

„Musím a nemohu jinak“

Existenciálně analytický pohled na syndrom vyhoření

Závěrečná práce z Logoterapie a Existenciální analýzy psychoterapeutický výcvik

Motto: „Dnes ještě máte možnost volby, ale zítra ji již mít nemusíte.“

2008

Vypracovala: MUDr. Irena Zvánovcová
Vedoucí výcviku: PhDr. Jana Božuková

Anotace

Obsahem mé závěrečné práce je existenciálně-analytický pohled na syndrom vyhoření, jeho etiologii, dynamiku, terapii a prevenci.

Člověk ohrožený syndromem vyhoření zažívá vnitřní prázdnotu, beznaděj, ztrácí vnitřní souhlas a vztah k tomu, co žije a dělá, stahuje se ze světa, není skutečně svobodný k nalézání smyslu, jeho existence je omezena a směřuje k celkovému vyčerpání.

Z pohledu existenciální analýzy je možné pohlížet na vyhoření jako na poruchu duševního stavu, která vzniká z deficitu pravého existenciálního smyslu, a za její nejhlubší zdroj je považován dle existenciálně analytické teorie deficit v existenciálních základních osobních motivacích člověka.

Existenciálně analytická terapie směřuje u člověka ohroženého vyhořením k navázání vztahu k sobě samému a ke světu, k autentickému prožívání života a k naplněné existenci. Zároveň se jedná také o cestu, jak se chránit před rozvojem syndromu vyhoření.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, vnitřní prázdnota, vyčerpání, existenciální smysl, naplněná existence.

Synopsis

The content of my final work is an existential-analytical view of “burnout”, covering its etiology, dynamics, therapy and prevention.

The individual potentially confronting burnout experiences a sense of emptiness, hopelessness, and inner disharmony. Such an individual is alienated from their self and from their way of life, withdrawing from the world. The individual is not truly “free” to discover meaning or sense of things. Their existence or being is limited and leads to complete exhaustion.

From an existential-analytical perspective, one can view burnout as a mental state that arises from a genuine deficit of existential meaning. The fundamental cause and source of this state can be considered a deficiency of basic existential personal motives.

For the individual at risk of becoming “burnout”, existential-analytical therapy aims to connect the individual again with their own self and with their world, enabling an authentic experience of life and fulfilled existence. This approach is also how to protect oneself prior to development of burnout.

Key words: burnout, emptiness, exhaustion, existential meaning, fulfilled existence.

Obsah

Anotace.....	2
Synopsis	3
Obsah.....	4
Úvod	5
Koncepční záležitosti a definice syndromu vyhoření	7
Stádia syndromu vyhoření.....	9
1. Tlak osvědčit se, idealizace	9
2. Zesílené nasazení, tzv. „workholické“ období	9
3. Drobné zanedbávání vlastních potřeb	9
4. Potlačení konfliktu a potřeb	9
5. Konverze hodnot	10
6. Zesílené popření vzniklých problémů	10
7. Stáhnutí se ze světa, ze života	10
8. Výrazné změny v chování, jednání, postojích, dehumanizace.....	11
9. Depersonalizace (ztráta pocitu pro vlastní osobu)	11
10. Vnitřní prázdnota.....	11
11. Deprese a vyčerpání	11
12. Úplný BOS, úplné vyhoření	11
Teoretické zázemí syndromu vyhoření	13
Existenciálně analytická koncepce etiologie syndromu vyhoření.....	15
Existenciálně analytický pohled na vývoj vyčerpání	17
Teze A. Längleho	19
Teze 1	19
Teze 2	22
Teze 3	24
Teze 4	25
Teze 5	30
Diferenciálně diagnostické úvahy	31
Klasifikace syndromu vyhoření dle ICD 10.....	33
1. Odlehčení	34
2. Rozšiřování pohledu a zorného pole klienta	35
3. Zpracování deficitů v základních osobních motivacích	36
Závěr.....	40
Rejstřík	42
Seznam literatury.....	43

Úvod

Tématem mé závěrečné práce je existenciálně-analytický pohled na syndrom vyhoření, jeho etiologii, dynamiku, terapii a prevenci.

Téma syndromu vyhoření ke mně přišlo jako výzva života, a to formou nabídky připravit si přednášku o syndromu vyhoření na „7. Den logoterapie a existenciální analýzy“, který se konal 27.10. 2007. Tato závěrečná práce je přednáškou inspirována a navazuje na ni.

Cíleně jsem přednášku a také práci nazvala „**Musím a nemohu jinak**“, protože tento pocit převažuje v prožitku člověka, který trpí syndromem vyhoření. Tento člověk žije a dělá převážně to, co musí, ztrácí vnitřní souhlas a vztah k tomu, co žije a dělá, zažívá vnitřní prázdnotu a beznaděj. Není skutečně svobodný k nalézání smyslu svého bytí a jeho existence je omezena.

Pojem „Burn-out syndrom“ pochází už z konce 70. let minulého století. Přesto ale není náhoda, že odráží typické symptomy i naší doby. Tato není formována jen horečnatým shonem, rozmanitostí, pestrostí a orientací na výkon, nýbrž také nevztahovostí a nezávazností v kontextu maximalizace výkonu.

Syndrom vyhoření může být proto viděn jako účet, který jsme dostali za abstrahovaný, od naší lidské existenciální reality odtržený život, jenž je utvářen spotřebním duchem doby.

Téma vyhoření je zvláště aktuální i pro nás, terapeuty, kdy se na jedné straně setkáváme s klienty s projevy vyhoření, a kdy, na straně druhé, se současně umísťujeme na čelném místě žebříčku rizikovosti syndromu vyhoření.

Zároveň si uvědomuji, jak těžké může být pro nás, terapeuty, hovořit o svých potížích. Jak může být pro nás obtížné dát najevo, že si nevíme rady sami se sebou, vždyť pracujeme s lidmi, kteří si se sebou nevědí rady v daleko větší míře.

Během svého života jsem se setkala opakovaně s projevy vyhoření. V profesní rovině jsem k němu měla já sama nakročeno po osmi letech práce v psychiatrické léčebně, kde pro mě pomalu začali klienti ztrácet vlastní tvář a identitu a kde pod tlakem ekonomických podmínek ve zdravotnictví bylo hlavním kritériem hodnocení jednotlivých primariátů dostatečná naplněnost lůžek (tzv. „obložnost“) a minimalizace dovolenek pro klienty do domácího prostředí.

V osobním životě jsem byla průvodcem blízkému člověku, který byl již blízko zhroucení, ztrácel vztah k sobě, lidem, uzavíral se a žil bez radosti.

Koncepční záležitosti a definice syndromu vyhoření

Pod syndromem vyhoření je rozuměna speciální psychická problematika, která vzniká v souvislosti s výkonem práce a jenž byla poprvé popsána psychoanalytikem Herbertem Freudenbergerem v r.1974 v jeho stati publikované v časopise „Journal of Social Issues“.

Tento článek pojednával o vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení, která byla závislá na obětavé pomoci dobrovolníků. Postupně se však ukázalo, že tento koncept lze uplatnit i u placeného personálu ve vyšších pozicích, tzn. u lékařů, zdravotních sester či učitelů.

První popis syndromu vyhoření pochází od Christine Maslach, americké psycholožky, která ho vymezuje následovně: **Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobní výkonnosti, který se může objevit u osob, které jsou vysoce angažovány ve své práci“.**

Další respektovaní autoři nesouhlasili s omezením syndromu vyhoření pouze na sociální povolání a shora uvedenou definici dále rozšířili. Např. dle Pines a Aaronsona (1988) může vzniknout při každém povolání a také mimo výdělečnou činnost.

Dle současných odborných názorů je možný rozvoj syndromu vyhoření všude tam, kde je člověk v nějakém systému, ve kterém je v kontaktu s druhými lidmi, je závislý na jejich hodnocení a může být vystaven působení chronického stresu, tedy např. u špičkových umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (prodejci, pojišťovací a reklamní agenti), v partnerství, rodině, na mateřské dovolené nebo pracujících v průmyslu .

Toto rozšíření pole působnosti syndromu vyhoření převzala i Christine Maslach do třetí verze Maslach Burnout Inventory (1996), kde byla hlavní obsahovou změnou snaha zachytit možnost rozvoje syndromu vyhoření i mimo rámec dříve definovaných zaměstnaneckých kategorií a nejenom při profesionální práci s lidmi, ale i v pouhém kontaktu s nimi.

Společně pak psycholožky **Maslach a Jackson** (1981) formulovaly tzv. **symptomovou triádu**, definující hlavní symptomy vyhoření:

1. Emocionální vyčerpání: chronická únava, velká podrážděnost, pocity bezmoci, zoufalství, osamocení, prázdnoty, pocit chycení v pasti. Zájmy, rodina ani vztahy nejsou zdrojem radosti, síly. Poruchy spánku, rozptýlené tělesné obtíže, stížnosti, náchylnost k nemocím (snížená imunita, bolesti zad).

2. Dehumanizace: negativní, cynický postoj ke klientům hledajícím pomoc a negativní přístup ke kolegům spojený zároveň s **depersonalizací:** člověk ztrácí kontakt k sobě, ke svým schopnostem, on ani okolí ho nepoznává, reaguje vyhnutím se a redukcí práce, pocity viny, stáhnutím se ze života, ze světa a šablonovitým fungováním.

3. Redukovaná výkonnost a nespokojenost s výkonem: subjektivní pocit neúspěchu a bezmoci, chybějící uznání, pochvala, dominující pocity selhávání a permanentního přetížení a neschopnosti.

Sonneck (1994) poté symptomovou triádu rozšiřuje ještě o stádium „**vitální nestability**“ . Jako symptomy této „**vitální nestability**“ uvádí deprese, dysforii, vznětlivost, popudlivost, zaraženost, úzkostlivost, neklid, nespokojenost, beznaděj a vzrušivost. Důležitým poznatkem je to, že společně s depresí, lékovou závislostí a pocitem beznaděje, by vitální nestabilita mohla vést k sebevraždě, která se vyskytuje u rakouských lékařů asi o 50 % a u rakouských lékařek dokonce asi o 250 % častěji než u průměrné populace. V této souvislosti je potřeba si uvědomit, že obecně je počet sebevražd u žen (včetně lékařek) mnohem nižší než u mužů. Lze tedy konstatovat, že syndrom vyhoření představuje specifické zdravotní riziko zvláště v profesní skupině lékařů, lékařek a zdravotních sester (u lékařů pak zvláště v oborech onkologie, chirurgie, JIP, psychiatrie, gynekologie a pediatrie).

Mezi profesní skupiny s rizikem vzniku syndromu vyhoření se řadí dále zejména psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci a pracovnice a učitelé na vyšších stupních škol.

Stádia syndromu vyhoření

Freudenberger rozlišoval na začátku jen dvě stádia syndromu vyhoření (**prožívané a potom bez prožívání**), ale v roce 1992 již rozdělil samotný vývoj BOS do 12 stádií:

1. Tlak osvědčit se, idealizace

Člověk se pouští do práce s velkým nadšením a zanícením, má na sebe vysoké nároky, žije v módu něco si dokázat.

2. Zesílené nasazení, tzv. „workholické“ období

Člověk je ochoten přebírat nové úkoly, práci na víc, začíná pracovat přes čas, přebírá zodpovědnost. Velkým motorem je zde ideál, smysluplnost, za velkým zanícením můžeme často najít nedostatečně procitovanou vlastní hodnotu, tzn. že člověk nemá dostatečně procitěnou odpověď na otázku: „Mohu být takový, jaký jsem?“

Člověk na sebe nabírá stále více a více práce, aby dostal ocenění, potvrzení, ale tomuto ocenění zvenku nevěří, ale stejně ho však potřebuje. Tato jeho potřeba funguje jako zdroj závislosti.

3. Drobné zanedbávání vlastních potřeb

Člověk prožívá pocit, že nemá čas, málo vnímá své potřeby, současně se objevuje zvýšená konzumace kávy, nikotinu a jídla. Chybí normální stravování, objevují se poruchy spánku. Člověk začíná být citlivý na kritiku a poznámky z okolí k tomu, jak žije.

4. Potlačení konfliktu a potřeb

Člověk potlačuje to, jak žije. Začíná vynechávat úkoly, nedodrží termíny, slibuje, ale již vše nevyřídí. Zanedbává své zájmy, potřeby, přestává mít energii na koníčky, zábavu. Objevují se větší poruchy spánku, pocity slabosti.

Charakteristikou 3. a 4. stadia je silná tendence stále fungovat ve stejném tempu. Objevuje se zde riziko vzniku závislosti nejenom na drogách, ale i na jídle. Jídlo přestává mít svoji původní funkci a dostává jinou: slouží k utišení, vypnutí, úniku.

5. Konverze hodnot

Hodnoty jsou „přeinterpretovány“, nabývají jiného významu. Hodnoty jiné než práce se stávají hodnotami zátěžovými, „žije se proto, aby se pracovalo“.

Člověk se vyhýbá osobním kontaktům, objevují se problémy v rodině a v partnerství.

6. Zesílené popření vzniklých problémů

Zátěžové situace se přenášejí čím dál tím více do rodinného prostředí, do vztahů. Rodinní příslušníci poznávají, že se jejich partner mění, že je podrážděný, hádá se, vybuchuje, zároveň zatajuje úzkost, strach, vnitřní neklid, napětí, únavu, slabost. Stres z práce se přelévá do domácího stresu a naopak. Člověk zanedbává své úkoly, přichází pozdě, má absence, do práce začíná chodit s odporem.

Při prvním setkání s novým klientem, ohroženým syndromem vyhoření, jsem mu mimo jiné řekla: „Ještě můžete volit, ještě se můžete rozhodnout, co chcete. Dnes ještě máte možnost volby, ale zítra ji již mít nemusíte.“

Tento můj výrok klient při dalším sezení okomentoval jako zásadní pro pochopení své aktuální životní situace.

Mezi 6. a 7. stádiem ztrácí člověk vztah k práci, dává práci tzv. vnitřní výpověď. Naprosto zásadní je skutečnost, že pokud příznaky vyhoření u člověka spadají mezi 6. a 7. stádium, tak člověk již potřebuje odbornou pomoc.

7. Stáhnutí se ze světa, ze života

Člověk ztrácí vnitřní souhlas s tím, co žije a dělá, ztrácí vztah k práci, k sobě, k tomu, co by chtěl a co potřebuje. Má snahu podávat výkon, chodí mechanicky do práce, kterou však odsouvá, neudělá již nic navíc. Práce se děje nevztahově.

V životě člověka se objevuje prázdné místo po práci, člověk zažívá vnitřní prázdnotu, nenaplnění, hledá něco, co by mu nahradilo práci a vzrušení s ní spojené: vrhá se někdy až promiskuitně do vztahů, zkouší alkohol, drogy, nadužívá jídlo, hraje automaty.

Člověk v tomto stádiu již není schopen uskutečnit sám změnu, neboť jejím předpokladem je schopnost zaujetí postoje, čehož již není schopen. V prožitku převažuje: „Já musím!“ anebo „Nemohu jinak!“

Dochází k poklesu kognitivních funkcí, objevují se psychosomatické obtíže, zvyšuje se krevní tlak, mění se tělesná hmotnost. Objevují se tělesné projevy ze zvýšeného stresu.

8. Výrazné změny v chování, jednání, postojích, dehumanizace

V tomto stádiu dochází ke zploštění sociálního života, člověk se vyhýbá lidem, sociálním kontaktům, stahuje se do izolace, často vstupuje do závislého vztahu s jedním člověkem.

Prožívá pocity bezmocnosti, pocity chycení v pasti, sebelítosti, osamocení.

Na přívětivost reaguje agresivně. Vystupuje ze vztahovosti ke všem a ke všemu.

Pokud se jedná o člověka pracujícího s klienty, tak již nedokáže uvidět klienta v jeho potřebách, nevidí ho přes svoji velkou sebelítost. Znevažuje druhé, nevidí hodnotu druhých, je k nim cynický.

9. Depersonalizace (ztráta pocitu pro vlastní osobu)

Člověk se stává sám sobě cizí, má narušený vztah sám k sobě, prožívá směrem k sobě pocit cizoty. Fungování je automatické. Vzrůstají psychosomatické obtíže.

10. Vnitřní prázdnota

Člověk není ve vztahu se svým prožíváním. Střídají se u něho stavy vnitřní prázdnoty s negativními emocemi, jako je zoufalost, úzkost, strach z lidí, fobie. Není nikde zakotven, stahuje se do izolace, má negativní postoj k životu. Prožívá nechuť, odporu proti sobě, proti druhým, nakonec proti všemu. Excesivně se opíjí, přejídá, konzumuje sex.

11. Deprese a vyčerpání

Pád do deprese a velkého tělesného vyčerpání, zde má člověk již jedinou touhu mít klid, moci spát. Prožívá beznaděj, hrozí velké riziko sebevraždy.

12. Úplný BOS, úplné vyhoření

Zde je člověk ohrožen ve všech rovinách – tělesné, psychické, imunitní – kterým hrozí selhání.

Christine Maslach rozděluje stádia syndromu vyhoření většinou do čtyř období (také Karazman 1994, Burisch 1989):

1. Idealismus a přemrštěné požadavky
2. Emocionální a fyzické vyčerpání
3. Dehumanizace jako ochranný „prostředek“
4. Terminální stádium: syndrom nechuti, odporu (proti sobě, proti druhým, nakonec proti všemu) a zhroucení („vnitřní“ výpověď , nemoc).

Teoretické zázemí syndromu vyhoření

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

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

Významným teoretickým zdrojem, poskytující zázemí koncepci vyhoření, jsou **poznatky o stresu**, jenž je nejčastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Psychosociální stres, pracovní i mimopracovní, je intenzivně studován. Ve vztahu k vyhoření se jedná o chronický stres, neboť akutní stres k vyhoření nevede.

Důležitost tohoto směru výzkumu je zdůrazněna jednak výsledky statistik, ukazující, že více než 70 % absencí v práci z důvodu pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem. Pracovní i mimopracovní oblasti 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 zasahují do prožívání v druhé oblasti.

Dle Karazmana (1994) je počátek syndromu vyhoření vysvětlován **dlouhodobým přílišným zatížením, kladením příliš velkých požadavků, intenzivním nasazením**, což v konečném důsledku vede k emocionálnímu vyčerpání, zvěcnění vztahů a ke ztrátě sebedůvěry, která je spojena se ztrátou výkonu. Přičemž nekolísající a vysoký výkon je pokládán za standard, s malou či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů.

Ukázalo se, že **vysoce stresogenní je práce** charakterizována vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti. Výzkumy

prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění.

Druhý významný teoretický zdroj pro vysvětlení koncepce vyhoření je existencialismus, který se stal pro řadu psychologů a psychiatrů, zabývajících se otázkami psychologických aspektů vztahů mezi zdravím a nemocí, velmi inspirativním zdrojem. Následující text se podrobně věnuje existenciálně analytické koncepci syndromu vyhoření.

Koncepce etiologie syndromu vyhoření dle Schaaba

Existují různé modely pro vysvětlení etiologie syndromu vyhoření. Následuje koncepce dle Schaaba (1993), ve které je etiologie rozdělena na tři navzájem se doplňující modely vysvětlení, a do které je také implementována existenciálně analytická koncepce syndromu vyhoření:

- 1. Individuálně-psychologické vysvětlení** zdůrazňuje rozdíl mezi vysokým očekáváním ve vztazích v práci a realitou každodennosti.
- 2. Sociálně-psychologické vysvětlení** vidí přitěžující styk s druhými lidmi jako příčinu (např. Maslach).
- 3. Organizačně-psychologické vysvětlení** vidí příčinu BOS v organizaci (např. Cherniss 1980: málo autonomie, konflikty rolí, malá finanční podpora a nedostatečná zpětná vazba od vedení, chybějící respekt, malá nosnost týmu, silná konkurence, silný tlak na výkon).

Následuje existenciálně analytická koncepce syndromu vyhoření. Jedná se přitom o individuálně-psychologický model vysvětlení.

Existenciálně analytická koncepce etiologie syndromu vyhoření

Syndromem vyhoření rozumíme práci, vztahem a systémem podmíněný přetrvávající stav vyčerpání. Vyčerpání postihuje nejdříve to, jak se člověku daří, jak se cítí, později pak také postihuje rozhodování, zaměření, postoje a konání člověka, v neposlední řadě má vyčerpání také vliv na jeho tělesné zdraví.

Vyčerpání ovlivňuje všechny tři dimenze člověka, které popsal Frankl ve své antropologii, tedy:

- **tělesnou dimenzi** v podobě fyzické slabosti, funkčních poruch (např. nespavosti, bolesti hlavy), náchylnosti k nemocem, snížené imunity, napětí svalů šíje a zad, bolesti zad
- **psychickou dimenzi** formou ztráty chuti do života, smutkem, ztrátou radosti, emocionálním vyčerpáním, dráždivostí
- **noetickou dimenzi** tím, že člověk ustupuje z nároků, požadavků a vztahů, objevují se v něm znehodnocující postoje k sobě samému a ke světu.

Přetrvávající porucha toho, jak se člověk cítí, tvoří pozadí emocionálního prožívání, které masivně zabarvuje a podmiňuje všechny další zkušenosti. Prožívání sebe sama a světa se kvůli přetrvávajícímu nedostatku fyzické a psychické síly vyznačuje pocitem prázdnoty, který jde ruku v ruce s narůstající ztrátou duchovní orientace.

K prázdnotě se přidružuje dříve či později pocit nesmyslnosti, který se rozšiřuje na stále více aspektů života (od práce na volný čas a osobní život) a nakonec může zasáhnout celý život.

Existenciální analýza (dále jen EA) a logoterapie (dále jen LT) mají k tématu syndromu vyhoření mnohé co říci, neboť v teorii EA a LT nacházíme prvky syndromu vyhoření již v roce 1955, kdy Frankl definoval pojem „**existenciální vakuum**“.

Existenciální vakuum je definováno na základě dvou deficitů:

1. **ztráty zájmu, vztahu** k věci, která vede k prožitku dlouhé chvíle, k prožitku prázdnoty,
2. **ztráty iniciativy, angažovanosti**, která vede k apatii.

V důsledku ztráty zájmu a iniciativy vzniká bezedný **pocit nesmyslnosti**. Existenciální vakuum neznamená hned patologii, je výrazem hledání. Pokud existenciální vakuum přetrvává dlouho, tak přechází do **noogenní neurózy**, kdy člověk ztrácí schopnost být ve vztahu, tzn. že se přestává vztahovat k lidem, věcem, situacím, k životu a rovněž ztrácí existenciální smysl.

Noogenní neuróza má podobnou symptomatologii jako syndrom vyhoření, ale není u ní tolik somatických projevů. Pro noogenní neurózu a syndrom vyhoření je společné to, že člověku chybí existenciální smysl.

U syndromu vyhoření se rovněž vyskytuje pocit prázdnoty a pocit nesmyslnosti. Apatie zde není následek, nýbrž se jí spíše rozumí jako příčině ztráty iniciativy. Prožitek dlouhé chvíle naproti tomu skutečně nepřichází.

Pro převahu obou hlavních symptomů existenciálního vakua, tzn. pocitu prázdnoty a nesmyslnosti, by mohl být syndrom vyhoření v LT a EA označen jako určitá forma existenciálního vakua, při které ovšem dominuje v klinickém obraze vyčerpání.

Existenciálně analytický pohled na vývoj vyčerpání

Jak bylo výše uvedeno, tak syndromem vyhoření dle existenciální analýzy rozumíme práci, vztahem, systémem podmíněný neustávající stav vyčerpání.

V daném kontextu lze za zásadní považovat odpověď na otázku: „**Jak vznikne toto vyčerpání?**“ Aby bylo možno lépe porozumět rozvoji vyčerpání, tak nejdříve následuje existenciálně analytické pojetí vnitřního naplnění člověka.

Vnitřní naplnění může být definováno jako výsledek života, ve kterém člověk realizuje a uskutečňuje hodnoty, které on sám skutečně prožívá, a to oproti hodnotám obecným. Uskutečňováním toho, co je pro člověka hodnotou, prožívá pak svůj život jako naplněný a smysluplný.

Pokud člověk prožívá vnitřní naplnění, tak ho jeho prožitek vnitřního naplnění „podrží“, i když se dostaví únava a vyčerpání, protože vztah k sobě samému a prožitý vnitřní souhlas s činností a její hodnota nadále zůstávají přítomni v jeho prožívání. K vnitřnímu naplnění dochází dle EA, když člověk odpoví na určitou, konkrétní situaci či zachází s touto situací tak, aby se vyvíjela k dobrému či aby se z ní stalo něco dobrého. Jestliže člověk takto zachází se situací, vztahy, životem, tak naplňuje svůj život existenciálním smyslem.

Existenciální smysl dává životu barevnost, strukturu, naplnění. Když se mu člověk otevře, pouští do svého života hodnoty, které se ho mohou dotknout, které ho mohou oslovit, jsou pro něho inspirací, dávají směr, vytyčují cestu v životě.

Naproti tomu život, který sleduje jen tzv. **zdánlivý smysl**, tzn. když při činnosti nejde o samotnou věc, úlohu, člověka, ale když je tato činnost jen prostředkem k dosažení něčeho (má účel např. sociální akceptace, prestiže, finančního zajištění), vede do prožitkové prázdnoty. Takový život je vysilující, způsobuje stres. Místo radosti z tvoření je v nejlepším případě pocíťována hrdost z výkonu. Hrdost a pýcha ale člověka nezahřeje. Samotný odpočinek a uvolnění nenahradí prázdnotu, do které se člověk denně znovu a znovu dostává následováním zdánlivého smyslu.

Porovnání existenciálního a zdánlivého smyslu přibližuje následující obrázek č.1.

Porovnání existenciálního a zdánlivého smyslu

	Existenciální smysl	Zdánlivý smysl
	<ul style="list-style-type: none"> • Naplnění <i>navzdory únavě</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Vnitřní prázdnota <i>navzdory odpočinku</i>
Motivační pól	„ Chci “	„ Musím “
Život Prožívání	<ul style="list-style-type: none"> • Tvořivý, tvůrčí <i>(jsem jeho tvůrcem)</i> • Oddanost, obětavost • Bohatý na prožitky • Osobní <i>(je to můj život)</i> • Svobodný <i>(cítím se volně)</i> • Zodpovědný <i>(zodpovědnost)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Vyčerpávající, vysilující <i>(jsem určován, život je utvářen)</i> • Propůjčení se k něčemu <i>(k něčemu špatnému)</i> • Chudý na prožitky • Věcný <i>(neosobní, není můj)</i> • „Jsem nucený“ • Povinný, závazný <i>(povinnost)</i>

Obrázek č.1

Z pohledu existenciální analýzy můžeme vysvětlit syndrom vyhoření jako poruchu duševního stavu, která vzniká z **deficitu pravého existenciálního smyslu**, tzn. zároveň také z deficitu vnitřního naplnění.

Teze A. Längleho

Další část práce popisuje teze A. Längleho, které vyjadřují, jak existenciální analýza pojímá příznaky, etiologii i vlastní genezi syndromu vyhoření.

Teze 1

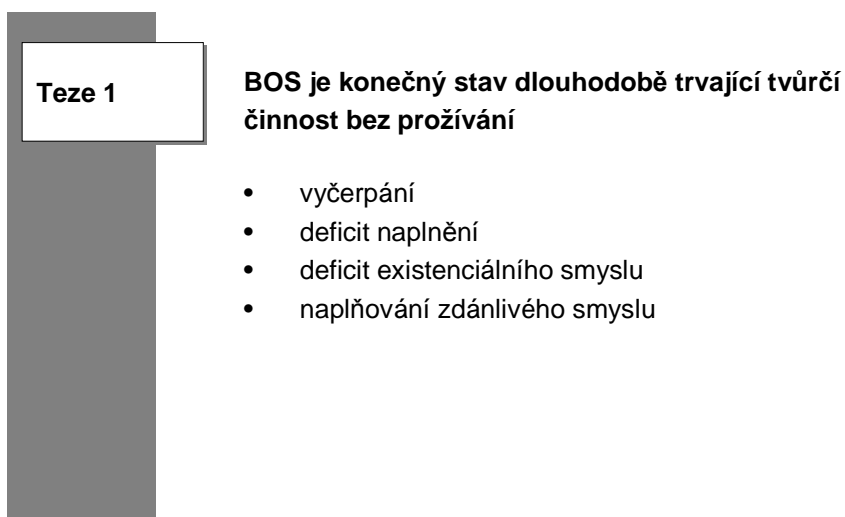
Syndrom vyhoření je konečný stav dlouhodobě trvajících tvůrčí činnosti bez prožívání (viz dále obrázek č. 2).

Tezi lze rovněž formulovat jinak: Právě naplnění v práci je nejlepší ochrana před vyhořením. Pokud člověk pracuje na věci s radostí a zájmem a může práci prožívat, není v riziku, že sklouzne do syndromu vyhoření, nýbrž je na cestě smysluplné a naplněné existence. Tento pocit je ovšem třeba odlišit od pocitů nadšení, idealizace, entusiasmu, idealismu, které se však nevztahují k samotnému obsahu věci.

Dalším zásadním faktorem pro vývoj syndromu vyhoření je, když práce je to jediné, co člověk má, je na ní závislý nebo čerpá pouze z ní (nemá nikde nic jiného, z čeho by čerpal energii, kde by se mohl odreagovat, kompenzovat frustrace).

Obrázek č. 2.

BOS – teze



Teze 1

BOS je konečný stav dlouhodobě trvajících tvůrčí činnost bez prožívání

- vyčerpání
- deficit naplnění
- deficit existenciálního smyslu
- naplňování zdánlivého smyslu

Pokračujeme-li dále v objasňování toho, jak může vzniknout tak masivní a dlouhotrvající deficit vnitřního naplnění, dostaneme se k **motivační teorii divergence mezi subjektivní motivací** (intencí, úmyslem, záměrem) **a objektivní činností, prací**, tzn. např. vyrovnaní se s úkolem, spolupráce s kolegy (viz obrázek č.3).

Když člověk přichází do práce, je zaměřen na úlohu, na jedinečnost této práce, dělá práci, jak nejlépe umí, zajímá ho, tzn. že je ve vztahu ke své práci, dává jí svůj vnitřní souhlas, vnitřně souhlasí s tím, co dělá, a zároveň je za tuto svoji práci odpovídajícím způsobem oceněn finančně, uznáním, prestiží, důležitostí.

Zásadní je, že subjektivní motivace, záměr a objektivní činnost jsou ve shodě, „jdou tzv. pospolu“.

Časem však může docházet ke změnám, např. podmínky v práci již nejsou tak dobré, člověk dělá práci již mnoho let rutinně, již ho práce tak nepřitahuje, netěší. Také člověk se vyvíjí, zraje, mění se mu životní hodnoty, ubývají mu síly, opotřebovává se. Objevují se otázky, např. „Chci té práci něco dále dát?“ či „Chci ji dále rozvíjet?“

Zároveň se mohou objevovat pocity: „Takto dál se nedá žít, práce již pro mě není zajímavá, vyčerpává mě...“. Současně ale člověk touží či cítí potřebu získávat peníze, ocenění, prestiž. S pomocí shora uvedeného vymezení se blížíme k zásadnímu momentu, jak je možno zacházet s takovouto situací:

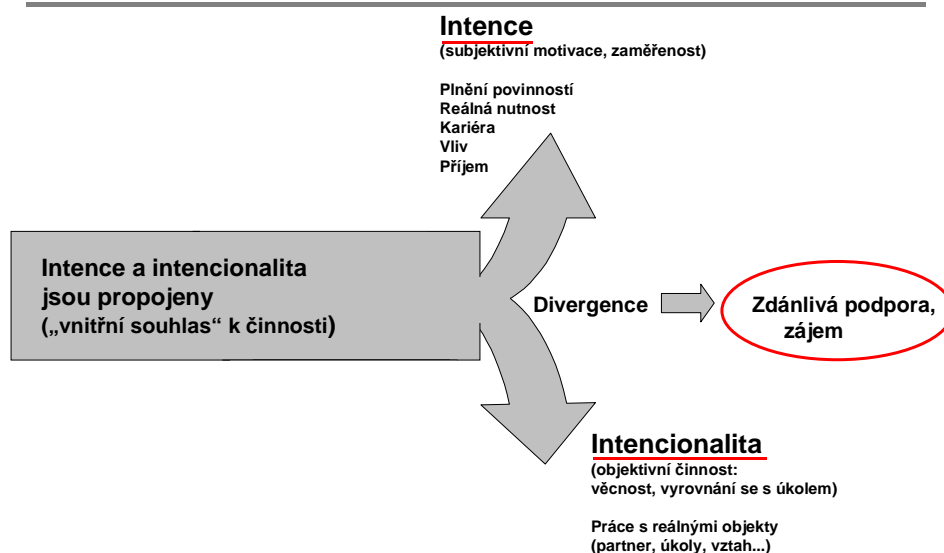
1. Mohu svoji práci prozkoumat, podívat se na ni a případně přehodnotit své postoje, hodnoty. Výsledkem může být, že najdu nějakou hodnotu, pro kterou mi stojí za to v práci zůstat.
2. Mohu v práci zůstat dále jen kvůli penězům, prestiži, že je to pro mě příjemné, pak mě práce přestane naplňovat, zahřívát. Začnu se cítit jako v kleci a mohu chtít, aby ta klec byla alespoň co „nejzlatější“.

Pokud člověk přestává chodit do práce kvůli samotnému obsahu práce, ale dochází tam kvůli tomu, aby získal hodnotu, prestiž, tak tím **odpovídá na svoji vnitřní potřebu**. Práce se pak stává prostředkem k uspokojení této vnitřní potřeby a hrozí riziko syndromu vyhoření.

Čím větší a hlubší vnitřní potřebu má člověk, aby se mu něčeho dostalo zvnějšku, např. nemá stabilní vztah k sobě, není pevný v prožitku své vlastní hodnoty, tím je více ohrožen vyhořením. Pokud přetrvává takováto motivace k práci dlouhodobě, tak v **člověku začíná převažovat pocit „Musím a nemohu jinak!“**

Tento prožitek je pro rozvoj syndromu zásadní, a přitom zde nejde tolik o intenzitu a kvantitu práce!

Vznik deficitu naplnění



Obrázek č.3

Zaměřenost jednání člověka ohroženého syndromem vyhoření přestává sloužit dané věci, danému úkolu, ale slouží např. jeho kariéře, vlivu, příjmu, uznání, pochvale, sociální akceptaci, pouhému plnění povinností nebo uvolnění se od reálných tlaků, od kterých chce být osvobozen či kterých chce být zbaven.

Pomoc, rozhovor, práce se neděje pro konkrétního člověka, ale kvůli vytyčenému úkolu. Lidé a úkoly jsou v podstatě dokonce i zaměnitelné, neboť jde o činnost, a ne o hodnotu objektu. Podpora není proto pravá, ryzí, nýbrž je to **podpora pouze zdánlivá**.

Teze 2

Längle výše zmíněné shrnul do následující teze: **Syndrom vyhoření vzniká z formální motivace (tzn. motivace, která se přímo nevztahuje k samotnému úkolu) a vede proto pouze k formálnímu zájmu o práci, věc, úkol, člověka. Jednání se odvíjí zpravidla ze subjektivní vnitřní potřeby člověka a teprve sekundárně z objektivní potřeby.**

K vývoji pravého syndromu vyhoření je třeba **iniciální potřebnost**, ve které je zakotven psychickou nemoc způsobující životní postoj. Typický způsob rozvoje syndromu vyhoření nespočívá ve vnějším nezbytném čase, nýbrž začíná plíživě během každodenní práce.

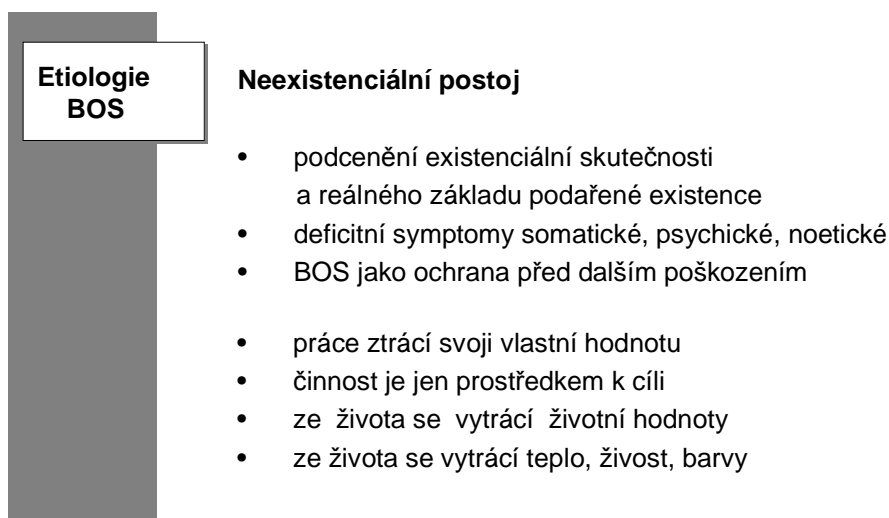
Existují rovněž případy lidí, jejichž životní postoje nemají na pozadí subjektivní deficit, nýbrž své životní postoje převzali od druhých nebo z přesvědčení, případně jsou odvozené z postojů k víře.

Pokud člověk se není schopen zavčas adaptovat na vznikající stav nedostatku nebo se syndrom vyhoření dokonce opakuje, tak je možno si klást otázku, zda psychická porucha, případně potřebnost není příčinou fixace postojů a jednání.

Existenciálně analyticky se samozřejmě ptáme na specifický postoj k životu, který vede člověka k takovému jednání, které přestává sloužit věci, úkolu, ale slouží např. kariéře, vlivu, příjmu, uznání, pochvale, sociální akceptaci, pouhému plnění. Tento postoj může být vědomý nebo nevědomý, ale v každém případě odráží subjektivní pohled člověka a jeho pochopení toho, na čem v životě záleží.

Tento tzv. **neexistenciální postoj** nezahrnuje v sobě reálné podmínky a základy podařené lidské existence, ze života se vytrácejí životní hodnoty, existenciální smysl, činnost se stává jen prostředkem k cíli, to vše pak následně vede k deficitní symptomatologii na somatické, psychické a noetické rovině, tzn. k příznakům syndromu vyhoření (viz. obrázek č.4).

Etiologie BOS z pohledu existenciální analýzy



Obrázek č. 4

Syndrom vyhoření začíná odcizením práce. Práce ztrácí svoji vlastní hodnotu, člověk ztrácí radost z práce, ztrácí se mu a odcizuje obsah práce, nepřitahuje ho hodnota práce.

Práce tak postupem času nemá pro člověka vlastní hodnotu a stává se pro něj jen užitkovou hodnotou, tzn. prostředkem k naplnění určitého cíle. Tato silná orientace na cíl je vyjádřením životního postoje, tedy toho, co si člověk myslí, že je v životě podstatné proto, aby žil plnohodnotně.

Vzhledem k tomu, že tento životní postoj není orientován na reálnou skutečnost světa a na skutečné potřeby naplněné existence, jde tzv. životem stranou, jedná se o neexistenciální postoj, jenž vede k plnění formálních cílů.

Tím vlastní život ztrácí životní hodnoty. Jelikož hodnoty v nás vyvolávají emocionalitu, tak úbytkem hodnot v našem životě začíná být naše emocionalita plochá, ze života se nám vytrácí teplo, živost, barvy.

Tím, že člověk životem nabízené úkoly využije k vlastním cílům, lze říci, že „**tyto cíle spálí a v jejich popelu se jeho život začne ochlazovat**“.

Teze 3

Pro syndrom vyhoření je charakteristický na cíl zaměřený životní postoj s následující ztrátou životních pocitů (obrázek č. 5).

Tím, že člověk podceňuje či vůbec nevnímá existenciální skutečnost, tak tím nerespektuje:

- jednak vlastní hodnotu u druhých lidí, věcí, předmětů, úkolu, což vede k zvěcnění vztahů (hodnoty vztahů),
- jednak nebere dostatečně vážně svoji vlastní hodnotu a hodnotu svého života, který bude používán jako prostředek k cíli stejně tak jako věci a lidé.

Pocity, tělo, potřeby a smysl pro správné je vytlačováno stranou, čímž člověk ztrácí vztah k sobě samému. Následkem je emocionální stáhnutí se od sebe sama a život v diskordanci se sebou samým („mé srdce není při tom“).

Život s nerespektováním vlastní hodnoty druhého a svého vlastního života vyúsťuje do stresu. Popisuje se jako stres vztahující se k prožitkům, které vznikají z chybějícího se dotyku hodnot: „To, co dělám, nevnímám a nepociťuji jako hodnotné.“

Längle zde hovoří o **existenciálním stresu**, v jehož základu leží chybějící souhlas, vnitřní souhlas s tím, co člověk dělá, co nyní žije.

Toto je existenciálně analyticky nejhlubší odmocnina existenciálního stresu: člověk dělá něco, aniž by to skutečně chtěl a aniž by byl u toho srdcem (tzv. „diskordance života“).

BOS – teze

Teze 3

V BOS se ukazuje na cíl zaměřený životní postoj s následující ztrátou životních pocitů

- nerespektování vlastní hodnoty druhých lidí, věcí, předmětů, úkolu, což vede k zvěcnění vztahů
- nerespektování vlastní hodnoty, hodnoty svého života
- život bez respektu k vlastní hodnotě druhého a sebe samého s sebou přináší existenciální stres
- v základu existenciálního stresu leží chybějící souhlas s tím, co dělám, co nyní žiji

Obrázek č. 5

Když člověk vykonává delší dobu činnost a vynakládá přitom úsilí a čas bez vnitřního vztahu k tomu, co dělá, nevidí vlastní hodnotu úkolu, nemůže pak dát k jeho obsahu vnitřní souhlas a nemůže se mu tak skutečně oddat. V prožívání člověka se postupně objevuje **vnitřní prázdnota, pocity vyprázdnění, deficit naplnění, psychická potřebnost a ztráta životních pocitů, což vše vyústí uje do depresivního prožívání.**

Člověk se chrání, vyhýbá, nevstupuje do žádných vztahů, neboť nedává tomu, co dělá, vnitřní souhlas, čímž nastává jeho „emocionální smrt“: práce neoživuje, je smrtící, likvidující nebo je plytkou náhražkou za chybějící blízkost a nepřicházející dotek bytí, jak je tomu při afirmativní přímosti, upřímnosti situace. Člověk sám je „bez života, neživý a prázdny“.

Teze 4

Za BOS stojí dvojí chudoba vztahů: jednak navenek k druhým lidem a činnosti, a jednak dovnitř k sobě samému a svým emocím.

Syndrom vyhoření vzniká jako sled více kroků, jejichž výstup navazuje na **neexistenciální životní postoj**, tedy na postoj, který sice také hledá naplněný život, ale neorientuje se na podmínky .

Kaskáda jde průběhem přes **existenciální vakuum** (deficit naplnění), přes motivaci, která se přímo nevztahuje k samotnému obsahu činnosti, což má za následek vznikající subjektivní vnitřní deficit člověka a životní postoj hledící primárně na prospěch, v němž chybí vnitřní souhlas. To vede k **nevztahovosti** k druhým lidem a k sobě samému a ústí do poruchy druhé základní osobní motivace, která se projevuje symptomy depresivního okruhu.

Syndrom vyhoření je typem deprese (dle Kielholze deprese z vyčerpání) bez traumatizace a bez biologických změn. Deprese přichází sama přes pomalou ztrátu životních hodnot a přes ztrátu vztahů. Rozvíjející se nevztahovost člověka souvisí s nedostatečným prožitkem jeho vlastní hodnoty.

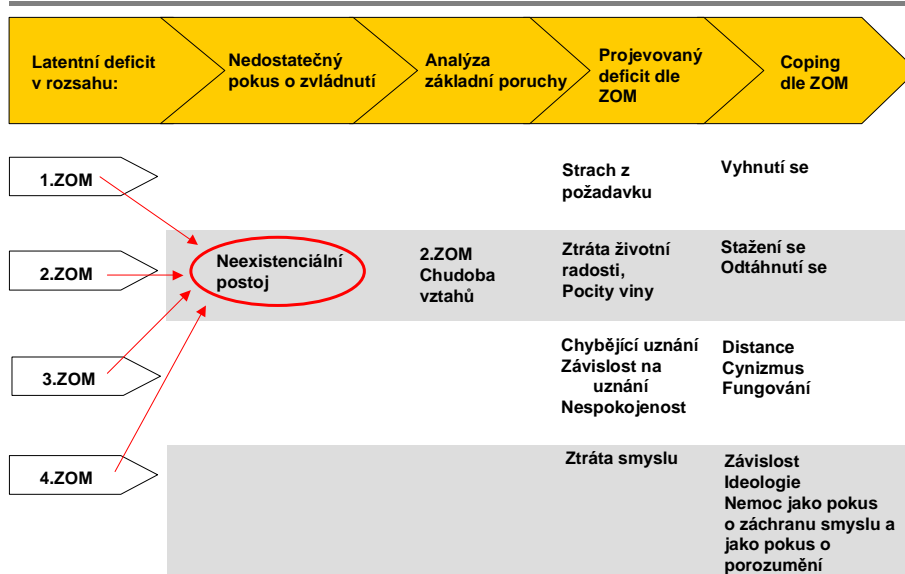
Ch. Maslach říká, že pravda o vyhoření je ta, že člověk má deficit v prožitku vlastní hodnoty, pracuje pro peníze, aby si zvýšil vlastní hodnotu, což vede k depresi, k vyhoření.

Jako nejhlubší příčina a zdroj vyhoření z pohledu existenciální analýzy je považován **deficit v existenciálních základních osobních motivacích**, které budou popsány dále.

Teorie základních osobních motivací popisuje čtyři základní lidské podmínky, předpoklady plné existence. Zásadní je, v jaké míře se člověk vypořádává s důležitými obsahy jednotlivých existenciálních rovin motivace, které mají povahu potřeby.

Pokud tyto základní podmínky existence jsou blokovány či nerozvinuty, jak tomu může být právě u člověka se syndromem vyhoření, netvoří se v dostatečné míře jeho základní zkušenost, schopnosti, dovednosti a postoje k vnějšímu i vnitřnímu světu a dochází k omezení jeho existence, tzn. že jeho chování přestává být svobodné a je zajišťováno psychodynamicky, např. obrannými mechanismy (viz obr.č. 6).

Analýza neexistenciálního postoje



Obrázek č. 6

Tím pak nejsou dány předpoklady pro existenciální postoj a člověk nemůže či neumí žít s vnitřním souhlasem.

Syndrom vyhoření ústí primárně do chudoby vztahů. Důsledkem je manifestující se konečný stav nedostatku převážně na rovině 2. ZOM v podobě depresivního syndromu.

Neexistenciální postoj může být také přímo odvozen z osobní dimenze, např. z přesvědčení o víře, vyznání (např. když člověk přijímá víru rigidně, automaticky, když jí nedá svůj vnitřní souhlas).

Za určitých podmínek může člověk „převzít, či naučit se“ neexistenciálnímu postoji, např. když se identifikuje se skupinou, která má tendenci k neexistenciálním postojům, myšlení a prožívání.

Podstatou neexistenciálního postoje je, že člověk nemůže či neumí žít s vnitřním souhlasem, nedává souhlas k činnosti, jednání, vztahům, životu, který žije.

Život bez souhlasu vede k psychickému zatížení a poruchám. Lze říci, že i u relativně zdravého člověka, který vlastní dost psychické síly a na osobní rovině fandí ideálům a životním cílům, povede nevztahovost života k rozvoji vyhoření.

Jedna a tatáž situace nicméně nemusí bezpodmínečně mít za následek vyhoření, neboť se mohou fixovat copingové mechanismy, které vedou k fixování způsobu chování a které se mohou projevit jako neurotická deprese, případně při enormně velkém ztížení konečně mohou také způsobit psychotickou dekompenzaci.

Za neexistenciálním postojem je ukryt **deficit v základních osobních motivacích existence**, a ten dle Längleho představuje poslední příčinu pro rozvoj syndromu vyhoření z pohledu existenciální analýzy (viz obr.č. 7).

- **Deficit může vzniknout v rozsahu první základní osobní motivace, kde jde člověku o setkání se s bezpečím, ochranou, prostorem a přijetím ve světě.**

Nedostatek zkušenosti podržení vede k pocitu nejistoty a ohrožení. Takoví lidé jsou pak náchylní k rigidně uspořádané činnosti, na kterou se „pověsí“, protože v ní hledají oporu, podržení. Dělají všechno proto, aby si tento zajištěný, chráněný životní prostor udrželi, zachovali. Pokud se to nedaří dostatečně, tak se objevuje úzkost, strach, u vyhoření strach před požadavky.

- **Druhá základní osobní motivace se vztahuje k emocionální kvalitě života, k náklonnosti ke svému bytí jako hodnotě.**

Poruchy na této rovině, např. blokována emocionalita, strach ze vztahů, emocionální přetížení a zahlcení vedou k základnímu pocitu závaznosti, k pocitům viny a k depresi.

Takoví lidé jsou náchylní k pomáhajícím profesím, v kterých však i přes jejich snahu neunikají pocitům viny a jako v žaláři vlastní potřebnosti se propůjčují pro druhé. Bojují o to, aby pro druhé nebyli zátěží. Vlastní nároky a požadavky staví stranou, nechtějí být špatní, nechtějí být zátěží.

- **Třetí základní osobní motivace se zabývá tím, jak se člověk sám cení, jestli sám sebe vnímá jako hodnotu, zda zažívá pocit, že smí být takový jaký je, a jak cítí oprávněnost vlastní existence před sebou a druhými.**

Člověk touží být ctěný, vážený od svých bližních a také sám od sebe. Poruchy v tomto obsahu dělají člověka náchylným na svody, lákadla (tzn. něco, co člověku nabízí pocit „zvýšení vlastní hodnoty“), jako např. kariéra v zaměstnání, prestiž, peníze.

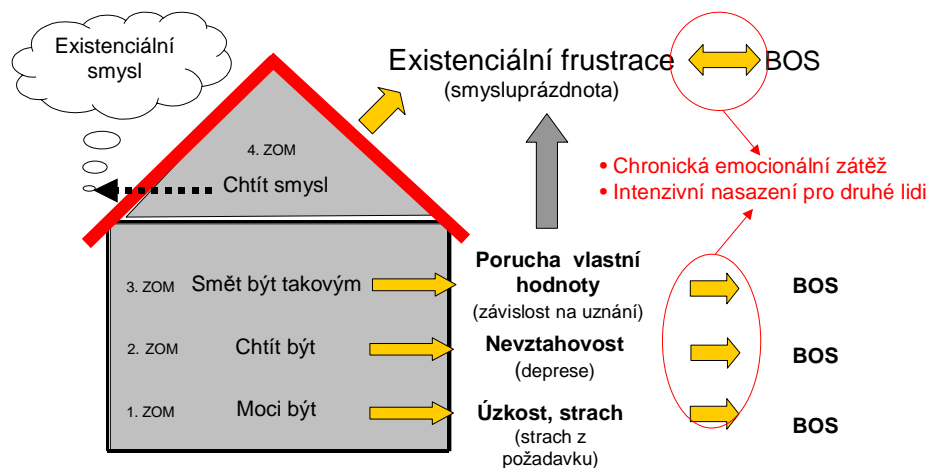
Potřebnost zde existuje v poruše vlastní hodnoty, která dělá člověka závislým na uznání, deficit se může projevit až v poruše osobnosti. Úsilí člověka pak směřuje k tomu, aby byl bližními ctěný a uznávaný.

- **Čtvrtá základní osobní motivace se již neváže jen na člověka, jeho osobu, ale vztahuje se k vnějšmu světu člověka, k požadavkům situace. Týká se nalezení smyslu, tedy té největší souvislosti, spojitosti, v které člověk může rozumět sám sobě a svému životu. Dodává životu směr, reprezentuje ji touha po naplnění, radosti, smyslu.**

Člověk je k nalézání smyslu skutečně svobodný teprve tehdy, když jsou v dostatečné míře naplněny první tři základní osobní motivace.

Pokud tomu tak není, tak je člověk náchylný ke zdánlivému smyslu (např. módní proudy, společensky uznávané cíle, ideologické vysvětlení) a v konečném důsledku až k syndromu vyhoření.

Etiopatogeneze BOS dle existenciální analýzy



Obrázek č.7

Teze 5

Poslední teze Längleho, uvedená v této práci, má formu pragmatického pravidla, a to:

Kdo více než polovinu času je zaměstnán věcí, kterou nedělá rád, jestliže není u ní srdcem nebo z ní nemá radost, tak může dříve či později počítat s rozvojem syndromu vyhoření.

Diferenciálně diagnostické úvahy

V předcházejícím textu bylo opakovaně zmíněno, že syndrom vyhoření se v klinickém obraze hodně blíží či je identický s klinickým obrazem deprese.

Sám Freudenberger nazval 11. stádium vývoje syndromu vyhoření „deprese a vyčerpání“, kdy člověk upadá do deprese a velkého tělesného vyčerpání a má již jedinou touhu mít klid, moci spát, prožívá beznaděj a je ohrožen sebevraždou.

Také např. Kielholz pojímá syndrom vyhoření jako určitý typ deprese z vyčerpání, bez traumatizace a bez biologických změn.

Vzhledem k velké podobnosti klinického obrazu u vyhoření a deprese následují stručně jejich vzájemné odlišnosti.

Na rozdíl od deprese, s níž má vyhoření řadu shodných symptomů (smutná nálada, pocit zmaru, ztráta motivace a energie, pocity bezcennosti), která má však negativní vliv na celou řadu životních aktivit a prostoupí celou osobnost, se negativní působení vyhoření omezuje hlavně v počátečních stádiích převážně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho následků.

Dobře lze od vyhoření odlišit tzv. larvovanou depresi, jednak proto, že u ní chybí hlavní depresivní symptom, tzn. smutná nálada, jednak vzhledem k manifestním somatickým a vegetativním potížím, jež se většinou odlišují od potíží, typických hlavně pro počáteční stadia vyhoření. Dobře lze odlišit depresivní symptomatiku u vyhoření od bipolární afektivní poruchy.

Obtížnější bývá správně diagnostikovat výskyt depresivního ladění či depresivní reakce, pojící se k celkovému obrazu vyhoření od endogenní deprese. Výrazným distinktivním znakem je sezónnost výskytu a tzv. ranní pessimismus typická pro endogenní depresi, kdežto u vyhoření je depresivní ladění horší spíše k večeru.

Rozdíl lze spatřovat též v „odklonitelnosti“ podstaty vyhoření: po přeladění psychiky na nepracovní téma lze očekávat dosti výrazné zlepšení, i když ne dlouhodobé a převážně jen

v počátečních stádiích vyhoření. V poruchách spánku se objevuje často odlišnost v tom, že u endogenní deprese jde spíše o buzení se v průběhu spánku, zatímco u depresivního ladění spojeného s vyhořením jde o obtížné usínání.

Syndrom vyhoření lze považovat za následek dlouhotrvajícího pracovního stresu, jakým jsou například pracovní požadavky, které přesahují možnosti člověka nebo pro které se musí vzdát svých vlastních důležitých potřeb nebo zájmů. Tento dlouhodobý stres může „oživit“ latentní deficit v základních osobních motivacích (nejčastěji na třetí základní osobní motivaci), na jehož základě se může psychický stav člověka dekompenzovat až do obrazu syndromu vyhoření. Tento latentní deficit by se nemusel klinicky projevit, kdyby tlak zvenku např. na výkon nebyl tak intenzivní.

Rozvoj syndromu vyhoření je vleklý proces a je spojen s obrovským vyčerpáním. Člověk mívá před rozvojem syndromu vyhoření život obvykle bohatý na hodnoty a hodnoty ho oslovují a přitahují.

Naproti tomu člověk trpící **depresí** má dle existenciálně analytické diagnostiky primárně deficit v druhé základní osobní motivaci. Ten způsobuje, že člověk nemá v sobě tak pevně zakotvené hodnoty, hodnoty člověka ani před vypuknutím deprese příliš neoslovovaly, nedotýkaly se ho. Člověk trpící depresí by se nejspíše nevrhl do práce s tak velkým nasazením, zahořením jako člověk trpící syndromem vyhoření. Deprese se může rozvinout velmi rychle a může, ale také nemusí být spojena s tak velkým vyčerpáním jako je u syndromu vyhoření.

Odlišit od sebe syndrom vyhoření a depresi je velmi důležité pro následující terapeutické intervence, neboť z pohledu existenciální analýzy mají syndrom vyhoření a deprese jiné základní těžiště deficitu v základních osobních motivacích, a tím i jiné odpovídající terapeutické intervence.

Klasifikace syndromu vyhoření dle ICD 10

Přestože se hovoří o syndromu vyhoření a skutečně se jedná o skupinu specifických symptomů, syndrom vyhoření nebývá zatím většinou v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky. Některé speciální studie, ale i řada případů z výzkumné a klinické praxe přitom potvrzují oprávněnost pojetí vyhoření jako syndromu v klinickém slova smyslu v protikladu ke zjednodušujícímu pojetí ve smyslu psychické reakce, vyjadřující únavu.

Přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není dosud v našich sociokulturních podmínkách klasifikován jako choroba z povolání.

Úvahy o diagnostickém zařazení vyhoření jsou velmi důležité i vzhledem k potřebě přiznání pracovní neschopnosti klientům s akutními obtížemi při rozvíjejícím se syndromu vyhoření.

V mezinárodní klasifikaci nemocí, ICD 10, je syndrom vyhoření řazen k Z 73 „Problémům spojených s obtížemi při vedení života“, a to k Z 73.0, kde jsou další položky této kategorie: vyprahlost (vyhasnutí, vyhoření) a chybění relaxace a odpočinku. Zde je hlavní prostor pro diagnózu vyhoření.

V závislosti na konkrétním klinickém obraze může být syndrom vyhoření 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“. 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 souvislost se stresem chronické povahy.

Terapie syndromu vyhoření

Při kontaktu s klientem trpícím syndromem vyhoření se setkáváme s člověkem trpícím, zažívajícím vnitřní prázdnotu, beznaděj, který není skutečně svobodný k nalézání smyslu a jehož existence je omezena.

Terapie syndromu vyhoření začíná hledáním cest k odlehčení pro klienta v jeho aktuální situaci, včetně edukace. Dále intervence směřují k rozšiřování pohledu a zorného pole klienta na realitu, aby měl možnost uvidět veškeré hodnoty a možnosti dané situace.

Následuje terapeutická práce s nenaplněností potřeb jednotlivých základních osobních motivací. Aby klient porozuměl nejen tomu, co ho během vývoje oslabovalo, ale co ho naopak posilovalo a posiluje v jeho aktuálním životě, terapeut společně s klientem pátrají po deficitech a naplnění v jednotlivých základních osobních motivacích.

Poté existenciální analytik začíná pracovat specificky na existenciálních postojích.

Terapie celkově směřuje k tomu, aby se klient stal vnitřně svobodným, rozuměl sobě a světu, aby se choval autenticky, tzn. aby žil „to svoje vlastní“ s vnitřním souhlasem a zároveň odpovídal na nároky situace, života.

1. Odlehčení

V terapii v první linii začínáme se situačním i časovým odlehčením, s odlehčením ve vizi a v zaměření. S klientem hledáme v jeho konkrétní situaci, jak a na koho by mohl delegovat povinnosti a zodpovědnost.

Již na počátku a také během terapie je důležité se ptát na **následující faktory**, které mohou vést u člověka k vyčerpání:

- silné emocionální nasazení pro věc, práci, ideál
- silně konkurenční pracovní prostředí
- malá nosnost a podpora v pracovním týmu, individualismus

- málo pozitivního ohodnocení, nedostatečná pozitivní zpětná vazba
- chybějící spravedlnost např. ve finančním ohodnocení
- málo úspěchu
- silný tlak na výkon
- chybějící respekt
- nedostatečně férový přístup
- málo možností zasáhnout do práce (malý manévrovací prostor, chycení do systému)
- nemožnost odreagovat se, kompenzovat frustrace jinde, tzn. mimo práci

Pokud je pro člověka práce jen to jediné, co má, čerpá pouze z ní (nemá jiné zdroje, z kterých by mohl získat energii), pak je tento člověk na své práci závislý a je ve zvýšené míře ohrožen syndromem vyhoření, neboť tento faktor je zcela zásadní a rozhodující pro vývoj syndromu vyhoření.

V této první fázi terapie hledáme hranice, kde začíná a končí klientova zodpovědnost. Podporujeme ho, aby reálně uviděl, co může on sám skutečně udělat, aby si stanovil realistické cíle. K odlehčení dále přispívá probrání dysfunkčních článků a vzorců myšlení, odhalení chybných strategií a přijetí strategií ke zlepšení pracovního výkonu, efektu, přičemž supervize přepracování, úprava týmových konfliktů, konfliktů s nadřízenými stojí v popředí.

2. Rozšiřování pohledu a zorného pole klienta

V této fázi terapie se hledá, jak by se práce pro klienta mohla stát „atraktivnější“, hodnotnější. Terapeut se klienta ptá:

- a) Pro co je ochoten vydržet v této práci (např. pro peníze, pro děti, pro samu práci, pro jakou hodnotu by mu bylo možné v práci zůstat)?
- b) Není na práci něco, co by pro něho bylo dobré (např. cesta do práce, kolegové)?
- c) Klient znovu objevuje pozitivní stránky práce, hledá její přednosti.

3. Zpracování deficitů v základních osobních motivacích

Objasněním, ošetřením a zpracováním deficitů v rozsahu jednotlivých základních osobních motivací (ZOM) přesuneme pozornost a zájem od vnějších podmínek na postoj k životu a na strukturu smyslu, podle které je subjektivní život vystavěn.

Teprve následně je možné rozvíjení autentických existenciálních postojů, což představuje přímý prospěch z prodělaného syndromu vyhoření .

V tomto kontextu základní otázka zní: „**Co klient prací nejvíce dostává a co mu práce nahrazuje?**“ Zda se jedná o:

- jistotu, bezpečí (témata 1. ZOM)
- vztahovost, emocionalitu (témata 2. ZOM)
- potřebu uznání, být viděn, pozitivní hodnocení (témata 3. ZOM)
- hledání smyslu života (témata 4. ZOM)

Odpověď na tuto otázku naznačuje, kde leží **těžiště základní klientovy problematiky**.

Pro terapii syndromu vyhoření je důležité identifikovat, v které ZOM je těžiště deficitu a dle toho poté zvolit vhodný psychoterapeutický přístup.

Při práci s deficitem v ZOM je možno jít dvěma směry:

- Kde jinde člověk může získat to, co mu chybí a co získává prostřednictvím práce?
- Práce s biografií: Kde v životě člověka vznikaly jeho deficity, jeho vnitřní nenaplněnost?

Člověk si vybírá svoji profesi často podle toho, kde má nejhlubší deficit. Čím větší deficit má člověk v určité ZOM , tím větší je u něho nenasycenost určitého typu, tím více to člověk očekává a potřebuje získávat z venku.

Ale to, co dostává zvenku, tzn. např. ocenění, potvrzení sebe, tak není schopen v sobě dlouhodobě udržet, zakotvit tím, že by sám sebe potvrdil, ocenil, neboť to on neumí, nemůže.

Proto naplnění zvenku stále nestačí, potřebuje stále další naplnění a potvrzení. Člověk tomuto potvrzení zároveň příliš nevěří, ale stává se na něm závislým.

Z terapeutické zkušenosti vyplývá, že **nejhlubší a nejčastější deficit u syndromu vyhoření bývá na 3.základní osobní motivaci.**

Z tohoto důvodu je proto nezbytné se zaměřit a posilovat 3. ZOM, kdy ukotvujeme prožitek: „Kdo jsem vlastně já a jestli smím být takový, jaký jsem?“, aby identifikace a potvrzení vlastní hodnoty nemusely být a nebyly přes práci.

Postupně posilujeme všechny základní osobní motivace, které jsou oslabené, teprve pak je klient schopen zaujímat existenciálního postoje.

Následně existenciální analytik začne pracovat specificky na existenciálních postojích .

Znamená to, že podporuje klienta, aby žil své vlastní hodnoty v práci, ve vztazích, v rodině, ale také i v maličkostech, neboť z toho pak pramení pocit uspokojení, naplnění, pocity svobody a smysluplnosti v jeho životě.

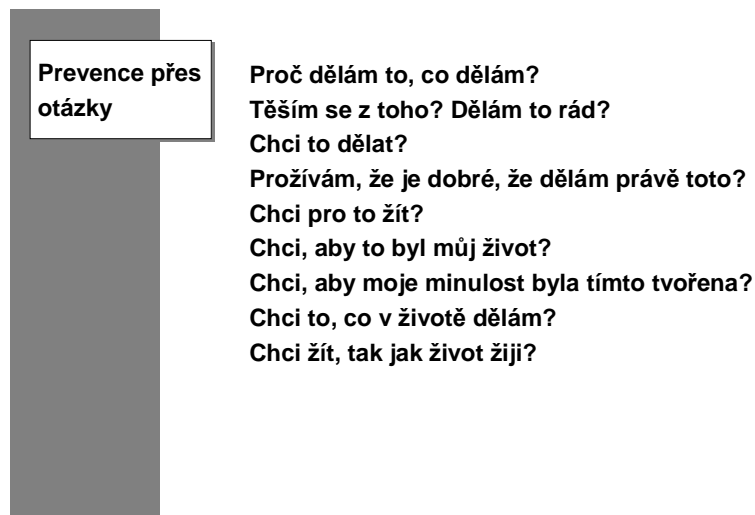
Teprve poté budou mít relaxační techniky a využívání nalezených zdrojů energie trvalý účinek.

Učení se a rozvíjení autentických existenciálních postojů tak představuje přímý prospěch, který vychází z prodělaného syndromu vyhoření.

Když bychom si položili otázku, co nám, terapeutům, mohou klienti trpící syndromem vyhoření předat či čemu nás mohou naučit, tak mi přichází odpověď v podobě následujících otázek, které bychom si měli jako terapeuti často pokládat a také pokládat klientům (viz následující obrázek č. 8).

Tyto otázky jsou pro nás všechny dobrovolné, mají ale svou váhu, je to váha života.

Terapie BOS dle existenciální analýzy



Obrázek č. 8

Pokud člověk odpovídá na tyto otázky s převahou „**ano, já chci**“, tak se pohybuje u **motivačním pólu „já chci“**, tzn. že žije „to svoje vlastní“ s vnitřním souhlasem a zároveň odpovídá na nároky situace, života.

Josef Čapek řekl: „Celý náš život se odehrává mezi tím, co chceme a co musíme udělat“.

Důležité ale je, zda „já musím“ je obsaženo v rámci mého „já chci“, tzn. zda se pohybuji ve směru své orientace, toho co v životě opravdu chci, kam směřuji, co vnímám jako smysluplné.

Pokud však v mém prožitku převažuje „**já musím**“ (a „já musím“ není v rámci mého „já chci“) a současně jsem dlouho pouze na motivačním pólu „já musím“, tak žiji život bez „vnitřního souhlasu“, a tím dochází k omezení mé existence, k mému vyčerpání.

Z tohoto pohledu je velmi důležité naučit klienta klást si otázky: „**Chci to, co v životě dělám, a chci žít, tak jak svůj život žiji?**“

Pro klienta bývá velmi přínosné, když si prožije ve fantazii představu, že by určitou činnost nedělal. Dobré je v reálném životě zkusit neudělat např. jen nějakou maličkost dané práce.

A pak se ptát: „**Musím skutečně?**“

„A co bude dál, když to neudělám? Co potom bude dál? A skutečně musím? A co se stane, když něco neudělám? „. Tento sled otázek je obsahem existenciálně analytické techniky „Brána smrti“. Při jejím dostatečně hlubokém a podrobném provedení, se prožitek „já musím“ může touto cestou postupně přeměnit na „já chci“. A to je již v prožitku velký rozdíl.

Jako terapeut s psychiatrickým vzděláním bych chtěla na závěr **terapie syndromu vyhoření** dodat, že dle některých autorů patří syndrom vyhoření mezi poruchy spojené s nedostatkem serotoninu. Nedostatek serotoninu souvisí s depresivním laděním, s úzkostí, poruchami spánku, poruchami příjmu potravy, bolestivými stavy, s psychosomatickými projevy a také s nízkou kontrolou impulsů.

Při silně vyjádřeném syndromu vyhoření a zejména v případech spojených s depresí, připadá v úvahu i léčba moderními antidepresivy ze skupiny SSRI. Z odborné literatury a ze sdílení s kolegy psychiatry z praxe vyplývá, že jsou antidepresiva skupiny SSRI užívaná s dobrým efektem, samozřejmě ideálně v kombinaci se systematicky prováděnou psychoterapií.

Závěr

Příprava původní přednášky, na kterou navazuje tato práce, u mne evokovala tyto otázky: „Jak vlastně se sebou zacházím? Jaká je moje realita? Zda se o sebe starám dostatečně, zda jsem k sobě dostatečně citlivá? Zda jsem citlivá tak, abych byla vnímavá a otevřená k dotykům života, a tedy i k setkávání se sebou samou, s druhým člověkem, se světem?“

Jsem přesvědčena, že tyto otázky, by si měl čas od času pokládat každý člověk a ještě častěji my, terapeuti. A to z důvodu, abychom byli schopni vytvářet emocionálně proteplený prostor pro svého klienta svou vřelostí, měkkostí, autentičností, abychom byli schopni aktivovat jeho osobu ke vztahu se sebou a se světem.

Je nezbytné, aby v hloubi duše každého terapeuta byla procítěná úcta k člověku a zájem o člověka, schopnost mít člověka rád, neboť tím terapeut probouzí a provokuje to identické v klientovi, tzn. aby klient procítil úctu, respekt a zájem k sobě a druhým lidem, aby procítil, že se má rád, že má rád i druhé lidi, svět.

Terapie klienta se syndromem vyhoření klade nároky na terapeuta, a to hlavně na jeho zralost a na výše uvedené osobní kvality, schopnosti a kompetence.

Od své babičky Zory jsem od svého dětství často slyšela: **„Jdi světem s výrazem v očích: „Jak rád vás vidím“**. Babiččino krédo pro mě v posledních letech nabývá stále na větším významu a síle.

Syndrom vyhoření vnímám jako fenomén, který zasahuje do mnoha oborů medicíny, psychologie, sociologie. To znamená, že pro uchopení tohoto fenoménu a získání kompletního a uceleného pohledu, by bylo potřeba jít po stopě vyhoření ve všech těchto oborech. Tento směr vnímám jako podnět k diskusi, vedoucí ke kompletnímu obsáhnutí syndromu vyhoření.

Při kritickém pohledu na svoji práci si uvědomuji, že jsem se dostala do hlubší roviny detailu a pochopení syndromu vyhoření. Proto se domnívám že některé souvislosti, propojení a návaznost v textu by bylo možné více vyprecizovat. Čtenář by tak mohl text lépe sledovat a měl tak komfortnější přístup ke sdělením této práce.

Zcela závěrem bych ráda vyzdvihla, že poselstvím celého tématu je pro mě, nejen jako terapeuta, ale především jako člověka, udržovat se v prožitku:

„Chci a mohu jinak!“

Rejstřík

Dehumanizace, 8
Depersonalizace, 11
Emocionální vyčerpání, 8
Existence, 2, 5, 19, 22, 23, 26, 28, 29, 34
Existenciální postoj, 27
Existenciální smysl, 2, 16, 22
Existenciální stres, 24
Existenciální vakuum, 15, 16, 26
Frankl, 15, 43
Chudoba vztahů, 25
Längle, 22, 24, 43
Neexistenciální postoj, 22, 23
Noogenní neuróza, 16
Syndrom vyhoření, 1, 2, 5, 16
Vnitřní prázdnota, 11
Základní osobní motivace, 26, 28, 29
Zdánlivý smysl, 17

Seznam literatury

1. Balcar, K.: Logoterapie u dětí a dospívajících. In: Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha, Grada 1997.
2. Frankl, V.E.: Teorie a terapie neuróz. Praha, Grada 1999.
3. Kebza, V., Šolcová I.: Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti, Státní zdravotní ústav, Praha. Psychologický ústav AV ČR, Praha (text využívaný pro výuku Lékařské psychologie a psychoterapie na 1.LF UK Praha).
4. Křivohlavý, J.: Vyhoření-„burn-out-effect“. Praktický lékař 75, 1995, Supplementum 1.
5. Längle, A.: Burnout – Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. Existenzanalyse 2/97, Wien.
6. Längle, A.: (Hrsg) Entscheidung zum Sein. München, Piper 1988.
7. Längle, A.: Smysluplně žít. Brno, Cesta 2002.
8. Längle, S., M. Sulz (ed.): Žít svůj vlastní život. Praha, Portál 2007.
9. Mallotová, K.: Burn-out neboli syndrom vyhoření. Psychologie Dnes, 2000, ročník 6, č.2.
10. Wagenknecht, M.: Teoretická východiska pro existenciálně-analytickou diagnostiku. Praha 2003.