylo zjistit, jestli existuje vztah mezi osobnostním nastavením a vznikem syndromu vyhoření a zjistit, zda je jedním z hlavních důvodů, které predikují syndrom vyhoření, také emoční labilita.

Cíle práce jsem prošetřovala za pomoci analýzy a komparace získaných informací z teoretické části a informací, které jsem načerpala od odborníků z praxe.

#### **4.2 Výzkumné otázky**

V odborné literatuře, se kterou jsem v teoretické části práce pracovala, jsem se dozvěděla, že vnitřním klíčovým faktorem rezistence na stres je samotné osobnostní nastavení jednice, jeho osobnost jako celek. Vnější faktorem je sociální opora, tedy sociální zázemí jako celek (Kebza, Šolcová, 2003). Chtěla jsem zjistit, jestli má toto tvrzení vztah ke vzniku syndromu vyhoření.

Ve výzkumné části jsem proto ověřovala tyto hlavní výzkumné otázky:

1. Mají lidé, kteří zažívají syndrom vyhoření, nějaké společné osobnostní či sociální znaky?
2. Předurčuje osobnostní nastavení člověka k tomu, aby vyhořel?
3. Je jedním z hlavních důvodů, které predikují syndrom vyhoření, emoční labilita jednice (neuroticismus)?

### **4.3 Charakteristika vzorku**

Do své praktické části jsem oslovila odborníky, kteří v rámci své praxe pracují s lidmi trpícími syndromem vyhoření. Jednalo se o psychiatry, psychoterapeuty a supervizory, kteří jsou kompetentní k výkonu k přímé práci s jedinci s vyhořením a dostatečně zkušené k poskytnutí vlastních názorů, které mohou podložit dlouholetou praxí. Mého výzkumu se celkem zúčastnili 4 respondenti, s profesním zázemím v klinické psychiatrii a psychologii, psychoterapii a supervizi. Dva z respondentů jsou psychoterapeuti/supervizoři, kteří v rámci rozhovoru odpovídali z pohledu psychoterapeuta. Další dva respondenti, kteří se zúčastnili mého výzkumu, jsou psychiatři/psychoterapeuti, kteří však při odpovědích zůstali v roli psychiatra.

Z důvodu zachování anonymity a udržení přehlednosti jsem označila respondenty v kapitolách níže termíny jako Terapeut 1 (žena), Terapeut 2 (žena), Psychiatr 1 (muž) a Psychiatr 2 (žena).

### **4.4 Výzkumná metoda sběru dat**

Hlavní metodou sběru dat do praktické části bakalářské práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Rozhodla jsem se tedy pro kvalitativní výzkum, umožňující verifikaci mého předpokladu, který jsem si vytvořila na základě výstupů z teoretické části bakalářské práce.

Informace jsem získávala na základě rozhovorů, jehož struktura obsahovala deset hlavních otázek volených tak, aby na základě analýzy a komparace získaných odpovědí od respondentů, bylo možné zodpovědět výzkumné otázky. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí od deseti minut po třičtvrtě hodinu. Rozhovory byly nahrávány na mobilní zařízení, nahrávky byly pouze auditivního charakteru.

## 4.5 Realizace rozhovorů

Před zahájením rozhovoru byli všichni respondenti obeznámeni s cílem bakalářské práce, tedy významem rozhovoru a pravidly sběru, uchovávání a použití informací. Podepisovali též souhlas, který se opírá o zákony č.101/2000 Sb., č. 89/2012 Sb. a ustanovuje výše uvedené v písemné podobě, mimo jiné také ujednání o zachování anonymity, autorizaci a odstranění záznamu po splnění účelu. Vzor tohoto písemného souhlasu uvádím v Příloze číslo 5.

## 4.6 Analýza a komparace výsledků

V této části jsem porovnávala odpovědi oslovených odborníků za účelem zodpovězení výzkumných otázek.

Na začátku mě zajímalo, zda se respondenti domnívají, že nějaká cílová skupina profesí je nejvíce postihovaná syndromem vyhoření.

Po analýze všech odpovědí jsem mohla konstatovat, že byly ve značné shodě. Psychoterapeut 1 a Psychoterapeut 2 se shodli na tom, že se jedná především o pomáhající povolání nebo obecně všechny profese, které pracují s lidmi.

Psychoterapeut 1 zároveň zmínil také konkrétní pozici, a sice manažery, s čímž byl ve shodě s Psychiatrem 2. Psychiatr 2 též akcentoval jako další nejčastěji postihované skupiny zdravotnický personál (doktoři, sestry) a pedagogy, v tomto názoru se shodl s Psychiatrem 1.

Pouze jeden respondent, a sice Psychiatr 2, uváděl jako jedno z nejpostihovanějších profesí také účetní a prodavačky, tedy pozice výkonově zaměřené, podobně jako již zmínění manažeři. Navíc zmiňoval záchranáře a hasiče, tedy pomáhající profese. Psychoterapeut 1 uvedl také další skupinu, která je syndromem vyhoření velmi postihovaná, ta se však nedá zařadit mezi profese, neboť se jedná o lidi „kteří se dlouhodobě starají o své nemohoucí příbuzné v domácím prostředí“.

V další části jsem zjišťovala, jestli respondenti mají zkušenosti s tím, že se k nim dostávají klienti se syndromem vyhoření, který vznikl z jiné, než profesní oblasti.

Zde se respondenti rozdělili na dvě skupiny. Profesionálové z oblasti psychoterapie, tedy Psychoterapeut 1 a 2 se shodovali v tom, že je možné vyhořet také mimo profesní oblast. Akcentovali skupinu lidí „*kteří se dlouhodobě starají o své nemohoucí příbuzné v domácím prostředí*“ (Psychoterapeut 1), kteří mohou cítit „*osamělost v té péči nebo zoufalství nad tím, že některé věci nefungují, nespravedlnost*“ (Psychoterapeut 2).

Naopak respondenti z psychiatrické praxe se shodovali v tom, že syndrom vyhoření „*je primárně vázaný na profesní oblast*“ (Psychiatr 2).

Dále jsem se v šetření zaměřovala na to, jak by respondenti popsali průběh vyhořívání, který zažívají klienti ve chvíli, kdy vyhledají jejich služby.

Analýzou získaných odpovědí jsou došla k závěru, že se v této otázce jednoznačně shodují. Klienti jejich služby vyhledávají až v pokročilejších fázích syndromu vyhoření, které je doprovázeno těžkými psychosomatickými symptomy, kdy klienti „*nespí, mají propady nálad, často už jsou na nemocenské*“ (Psychoterapeut 1). Příznaky se mohou vyznačovat jako „*psychosomatické zátěže, somatická onemocnění, která nemají dohledatelnou příčinu, někdy mohou být depresivní, někdy mohou být úzkostní*“ (Psychoterapeut 2), dokonce až „*vyděšení*“ (Psychiatr 2).

Psychiatr 1 a Psychiatr 2 shodně hovořili o velkém vyčerpání, dále o „*nespokojenosti, nezájmu, nechuti pracovat*“ (Psychiatr 1).

V následné části rozhovoru jsem se zaměřovala na to, co pokládají respondenti za spouštěč vyhoření u svých klientů. Respondenti z psychiatrické oblasti, tedy Psychiatr 1 a 2 se shodovali v tom, že možným spouštěčem může být osobnostní uspořádání jedince. Psychiatr 1 identifikoval klienty postižené syndromem vyhoření jako „*lidi, kteří jsou nadaní k tomu, aby nějakým způsobem řešili problémy zvyšováním výkonu*“, „*většina z nich má jako kdyby nějakou predispozici..*“ (Psychiatr 2). Tito dva respondenti také explicitně uváděli, že syndrom vyhoření vzniká v kontextu pracovního vytížení spolu s dalšími stresory. Oproti tomu respondenti z oblasti psychoterapie, tedy Psychoterapeuti 1 a 2, uvedli jako spouštěč obecnější pojmy, konkrétně stres, tlak, očekávání, odkládání relaxace a „*že je*

*potřeba něco dostat, že nemůžou jenom dávat“ (Psychoterapeut 2). Nicméně Psychoterapeut 2 však ještě zmínil že spouštěčem může být také špatně nastavená pracovní struktura, nedostatečné ohodnocení a překračování pravidel „například, že pracovník vyjde vstříc klientovi, že bere telefony o víkendu, že si nechá málo zaplatit, má velké očekávání ke klientům“.*

Psychoterapeut 2 a Psychiatr 2 se shodovali na tom, že spouštěčem může být také mobbing, bossing, resp. šikana.

Dále jsem zjišťovala, jak respondenti postupují při léčbě se svými klienty, kteří vyhořívání zažívají.

Psychoterapeut 1 a 2 odpovídali shodně, vyžívají při léčbě klientů se syndromem vyhoření metodu psychoterapie. Shodovali se na tom, že se se svými klienty během léčby fokusují na hledání stability, opěrných bodů, ukotvení.

Psychiatr 1 a 2 se shodovali v tom, že při práci s klienty, jenž zažívají zátěž z vyhoření, pracují s medikací a doporučují klientům psychoterapii, jako vhodnou a důležitou kombinaci k medikaci.

Psychoterapeut 2 a Psychiatr 2 kladli velký důraz na to, aby klienti v rámci léčby pracovali sami na sobě. Psychiatr 2 uváděl jako důležitou „*prevenci relapsu, v tom smyslu, aby do syndromu vyhoření zase nepadli, to znamená nějaká práce na sobě, práce s time managementem, stress managementem*“, naopak Psychoterapeut 2 „*pracuje se na léčení toho, co byla ta zátěž již v minulosti, v případě, jestli to vyhoření nasedá na nějaký hlubší problém, osobní problém nebo zátěž*“.

V další části rozhovoru jsem ověřovala, jestli se respondentům stává, že se jejich klienti, kteří vyhořívání zažívají, u nich léčí opakovaně i s jinými těžkostmi.

V tomto případě se shodovaly vždy dvě odpovědi respondentů z jiné oblasti. Psychoterapeut 2 a Psychiatr 1, se shodovali v tom, že s klienty pracují také na vztahových problémech, neboť při přepracování začnou zanedbávat kontakty se svým okolím nebo trpí neschopností navázání dalších vztahů.

Naopak ve shodě byli Psychoterapeut 1 a Psychiatr 2, kteří nevidují klienty, kteří by se u nich opakovaně léčili s dalšími těžkostmi.

Zároveň jsem zkoumala, jestli respondenti pozorují, v rámci své praxe, odlišnost v četnosti výskytu klientů se syndromem vyhoření v kontextu času.

Psychoterapeut 1 a 2 odpovídali shodně, že nepozorují žádné výkyvy a klientů se syndromem vyhoření mají pořád stejně. Naopak shoda nastala v odpovědích Psychiatra 1 a 2, kteří evidují klienty se syndromem vyhoření přibližně od 90 let. Syndrom vyhoření *„je nějaká nová kategorie, která přišla až s tím kapitalismem, když to historicky trochu vrátím, tak jsme možná měli nízkou produktivitu práce, ale byli všichni zaměstnaní a byli všichni zastupitelní“* (Psychiatr 2), *„lidé více pracují, než dřív, jsou více přetíženi pracovně, než v těch 90 letech“* (Psychiatr 1).

Dále jsem se zaměřovala na to, jestli respondenti pozorují, že by jejich klienti, co zažívají syndrom vyhoření, měli nějaké společné osobnostní či sociální charakteristiky.

Psychoterapeut 1 a Psychiatr 2 se explicitně vyjádřili, že se jedná především o perfekcionismus. Tito dva respondenti tedy definici syndromu vyhoření shodně vnímají tak, že se jedná o lidi, kteří se vyčerpávají, potom fyzicky onemocní, mají na sebe neadekvátně vysoké nároky. Psychiatr 2 navíc dodával, že mezi další společný znak patří výkonová orientace, čímž byl ve shodě s Psychoterapeutem 2.

Pouze dva respondenti, Psychoterapeut 2 a Psychiatr 1, uvedli, že by se mohlo spíše jednat o naučené chování, než o osobnostní charakteristiku. Lidé se syndromem vyhoření jsou *„zaměřeni na výkon nebo něco kompenzují činností, aktivitami, je to způsob, jakým řeší svoje problémy, než jako osobní charakteristika. Je to spíš styl řešení problémů“* (Psychiatr 1). Tito lidé mají pocit, že *„nejdřív se musí splnit úkoly, potom zábava, nejdřív ty druzí, potom já. To může být naučené, to nemusí být osobnostní charakteristika“* (Psychoterapeut 2).

Pouze jediný respondent, Psychiatr 2, zmínil emoční labilitu, citlivou emoční soustavu. Za další možnou příčinu považuje také určité společné sociální charakteristiky, které si sebou jedinec nese *„z původních rodin nebo geneticky založenou určitou úzkostnost“*.

Závěrečnou otázkou rozhovoru jsem zkoumala doporučení respondentů pro prevenci před vznikem syndromu vyhoření.



Psychoterapeut 1, 2 a Psychiatr 1 explicitně uváděli, že je důležité, aby lidé rozuměli víc sami sobě, svým potřebám. Psychoterapeut 2 a Psychiatr 2 akcentovali vztah sám k sobě, mít se rád.

Psychoterapeut 2 a Psychiatr 1 se shodovali v tom, že je důležité mít informace o syndromu vyhoření a tím mu předcházet.

Psychoterapeut 1 a Psychiatr 2 kladli velký důraz na relaxaci, odpočinek.

Psychiatr 2 zmiňoval, jako jediný, význam zdravého životního stylu (sport, abstinence) a zdůraznil důležitost kontaktu s přáteli, s okolím.

Psychiatr 1 taktéž uváděl, že je důležité, aby zaměstnavatel připravil vhodné pracovní podmínky pro své zaměstnance s dostatečným servisem, ulehčujícím pracovní činnost.

#### **4.7 Diskuze výsledků**

V rámci bakalářské práce jsem se zaměřovala na identifikaci základních osobnostních a sociálních faktorů společných pro jedince trpící syndromem vyhoření. Šetřením jsem také chtěla zjistit, jestli existuje vztah mezi syndromem vyhoření a osobnostním nastavením člověka a dále, zda je emoční labilita jedním z hlavních důvodů vzniku tohoto syndromu. Z těchto důvodů jsem se, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, dotazovala čtyř odborníků (dvou psychoterapeutů a dvou psychiatrů), kteří pracují s cílovou skupinou klientů, trpících syndromem vyhoření, na deset základních otázek.

V odborné literatuře, ze které jsem čerpala do teoretické části, uvádí autoři (Kallwass, 2007; Kebza, Šolcová, 2003; Křivohlavý, 1998; Pešek, Praško, 2016; Potterová, 1997; Schmidbauer, 2008), že syndromem vyhoření trpí nejvíce pomáhající profese a profese zaměřené na výkon. Tuto skutečnost mi potvrdili také respondenti v rozhovorech. Avšak překvapivě akcentují také další skupinu lidí, které odborná literatura již tolik nehovoří, a sice osoby dlouhodobě pečující o své blízké.

Z rozhovorů dále vyplývalo, že lidé, kteří trpí syndromem vyhoření, vyhledávají pomoc až ve chvíli, kdy jsou obtíže ve velmi pokročilém stádiu. Symptomy,

kteře respondenti u svých klientů pozorují, jako jsou psychosomatické a fyziologické obtíže, bolesti pohybového aparátu, pocity vyčerpání, depresivní nebo úzkostné stavy, problematické vztahy nebo konflikty v blízkém okolí, se shodují s poznatky, které jsem získala v teoretické části (Kallwass, 2007; Křivohlavý 1998; Maroon, 2012; Potterová, 1997; Schmidbauer 2008; Ptáček, Čeledová a kol., 2011) proto pro mě nebyly překvapující.

Nejčastěji jmenované spouštěče zkoumaného syndromu, které odborníci jmenovali, jsou též shodné s informacemi, které jsem čerpala z knih (Baštecká, 2003; Kallwass, 2007; Kebza, Šolcová, 2003; Kopřiva, 1997; Potterová, 1997; Schmidbauer, 2008; Ptáček, Čeledová a kol., 2011). Patří mezi ně perfekcionismus, přílišné očekávání, tlak a stres, nepříznivé pracovní podmínky, nedostatečné ohodnocení, nejasná pracovní struktura, překračování hranic, mobbing, bossing či určitá predispozice.

Průběh léčby, popisovaný respondenty, kdy bývá klient, v případě depresivních, úzkostných a jinak naléhavých stavech, zamedikován antidepresivy, je též shodný i s informacemi, které udává odborná literatura (Kebza, Šolcová, 2003). Ve chvíli, kdy je jedinec stabilizován, je třeba zahájit psychoterapii. Jejím cílem je eliminovat riziko případného relapsu, odhalit příčinu vzniku obtíží a změnit vzorce chování, které k vyhoření vedly.

Mezi odborníky nepanovala shoda, jestli syndrom vyhoření musí být nutně spojen s pracovní oblastí nebo s ním souvisí také rovina osobního života. Odborná literatura též uvádí, že syndrom vyhoření není vázán pouze na pracovní sféru (Kallwass, 2007), zmiňuje tzv. psychosociální stres, který zasahuje i do mimopracovních oblastí života (Kebza, Šolcová, 2003).

V rámci rozhovorů jsem zjistila, že není tak časté, aby se klient, který trpí syndromem vyhoření, opakovaně léčil také s dalšími těžkostmi. Pouze dva respondenti ze čtyř měli tuto zkušenost, jednalo se však o vztahové problémy, které vznikají v kontextu s pracovním či obecně životním přetížením, jak uvádí také odborná literatura (Kallwass, 2007; Pešek, Praško, 2016).

Pomocí rozhovorů jsem zjistila, že společné osobnostní charakteristiky u jedinců se syndromem vyhoření mohou být a nemusí. Literární zdroje (Kallwass, 2007; Kebza, Šolcová, 2003; Kopřiva, 1997; Schmidbauer, 2008) a odpovědi respondentů byly však ve shodě s tím, že se nejčastěji jedná o perfekcionismus, horší kontakt s realitou, resp. odhad, velkou míru sebekritiky, výkonnostní zaměření a upozadřování sebe. Překvapivým pohledem, který jsem získala na základě rozhovorů, byl pro mě fakt, že se nemusí jednat o osobnostní charakteristiku, ale o naučené vzorce chování.

Není úplně jednoznačné, jestli emoční labilita (Vágnerová, 2010) může být jedním z možných společných osobnostních rysů lidí trpících syndromem vyhoření, protože ji zmínil pouze jediný respondent. Na tomto základě jsem nemohla posoudit, jestli je vůbec možné předpokládat stresovou zranitelnost na základě typologie (Pešek, Praško, 2016; Ptáček, Čeledová a kol., 2011).

Společné sociální charakteristiky lidí, u kterých se vyskytla zátěž spojená se syndromem vyhoření, se nepovedlo zjistit, neboť většina respondentů nebyla schopna žádné uvést. Podobná však bývá sociální situace, ve které se jedinci se syndromem vyhoření nachází v průběhu jeho procesu. Jedná se o komplikované vztahy, konflikty, omezování společenských kontaktů, styků s okolím, a to i s těmi nejbližšími. Tyto problémy se potom objevují jako další obtíže při samotném syndromu vyhoření, bývají tedy tématy při návštěvách psychiatrů, psychologů, jak uvádím výše.

Časový sled výskytu syndromu vyhoření polovina respondentů nepozorovala, polovina jej přisuzovala uspěchanosti dnešní doby a aktuálnímu společenskému nastavení, které klade velký důraz na produktivitu práce, výkon, nezastupitelnost. Toto zjištění není překvapující a je vcelku logické, neboť tempo dnešní doby produkuje spouštěče uvedené v teoretické části a zmiňované respondenty.

Doporučení pro prevenci před vznikem syndromu vyhoření získané z rozhovorů se shodují s informacemi uvedenými v odborné literatuře (Kallwass, 2007; Kebza, Šolcová 2003; Kopřiva, 1997).

Zmiňována byla sebeděče, sebeláska, naslouchání vlastním potřebám, schopnost sebereflexe, dodržování hranic a umění říkat ne. Dále také zdravý životní styl a udržování společenských vztahů.

Na základě výše uvedených poznatků jsem identifikovala určité společné osobnostní znaky jedinců trpících syndromem vyhoření. Tito lidé sami sebe nevnímají jako prioritu, naopak se velmi často upozadují. Nejsou schopni sebereflexe, která je však například v pomáhajících profesích, velmi důležitá a akcentovaná. Neslyší vlastní volání o pomoc, neboť je přehlušeno voláním po výkonu nebo po pomoci druhým.

Společné sociální znaky se jednoznačně prokázat nepodařilo, respektive je možné je sledovat v kontextu procesu vyhořívání. Zatížení jedinci, kteří zažívají vyhoření na základě vysokého pracovního nasazení, ztratí své blízké nebo mají problém vztah vůbec navázat. Přichází o kontakt s okolím, nastává sociální osamělost. Tedy společným problémem těchto lidí bývají problémy ve vztahové oblasti, osamělost. Zde se však může promítat také rovina osobnostních faktorů.

Pro provedeném šetření mohu rovněž říci, že jedinci, jenž jsou vnitřně nastaveni na výkon, dlouhodobě potlačují sebe, své vlastní potřeby, nemají nebo nedodržují vlastní limity, jsou přehnaně sebekritičtí nebo mají přehnaná očekávání od sebe i od druhých, jsou svým způsobem předurčení k tomu, aby zažili syndrom vyhoření. Tedy osobnostní nastavení hraje velkou roli ve vzniku burnoutu.

Společným rysem může být i jistá emoční labilita, nicméně spíše se jedná o osobnostní nastavení obecně. Tento fakt byl v rozhovorech daleko více akcentován společně s informací, že nastavení osobnosti může být také získané, naučené. A to jak výchovou, tak zažitým vzorcem chování, jednání, přemýšlení, které jsme se v průběhu života naučili.

## **4.8 Vlastní doporučení**

Na získaných faktů a informací bych doporučovala, aby společnost obecně dbala na prevenci před vznikem syndromu vyhoření.

Myslím, že velký smysl by mělo, pokud by se osvěta o syndromu vyhoření stala filozofií každé společnosti, každého zaměstnavatele. Mohu říci pouze stručně, že si umím představit různé formy tohoto opatření, od vhodně nastavených podmínek

pro výkon pracovní činnosti, které budou respektovat pravidla bezpečné a efektivní práce, po kladení většího důrazu na využívání dalších nástrojů jako jsou intervize a supervize. Dále také formou školení vlastních zaměstnanců.

Každý člověk by měl v tomto ohledu hledět sám k sobě a k vlastním potřebám, limitům. Souvisí s tím velmi úzce vztah k sobě samému. To je na každém z nás. Ale větší podporou ze strany zaměstnavatele a vedením pracovníků k prevenci před vyhořením by případná hrozba burnoutu dostala na své vážnosti. Stala by se reálnou, blízkou a vžitou. Eliminovalo by se tím smýšlení lidí, které obecně aplikujeme, ve smyslu „mně se to stát nemůže“.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Osobnostní faktory a syndrom vyhoření se zaměřovala na zjištění osobnostních a sociálních faktorů, které se vyskytují u lidí postižených syndromem vyhoření. Dále na zjištění korelace osobnostního nastavení a vzniku syndromu vyhoření.

V teoretické části jsem vymezila pojem syndrom vyhoření za pomoci analýzy informací z odborné literatury. Komplexnost informací o syndromu vyhoření měla zajistit základní orientaci a celkové představení dané problematiky. Částí jsem se věnovala syndromu vyhoření v kontextu psychologie osobnosti.

Získané informace z teoretické části byly důležitým základem pro přípravu praktické části, která byla realizována za pomoci metody polostrukturovaných rozhovorů s profesionály pracujícími s lidmi se syndromem vyhoření.

Z výsledného šetření lze identifikovat základní osobnostní a sociální faktory, které jsou společné u lidí postižených syndromem vyhoření. Můžeme také potvrdit, že vztah mezi osobnostním nastavením a syndromem vyhoření skutečně existuje. Nicméně je třeba rozlišovat, jestli se jedná o osobnostní rysy nebo naučené chování. Podrobné výsledky svého šetření popisují v kapitole výše.

Provedený výzkum otevřel mnoho otázek. Myslím si, že by bylo třeba dále zkoumat nastavení prevence před vznikem vyhoření zejména ve firmách a organizacích, které působí v oblasti pomáhajících a výkonově založených profesí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### MONOTEMATICKÉ PUBLIKACE

BAŠTECKÁ, Bohumila, *Klinická psychologie v praxi*. Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Portál, 2015. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0

HAWKINS, Peter a SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7

KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Portál, 2000. 168 s. ISBN 80-7178-365-X

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, 1997. 152 s. ISBN 80-7178-150-9

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a Stres*. Grada, 2010. 128 s. ISBN: 978-80-247-3149-0

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Grada, 1998. 136 s. ISBN: 80-7169-551-3

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Portál, 2012. 152 s. 978-80-262-0180-9

MÍČEK, Libor. *Sebevýchova duševní zdraví*. Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 224s. ISBN 14-547-84

NAKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. Praha: Triton, 2015. 664 s. ISBN: 978-80-7387-929-7

PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Jan. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Pasparta, 2016. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8

POTTEROVÁ, Beverly A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Votobia, 1997. 264 s. ISBN 80-7198-211-3

PTÁČEK, Radek a ČELEDOVÁ, Libuše. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. 118 s. ISBN 978-80-246-1998-9

RYMEŠOVÁ, Pavla a CHAMOUTOVÁ, Kateřina, *Průvodce psychologií osobnosti a sociální psychologií*, ČZU PEF, 2017. 130 s. ISBN 979-80-213-2433-6

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. 468 s. ISBN 978-80-246-1832-6

VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie (Pomoc psychologickými prostředky)*. Horizont. 1987, 80 s. ISBN 40-93-87

## **ELEKTRONICKÉ ZDROJE**

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY. Stres, deprese a životní styl v ČR. *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-cr-lf1>

FORBES. Lepší vyhořet než doutnat? Syndrom vyhoření je nová oficiální diagnóza. *Forbes*. [online]. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.forbes.cz/lepsi-vyhoret-nej-doutnat-syndrom-vyhoreni-je-nova-oficialni-diagnoza/>

ICD. WHO. *Document Moved* [online]. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1:** Autentický přepis rozhovoru číslo jedna (Psychoterapeut 1, žena)

**Příloha 2:** Autentický přepis rozhovoru číslo dvě (Psychoterapeut 2, žena)

**Příloha 3:** Autentický přepis rozhovoru číslo tři (Psychiatr 2, muž)

**Příloha 4:** Autentický přepis rozhovoru číslo čtyři (Psychiatr 2, žena)

**Příloha 5:** Vzor Udělení souhlasu ke zpracování osobních a citlivých údajů

