



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Úvod do psychologie zdraví pro studenty sociální práce

Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Gaudeamus 2013

Recenzovali:

MUDr. Eva Sansevičová

Doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

Edice texty k sociální práci



Studijní materiál vznikl za podpory projektu

Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127), který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

ISBN 978-80-7435-294-2

Obsah

1	Úvod	4
2	Vývoj pojetí zdraví	5
3	Psychologie zdraví	8
3.1	Definice psychologie zdraví (PZ)	9
3.2	Teoretické postuláty psychologie zdraví	10
3.2.1	Biomedicínský model zdraví a nemoci	10
3.2.2	Psychosomatická medicína	11
3.2.3	Behaviorální medicína a behaviorální zdraví	21
3.2.4	Salutogenetický model zdraví a nemoci	22
4	Podpora zdraví	32
4.1	Psychoterapie v podpoře zdraví.....	33
4.1.1	Nedirektivní – rogersovská psychoterapie (PCA – person centered approach).....	36
4.1.2	Kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT)	45
4.2	Psychoterapeutický proces	49
4.3	Význam psychoterapie v praxi sociálních pracovníků	51
5	Determinanty zdraví	53
6	Závěr	55
7	Literatura	56
8	Rejstřík	62

1 Úvod

V běžném povědomí veřejnosti (nejen laické, ale i odborné) je za náplň medicíny obvykle považována pouze jedna stránka lékařství - léčebná (diagnóza a terapie). Zájem o nemocného je obvykle redukován na biologickou podstatu člověka: identifikace poruchy - diagnóza - podle možností oprava (terapie). Zdraví a nemoc mají však kromě komplexně propojených stránek biologických i významné dimenze psychosociální. Péče o pacienta by měla být zaměřena nejen na terapii nemoci a navrácení zdraví, ale i předcházení nemocem a posilování zdraví ve všech dimenzích (bio-psycho-sociální model).

Psychologie zdraví se stala předmětem výuky na středních, tzv. vyšších odborných a vysokých školách jako samostatný vědní obor nebo součást jiných výukových předmětů. Na Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové je předmět psychologie zdraví nově koncipován a začleněn do výuky od roku 2010. Z toho důvodu vznikají i tato skripta, která by měla být úvodem do problematiky psychologie zdraví v jejím nejširším slova smyslu a základním studijním materiálem v tomto předmětu. Jde o nový, vyvíjející se obor, takže je samozřejmostí doplňování aktuálních poznatků z naší i zahraniční literatury.

Motto:

Léčení a kultura na sebe vzájemně působí a protože kulturní vývoj je otevřeným procesem, nemohou ani teorie a praxe léčení nikdy dosáhnout platného, konečného bodu.

Kurt LUDEWIG, 1976

2 Vývoj pojetí zdraví

Medicína je spojnicí přírodních věd s vědami humanitními, je odrazem aktuálního stavu a úrovně poznání objektivního světa v daném čase.

V antice filozofové věnovali velikou pozornost tomu, „jak moudře žít“. Do tohoto pojetí moudrého způsobu života patřilo i pojetí zdraví – „žít zdravě“ znamenalo „žít moudře a dobře“. Jak se v antice definovalo zdraví? Řeckým slovem „ischio“ se rozumělo „být zdrav a silný“. Podobně řecké „hygiaio“ známé z našeho termínu hygiena, znamená „být zdrav a schopen života“. Patří sem i řecký termín „holokteria“ – dokonalé zdraví. Terminologie zdraví zahrnuje i termíny nemoci. V řečtině „astheneia“ znamená slabost a „astheneo“ zeslábnout (viz český termín astenický – slabý, případně až „nervově slabý“). Do oblasti řeckých výrazů pro lidi „mírně nemocné“ patří i „arrostos“ – ten, kdo není zdatný (schopen něco dělat). „Nosos“ zde znamenalo „nemoc“. Patří sem i terminologie uzdravování. Zde řecké „therapeuo“ (viz český termín terapie), případně „iaomai“ a „apokathistemi“ znamenají uzdravovati. Pozoruhodný byl však výraz „sothein“ – uzdravovati, kterého se hojně užívalo v lidové řečtině typu „koine“ (McGilwray, 1981).

Pro 20. a 21. století je příznačný rozvoj přírodovědně orientované – technické medicíny, současně sílí antropologicko-humanistické tendence, které jsou reakcí na změnu životních podmínek, názorů na zdraví, nemoc a smrt, nárůst tzv. civilizačních onemocnění, chronicity nemocí, prodlužování věku a tím i stárnutí populace, apod. Setkáváme se s pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou až příliš zužována na zdraví těla (fyzický stav člověka), jiná chápou zdraví jen jako zboží (viz např. komerční pojetí farmakoterapie). Další chápou zdraví jako tajemnou sílu, kterou člověk dostává při zrození a s níž musí v životě hospodařit.

Řada humanisticky orientovaných teorií zdraví považuje zdraví za určitý *druh vnitřní síly* člověka. Tuto sílu nazývají autoři různými jmény – např. élan vital, vitalita, v určitém smyslu i libido, schopnost adaptace, metafyzická zdravotní síla apod. Společným

jmenovatelem tohoto souboru teorií je představa zdraví jako něčeho, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví. Zdraví je tedy v tomto pojetí prostředkem k cílům vyšším – hodnotou umožňující realizaci ještě vyšších hodnot. Je to schopnost odolávat tlakům negativních životních podmínek a pozitivně reagovat na životní problémy. Zvládat je. Má-li člověk tuto sílu, je schopen realizovat svůj potenciál. Definice zdraví, která je dnes velice rozšířená, definuje zdraví jako schopnost dobrého fungování (*fitness* - být v dobré kondici). „Health is a commodity“- „zdraví je zbožím“. Termín „commodity“ znamená v podstatě zboží na trhu, směnitelný produkt, věc existující mimo člověka. V jádru tohoto přístupu k otázkám zdraví jde o pojetí zdraví jako něčeho co se dá – jako zboží na trhu – dodat, koupit nebo ztratit. Dá se koupit ve formě léku v lékárně nebo ve formě určitého lékařského zákroku. Podaří-li se nám obstarat toto zboží (např. lék v lékárně) a užijeme-li je, pak nám to přináší „zdraví“. Zlepšuje to náš zdravotní stav. Obdobně je tomu s lékařskými (chirurgickými, rehabilitačními apod.) zákroky.

Nejznámější definicí zdraví je definice Světové zdravotnické organizace (World Health Organization). Tato definice v anglickém originále (Constitution of WHO z roku 1946) je v některých pojmech těžko přeložitelná do češtiny, proto zde uvádím přesné znění v originále a její překlad s vysvětlením některých pojmů.

„Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“

- *Disease* – nemoc. Tento termín, který je centrálním pojetím soudobé medicíny, definuje nemoc jako odchylku od určité normy, jež se považuje za „normál“ (standard). Jde přitom o objektivně zjistitelný stav – o objektivně zjistitelné příznaky (symptomy), tj. něco, co je kvantifikovatelné. Obvykle se tímto termínem rozumí fyziologický údaj. Pojetí nemoci je úzce spojeno s pracovní neschopností. Kdo je nemocen, není schopen práce. Platí i opak: kdo je schopen práce, není nemocen. V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha nemoci léčit a vyléčit, tj. odstraňovat je a tím lidem zdravotně pomáhat.

- Infirmity – nezuživost. Slovem „infirmity“ se rozumí nezuživost, churavost, slabost, vratkost. Člověk, u něhož se tento jev vyskytuje, je věkem sešlý, churavý, postonávající, slabý, polehávající a stonavý.
- Complete – úplný. Termínem „complete“ se rozumí úplný, naprostý, dokonalý, celý, tj. takový stav, kdy nic nechybí ve všech rovinách (bio-psycho-sociální model).

3 Psychologie zdraví

Psychologie zdraví (PZ) vznikla jako odraz změny paradigmatu v medicíně (rozšíření somatické roviny o psychosociální úhel pohledu). Toto zaměření je náplní řady oborů, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. Snahou odborníků i výzkumných skupin v této oblasti bylo vytvoření samostatného oboru, který by jasně definoval obsah a cíle, vztah k jiným vědním disciplínám, jeho místo v systému péče o zdraví a na této platformě umožnil širokou interdisciplinární spolupráci odborníků na lidské zdraví.

Psychologie zdraví byla institucionalizována jako oficiálně respektovaná součást psychologických věd v roce 1978, kdy Americká psychologická společnost (APA – American Psychological Association) schválila ustanovení disciplíny psychologie zdraví (Division of Health Psychology) jako Division 38. Evropská společnost psychologie zdraví (European Health Psychology Society – EHPS) byla ustanovena v roce 1986. Československá sekce psychologie zdraví (ČSPZ) pracuje od roku 1988, je kolektivním členem EHPS. Jedná se o relativně mladý, rychle se rozvíjející obor. Tato dynamika je způsobena kombinací podnětů z jiných psychologických oborů, dalších příbuzných společenských věd a poznatků z medicínských oborů.

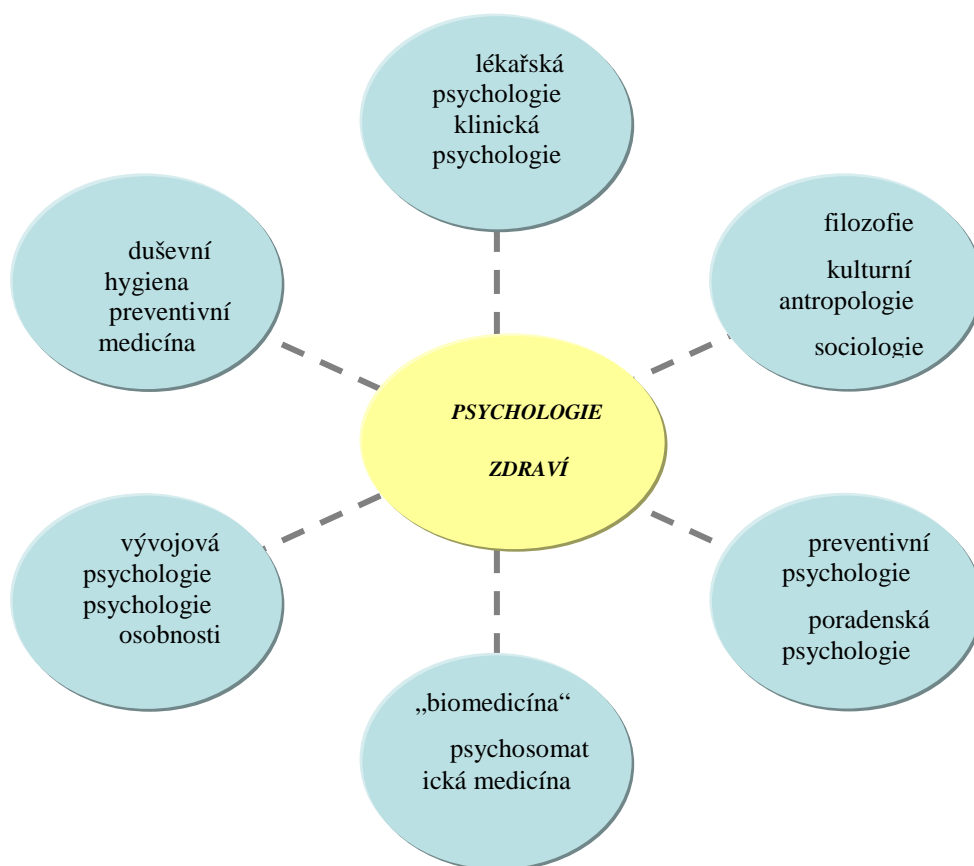


Schéma 1 - Vztah psychologie zdraví k jiným vědním oborům

3.1 Definice psychologie zdraví (PZ)

Pro ilustraci nyní uvedeme některé reprezentativní definice psychologie zdraví, které dostatečně ilustrují postupný kvalitativní posun teoretického uvažování o problematice zdraví, nemoci a možnostech zdravotní péče.

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

V rámci rychlého počátečního rozvoje oboru vypracovali představitelé 38. divize APA v roce 1985 následující definici psychologie zdraví: Jde o soubor specifických, vědeckých a psychologických věd k upevňování a uchování zdraví (health promotion and maintenance), k prevenci a léčbě chorob a identifikaci etiologických a diagnostických korelátů zdraví a nemoci a k analýze a zlepšování systému zdravotnické péče a utváření zdravotnické politiky.

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

R. S. Downie (1996) ve svém úvodu do psychologie zdraví uvádí, že psychologie zdraví je tou oblastí psychologie, která se věnuje porozumění psychickým vlivům, které ovlivňují to, zda člověk zůstane zdravý, proč neonemocní a jak reaguje na to, když je nemocen. Soustředuje se na povzbuzování, posilování a udržování zdraví, na prevenci nemocí a na léčení nemocí. Spoluúčastní se etiologických studií (hledání odpovědí na otázky, proč člověk onemocní), zabývá se otázkami zdraví, nemocí a dysfunkcí. Věnuje se otázkám zlepšování systému péče o zdraví a vytváření zdravotní politiky.

Podle B. Vašiny (1999) psychologie zdraví představuje specifický příspěvek psychologické disciplíny k bázi poznatků a technik reprezentovaných behaviorální medicínou jako multidisciplinárního oboru a v tomto smyslu je ovlivňován a formován celý poznatkový systém psychologie zdraví jako kompatibilní s poznatkovými systémy a technikami dalších disciplín, které mají svůj podíl v tomto relativně celistvém oboru.

V. Kebza a I. Šolcová (2000) definují psychologii zdraví jako obor, zkoumající zákonitosti vlivu psychických dispozic, funkcí a procesů na zdraví člověka, vznik a rozvoj nemocí a možnosti jejich terapie, rehabilitace a zejména prevence onemocnění (salutogeneze).

Z uvedených definic psychologie zdraví vyplývají tyto obecné charakteristiky:

- důraz na společné úsilí odborníků různých oborů v problematice zdraví (zdravotničtí pracovníci – psychologové - sociální pracovníci - pedagogové – právníci apod.),
- aplikace poznatků psychologie do oblasti somatického zdraví,
- zdraví jako „prostředek k cíli“ – ne tedy zdraví, které by bylo „cílem“ všeho snažení, „Nežijeme proto, abychom se starali jen a jen o své zdraví, avšak chceme být zdraví, protože chceme a máme proč žít“ (Schwazer, 1997),
- člověk je osobně odpovědný za vlastní zdraví a za důsledky toho, co dělá,
- poznání faktorů (podmínek), které kladně nebo záporně ovlivňují zdravotní stav,
- zaměření na podporu zdraví (prevence, zdravotní výchova, terapie).

3.2 Teoretické postuláty psychologie zdraví

V této kapitole jsou uvedeny pouze základní výchozí předpoklady (modely) zdraví a nemoci 20. a 21. století. Jejich stručná charakteristika má studentům pomoci pochopit souvislosti ve vývoji pohledu na zdraví / nemoc v kontextu evropské medicíny.

3.2.1 Biomedicínský model zdraví a nemoci

Biomedicínský model se plně rozvinul v minulém století na základě prudkého rozvoje přírodovědeckého poznání. Mechanistický lineárně-kauzální model odpovídal materialisticko-mechanistické koncepci tehdejších přírodních věd. Na základě tohoto přísně deterministického výkladu světa je i člověk podřízen mechanisticky působícímu řetězu příčin a následků. Proto také každá nemoc má svou příčinu, která v lineárně kauzálním pojetí vyvolává určitý chorobný proces.

Aplikace tohoto modelu vede ke snaze o vysvětlení dějů v lidském organismu na základě biochemických, fyziologických a dalších biologicky definovaných příčin. Lékař se

v tomto pojetí podobá „opraváři stroje“, jehož cílem je poznat poruchu, diagnostikovat ji a zajistit nápravu.

Tento model na jedné straně umožnil výrazné objevy v oblasti „somatické medicíny“, jeho zásluhou došlo ke snížení mortality i morbidity (infekční onemocnění - očkování - antibiotika – prevence - genetika - transplantace orgánů - fyzikální vyšetřovací metody - imunologie atd.), na druhé straně se ukazuje jako redukcionistický, protože nepostihuje celou skutečnost v její komplexnosti, ale zaměřuje se jen na určité jevy a procesy:

- vycházel z myšlenkové tradice pojetí těla a duše jako dvou protichůdných substancí (dichotomie těla a duše),
- všechny děje v lidském těle jsou vysvětlovány na základě biochemických, fyziologických a dalších biologicky definovaných příčin (lineární kauzalita), opomíjí psychologické a sociální aspekty,
- selhává při hledání kauzálního činitele u nemocí, které nebyly způsobeny vnějšími činiteli (fyzikální a chemické noxy, mikroorganismy apod.) nebo nebyly přiřazovány k nemocem dědičným,
- zdraví a nemoc jsou považovány za jednoznačně definované stavy, aniž se při tom bral ohled na to, že definiční kritéria jsou sociálním a kulturním kontextem dotvářena.

Dodnes zůstává v povědomí některých laiků, ale i lékařů názor, že „opravdová“ nemoc musí mít své somatické koreláty. Není – li tomu tak, onemocnění se nepovažuje za „skutečné“ – „pacient si vymýšlí, je hysterický, jedná se o osobnost v.s. anomální“ apod.

3.2.2 Psychosomatická medicína

Ve 30. letech minulého století dochází k relativní krizi biomedicínského přístupu, přes rozvíjející se techniku, výzkum, rozšiřující se spektrum léčiv přibývá nemocí, na které „klasická medicína nestačí“ (civilizační nemoci, chronická onemocnění, apod.). V tomto období sílí snaha o překonání této jednostranné specializace medicíny. První psychosomatické hypotézy vycházely z psychogenetického hlediska. Tento přístup je založen na předpokladu, že psychický podnět může prostřednictvím CNS vyvolat poruchu funkce některého orgánu. Pokud podnět působí dostatečně dlouho nebo s nadlimitní intenzitou, výsledné funkční změny se stávají trvalými a dochází tak k organickým poruchám. Teoretický základ a praktická aplikace psychosomatiky vychází z Freudova

modelu konverzní neurózy. Pojmem *konverze* Freud označil vznik tělesných symptomů (např. ochrnutí, bolest, hysterická slepota, apod.) na základě nezvládnutých intrapsychických konfliktů. Je-li původní psychický konflikt převeden do slov a uvolněn, potom zmizí somatické symptomy. Z tohoto modelu vychází řada „psychosomatických škol“, které se liší svým filozofickým přístupem, genezí somatických nemocí, terapeutickým zaměřením apod. (berlínská, heidelberská, daseinanalytická škola psychosomatiky, apod.).

Není možné se podrobně věnovat jednotlivým přístupům, pro účely těchto skript jsem zvolila systémový pohled na psychosomatiku.

Model specifčnosti

Z tohoto období jsou nejznámější práce autorů F. Dunbarové a F. Alexandra (Baštecký, 1993). F. Dunbarová přikládá zásadní roli *specifické osobnosti nemocného* (specifická osobnost = specifická psychosomatická porucha). Např. pacienti postižení gastroduodenální vředovou chorobou jsou lidé závislí na vztazích, toužící po ochraně; naproti tomu lidé s ischemickou chorobou srdeční jsou charakterističtí potlačovanou agresivitou a opozicí vůči autoritám, navenek však vystupující konformně a submisivně.

F. Alexander považuje psychosomatické choroby za výsledek nadměrné stimulace vegetativního nervového systému. Tato stimulace vzniká jako důsledek působení *specifického psychologického konfliktu*. Konflikt je potlačován z vnitřních, ale častěji z vnějších – společenských a etických příčin. Tak např. předpokládá, že potlačení instinktu touhy po ochraně vede především ke vzniku chorob zažívacího traktu. V dospělosti není zajištěna potřeba pasivní závislosti a ochrany, navozená v dětství vazbou na matku. Vzniká úzkostnost a instinktivní energie vede k hyperiritaci parasympatiku. Tím dojde k překrvení žaludeční sliznice, zvýšení acidity žaludečních šťáv a posléze ke vzniku peptického vředu. Reakce, vznikající v žaludeční sliznici je identická, jako při příjmu potravy. Alexander z tohoto usuzuje na regresi do dětského věku, kdy být nakrmen znamená být milován. Specifickým zdrojem onemocnění může také být potlačovaná sexualita, která souvisí s chorobami dýchacího systému; astmatický záchvat pak symbolizuje koitus apod.

Teorie specificity představovala významný „stavební kámen“ původních psychosomatických koncepcí a dá se říci, že dodnes tato koncepce nebyla potvrzena ani vyvrácena. Některé studie hovoří ve prospěch uvedených hypotéz. Např. američtí kardiologové Friedman a Rosenman (1974) dělí osoby podle převažujícího způsobu

chování na osoby s tzv. A nebo B typem chování. A typ chování se vyznačuje náchylností ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění, zejména ischemické choroby srdeční a hypertenzní choroby. Osoby s typem chování „A“ jsou ambiciózní, vysoce prestižní, ale své vlastnosti se snaží před svým okolím potlačovat a racionalizovat. Vyhledávají soutěživé aktivity, potlačují projevy vlastní agresivity. Nositelé chování typu „B“ mají opačné charakteristiky (uvolněné, klidné, nesoutěživé chování, spojené s pozitivními vztahy ke spolupracovníkům, subjektivně prožívaným klidem, trpělivostí atd.). Obdobně byl později teoreticky popsán a v praxi ověřen typ chování „C“ spojený s větší pohotovostí ke karcinomu. Jeho dominantní charakteristikou je sklon k potlačování negativních emocí, zejména agresivity. Typický je také nedostatek autonomie, vyhýbání se konfliktům a sociální konformita (Grossarth a kol., 1990).

Kromě psychoanalýzy, neopsychoanalýzy a dalších psychodynamických směrů se v hlubinné psychosomatice uplatňují výkladové modely vycházející z existencialismu a fenomenologie (V. E. Frankl, E. Lukasová, M. Boss aj.). Člověk je fenomenologicky chápán jako jedinečná a neopakovatelná jednota, proto je nutné vycházet z celé její předchozí historie i bezprostřední situace. Nemoc má hluboký psychologický a existenciální smysl, který je potřeba odkrýt a seskupit do pravidelných struktur. Existencialisté zdůrazňují nezbytnost aktivního vyrovnání se s nemocí a její přijetí jako smysluplné výzvy.

Záměrem zakladatelů psychosomatiky bylo objevit specifický podnět (konflikt, osobnostní typ, životní situace), který s určitou pravděpodobností spouští proces rozvoje onemocnění určitého typu. Tento přístup paradoxně vedl k opačnému extrémnímu pohledu na nemoc - přecenění psychologických proměnných (ve svém důsledku se stal paralelou lineárně kauzálního modelu nemoci s důrazem na psychologické faktory nemoci).

Systémově - interakční přístup ke zdraví a nemoci

Pojetí zdraví vycházející z interakční teorie bylo z počátku spojováno především s psychickým zdravím a jeho poruchami, lze je však extrapolovat i pro oblast dysfunkce nebo eufunkce psychosomatických systémů. Zohledňuje interakce mezi systémy (somatický stav, konstituční předpoklady, osobnostní zvláštnosti člověka, vlivy vnějších činitelů, apod.). Stres a jeho zvládnání (coping) je považován za jeden ze základních faktorů. Řada autorů hledala vztah mezi proměnnými, které souvisejí se stresem a jejich dopady na zdraví jedince.

V této části práce jsou podrobněji uvedeny teoretické přístupy k problematice stresu. Nejde v žádném případě o vyčerpávající zpracování dané problematiky, ale o dokreslení vzájemných vztahů a pojmů, se kterými se potýkají snahy o konceptualizaci pojetí stres - zdraví.

Teoretické přístupy k problematice stres – zdraví mohou být pro přehled rozděleny do tří oblastí

1. stres jako reakce organismu

2. stres jako podnět

3. stres jako transakce

Ad 1. Selye (1976) definoval stres jako nespecifickou reakci organismu na škodlivé podněty (stresory) vnějšího nebo vnitřního prostředí (environmentální stres). Jeho práce se soustředila především na popis a vysvětlení stresu jako fyziologického jevu.

- Stresová reakce (General Adaptation Syndrome – GAS) je určitý typ obranné reakce, která nezávisí na povaze stresoru. Kognitivní proměnné nehrají žádnou roli při spuštění ani při moderování průběhu GAS.
- Stádium poplachové reakce při GAS se spouští v okamžiku, kdy škodlivý stimul začne působit. Pro tuto reakci je charakteristická stimulace sympatiku. Ve druhém stádiu, stádiu obrany, dochází k mobilizaci fyziologických sil k obraně organismu proti škodlivým vlivům. Stádium rezistence často vede k adaptaci, ke zlepšení, či vymizení symptomů, takže proces pak již nepokračuje do třetího stádia – stádia vyčerpání. Fáze obrany, rezistence však někdy vede i k onemocnění v důsledku adaptace, jako kupř. k hypertenzi, artritidě, rakovině.
- Vyčerpání se objevuje v případech, kdy stresor působí dlouhou dobu či dostatečně silně, takže vyčerpá veškerou adaptační energii organismu. Je důležité připomenout, že Selye považuje adaptační energii za limitovanou individuálními genetickými vlastnostmi. To znamená, že každé individuum má podle něj určitou zásobu adaptační energie, podobně jako má určitou hotovost na bankovním účtu, kterou si sice může vybírat, ale nemůže ji tam znovu ukládat. Jakmile je adaptační energie vyčerpána, následuje smrt.

Ad 2. V šedesátých letech se psychologové začali zabývat aplikováním pojmu stres na psychologické zážitky lidí. Tento přístup považuje životní změny (životní události) za stres, na který člověk reaguje. Na rozdíl od předchozí teorie stresu jako reakce je stres

přijímán jako nezávisle proměnná. Tato koncepce byla rozpracována v podobě tzv. teorie životních událostí. Holmes a Rahe (1967) na základě vlastních dlouholetých klinických zkušeností sestavili dotazník SRRS (Social Readjustment Rating Scale) a inventář SRE (Schedule of Recent Experiences). Škálou jsou stanoveny „obecné“ normy pro vyrovnání se s určitým typem zraňující události. Za nejzávažnější jsou považovány ztráty blízkých osob, sňatek, rozvod, porod, odchod dětí z domova, úraz apod. Koncepce životních událostí klade důraz především na povahu situačně působících proměnných (kvantitativní hledisko), nezohledňuje individuální zvláštnosti jedince (interpretace životních událostí, osobní zkušenosti apod.).

V posledních letech se pozornost soustřeďuje na drobné stresové životní události „trable“ (hassles). Mohou ovlivňovat zdraví a nemoc dvojnásobným způsobem, svou kumulativností nebo tím, že mohou vstupovat do relací mezi životními událostmi a nemocí jako facilitující činitel (Mohapl, 1992). Intenzita a frekvence drobných životních událostí je lepším prediktorem psychických a somatických příznaků zdraví a nemoci než velké životní události.

Ad 3. Stres je výsledkem vzájemného působení (transakce), která se odehrává mezi jedincem a jeho prostředím. Lazarus (1966), Lazarus a Folkmanová (1984) zaměřili pozornost na kognitivní hodnocení zátěže (primární mediátor transakce mezi člověkem a prostředím). Rozlišují tři typy hodnocení (primární, sekundární a znovuhodnocení, přehodnocení - reappraisal). **Primární hodnocení** je posouzením toho, co daná situace pro člověka přináší, co v sobě do budoucna skrývá. Vnímané ohrožení spouští u jedince **sekundární hodnocení**. Jde o proces, který rozhoduje o tom, které možnosti zvládnutí situace nebo možnosti chování má jedinec k dispozici, aby mohl hrozbu zvládnout. Primární i sekundární hodnocení obvykle probíhají současně a navíc se vzájemně ovlivňují. **Znovuhodnocení, přehodnocení** je procesem průběžného hodnocení, měnění nebo alespoň přejmenování primárního a sekundárního hodnocení podle toho, jak se situace vyvíjí. Co bylo primárně vnímáno jako ohrožení, se může stát po čase šancí, výzvou anebo úplně ztratit svou závažnost. Často se stává, že přehodnocení vyústí v kognitivní potlačení vnímané hrozby. Existuje řada situačních faktorů, které ovlivňují hodnocení závažnosti situace (hodnoty daného člověka, jeho odpovědnost, tendence dostát závazkům, jeho životní cíle, dostupnost zdrojů, novost situace, sebeúcta, sociální opora, dovednost vyrovnat se se zátěží, situační tlaky, stupeň nejistoty a nejasnosti, blízkost

časová i místní, intenzita hrozby, trvání hrozby a možnost jedince něco s hrozbou aktivně dělat).

Na rozdíl od pojetí stresu jako reakce nebo stresu jako stimulu (viz bod 1 a 2), transakční pojetí v sobě zahrnuje zvládání stresu (coping). Zvládání je zde definováno jako „neustálá změna kognitivního a behaviorálního úsilí vyrovnat se se specifickými vnějšími a vnitřními požadavky, které jsou hodnoceny jako požadavky, které zatěžují nebo už přesahují zdroje daného jedince (Lazarus a Folkmanová, 1984). Tato definice označuje zvládání stresu jako procesuální jev, zdůrazňuje, že takovéto úsilí se liší od automatického adaptivního chování, které bývá naučené. Zvládání v sobě zahrnuje i „ovládnutí“ stresující situace, „zasahování“ do ní, i když to samozřejmě nemusí vždy znamenat, že nad ní jedinec „získá kontrolu“ nebo nad ní „zvítězí“. Snaha o zasahování může zahrnovat snahu o snížení nebezpečnosti dané situace, snahu vyhnout se takové situaci, snahu snášet ji, akceptovat či naopak ji změnit. Lazarus identifikoval dva způsoby zvládání: zvládání zaměřené na problém a zvládání zaměřené na emoce. Strategie používané při ***zvládání zaměřeném na problém*** jsou podobné taktice při řešení problémů. Tyto strategie obsahují snahu definovat problém, navrhnout alternativy jeho řešení, zvažovat podíl mezi přínosem a investicemi, které jednotlivé varianty od člověka vyžadují, pokusit se změnit vše, co se změnit dá a konečně – pokud je to nezbytné – naučit se novým dovednostem. Úsilí zaměřené na problém může směřovat vně člověka, ke změně jeho prostředí, anebo dovnitř, ke změně některých aspektů jeho „já“. Mnohé ze snah zaměřených na jedincovo „já“ spadá do kategorií znovuhodnocení, přehodnocení. Např. jedinec přehodnotí význam události nebo situace, sníží svoji osobní zaangažovanost nebo v sobě objeví nečekané zdroje, nové kvality. Strategie používané při ***zvládání zaměřeném na emoce*** se snaží snížit emoční distres. Patří k nim snahy distancovat se od něčeho, vyhýbat se něčemu, selektovat svoji pozornost, obviňovat někoho, snižovat význam nebo vliv, odreagovat se, hledat sociální oporu, sportovat, meditovat. Zvládání zaměřené na emoce je nejběžnější formou zvládání zátěže v případech, kdy se události nedají ovlivnit, změnit (Lazarus, Folkmanová, 1984).

Psychologie zdraví rozšiřuje základní postulát pojetí stresu jako patogenního faktoru o moderující proměnné ve vztahu stres a s ním spojené poruchy zdraví - vnitřní a vnější salutoprotektivní mechanismy stresové reakce (např. Antonovsky, 1985, 1987 - nezdolnost typu SOC; Kobassa, 1979, 1982, 1983 - hardiness; Frankl, 1985, 1987 - smysluplnost aj.)

Pro přehled můžeme psychosomatické koncepce vycházející z teorie stresu rozdělit do 2 hlavních skupin:

- důraz na patologické faktory stresu a s ním spojené poruchy zdraví (např. Selye, 1976; Allen, 1983; Holmes a Rahe, 1967; Friedman 1974 aj.)
- filozofující a antropologicky orientované koncepce zahrnují vnitřní a vnější salutoprotektivní mechanismy stresové reakce (např. Antonovsky, 1985, 1987 - nezdolnost typu S.O.C.; Kobassa, 1979, 1982, 1983 - hardiness; Frankl, 1985, 1987 - smysluplnost aj.)

Pokus o určitou syntézu uvedených koncepcí představuje interdisciplinární pohled na cirkulárně probíhající interakce mezi člověkem a vnějším prostředím, jejichž výsledkem je zdravotní stav jednotlivce (Albee, 1982; Bakal, 1982; Engel, 1994; Mossey, 1989). Z hlediska efektivní primární prevence je v programech podpory zdraví nezbytné obsáhnout co nejvíce faktorů uvedených v následující rovnici:

$$\text{Riziko onemocnění} = f \frac{\text{organické faktory} + \text{stres} + \text{vulnerabilita}}{\text{Ego kompetence} + \text{podpůrné vlivy vnějšího prostředí}}$$

Vulnerabilita představuje podle autora dispozici reagovat funkční poruchou ve stresové situaci spočívající ve schopnosti zachovávat vnitřní integritu i při velké tenzi nebo strachu a schopnost efektivně zvládat nově se objevující požadavky vnějšího prostředí (vidíme zde určitou podobnost s pozdější charakteristikou nezdolnosti).

Ego kompetence spočívá v subjektivním hodnocení možností uspokojování potřeb, vědomí sociální integrity, vnímání vlastní schopnosti zvládat stres a posouzení míry kontroly nad ním, vnímání psychické pohody (četnost pozitivních pocitů, sebeakceptace, apod.).

Podpůrné vlivy vnějšího prostředí zahrnují aktivity člověka od myšlení přes chování a jednání na úrovni jednotlivce, sociálních skupin až po celou populaci. Nejčastěji jsou uváděny životní úroveň, způsob života, životní prostředí a životní spokojenost. Zvláštní postavení má mezi těmito faktory životní styl, zejména komponenty, které mají salutoprotektivní nebo naopak patoplastický účinek.

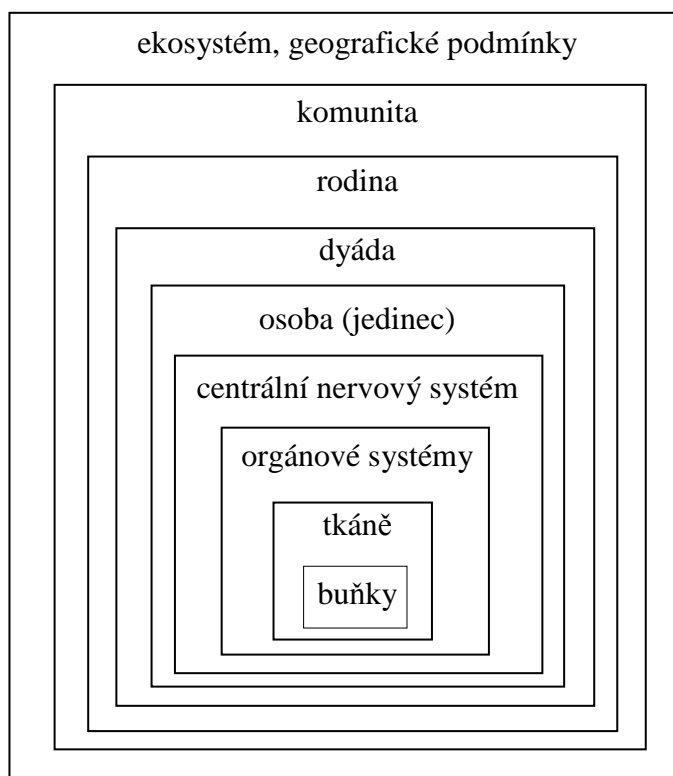
Bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci

Tento termín uvedl do literatury Engel (1980, 1988). Je založen na systémovém přístupu k člověku. Engel předkládá ve své práci jednoduché schéma systémové hierarchie.

Jde o velmi složitý, ale zákonitý proces interakcí mezi jedincem a jeho biologickým a sociálním ekosystémem:

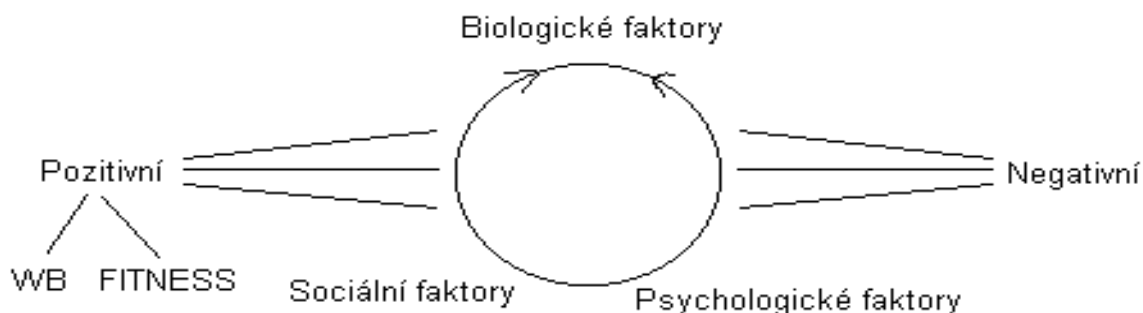
- Systémy nižší úrovně jsou součástí systémů vyšších úrovní. To znamená, že jakýkoliv děj (změna) na kterékoliv úrovni musí být chápány v souvislosti s ději (změnami) na úrovních ostatních.
- Člověk jako autopoetický systém 2.řádu je nejvyšší úrovní organické hierarchie a zároveň nejnižší jednotkou hierarchie sociální.
- Nemoc je porucha lokalizovaná v čase, nežádoucí vzhledem k funkcím uvažovaného celku a projevující se v jakémkoliv z těchto systémů. Adaptační mechanismy zpětných vazeb potom působí, že nemoc ve svém důsledku ovlivňuje všechny jmenované systémy v různých časových relacích.
- Jednotlivé známky a příčiny poruchy či nemoci je nutno číst v celém kontextu, současně i terapie (a prevence) musí probíhat v těchto rovinách.
- Model lineární kauzality je nahrazen kauzalitou cirkulární, podle níž jsou živé systémy charakterizovány vytvářením zpětnovazebných okruhů.

Schéma 2 – Hierarchie přirozených systémů



Z komplexu vzájemných vztahů mezi jednotlivými komponentami, které byly popsány výše, vychází model zdraví, který může být vhodným východiskem upřesnění cílů podpory zdraví. Oba póly kontinua zdraví (pozitivní i negativní) jsou propojeny přes fyzikální, sociální a psychické zdroje zdraví, to znamená, že stav jedince může být v každém okamžiku jeho života ovlivňován bio-psycho-sociálními faktory (objektivní zdravotní stav, individuální zvláštnosti jedince, sociální opora, apod.). Tím lze vysvětlit individuální odlišnosti mezi pacienty, kdy stejné onemocnění může být spojeno u jednoho člověka s nízkou hladinou pozitivního zdraví ve smyslu well-being nebo fitness u druhého pacienta s vyšší hladinou pozitivního zdraví.

Schéma 3 - Dynamika zdravotního stavu jedince v bio-psycho-sociálním kontextu



volně podle Downie, 1996

Vysvětlení pojmů well-being a fitness

Pozitivní zdraví v sobě obsahuje dvě komponenty –

1. pohoda (**well-being**)
2. tělesná kondice (**fitness**)

Ad.1 Well-being (Pohoda) - “WB”.

Tento pojem je velmi těžce přeložitelný do češtiny. Náš český ekvivalent – pohoda – má v sobě vysoký stupeň subjektivního vnímání spokojenosti. (Cítím se dobře” může mít rozměry – štěstí, dobré ”fungování” po stránce psychické, somatické, sociální, dočasná úleva, zlepšení stavu, apod.), ale chybí zde ještě jeden rozměr, a to pohoda ve smyslu rozumění a přijetí sebe a vnějšího světa jako srozumitelného, smysluplného. V této souvislosti se hovoří o ”stávání se zralým člověkem” (becoming), o personifikaci (personification), tj. o morálním, emocionálním a osobnostním zrání (Křivohlavý 1994). Stále častěji se setkáváme s upřesněním tohoto stavu v termínech soudobé psychologie: self-respect, self-reliance, self-esteem, self-efficiency, apod.

Biomedicínský přístup ke zdraví směřuje k zavzetí subjektivního pojetí pohody, která může být navozena rychle a účinně pomocí léků (farmakoterapie duševního zdraví). Druhý přístup (poradenství, psychoterapie) je nasměrován k získání nebo k rozvoji životní dovednosti a autonomie, nebo zplnomocnění. Tento druhý přístup pro podporu WB je pomalejší, ale je jediný, který u klienta dosáhne trvale skutečný WB. V této situaci je nezaměnitelná role sociálního pracovníka ve smyslu sociální opory (emoční, instrumentální, apod.)

Ad.2 Fitness (Dobrá tělesná kondice) - “F”

Jednotlivci mají své vlastní osobní ukazatele tělesné zdatnosti, které vycházejí z jejich životní situace (věk, pohlaví, zdravotní stav) a z toho, co je pro ně cvičení (motivace). Z tohoto pohledu můžeme dobrou tělesnou kondici chápat jako dynamické funkční kontinuum, na kterém se člověk pohybuje během svého života. Na spojnici můžeme rozlišit 3 základní body:

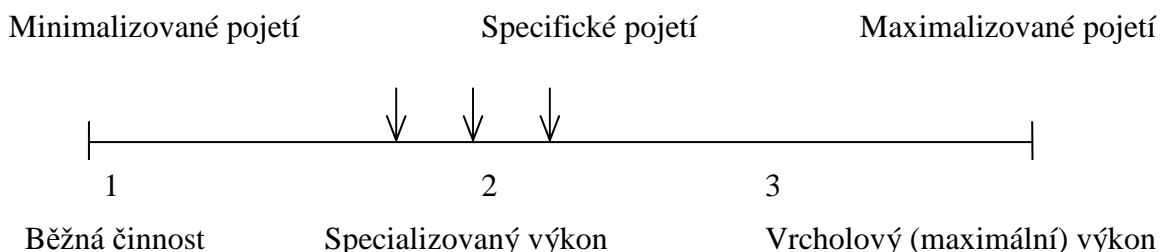
(1) - představuje schopnost člověka zvládat běžné, každodenní úkoly bez známek fyzického nepohodlí (např. svalová bolest, dušnost, apod.). Tato část spektra je spojena se schopností zvládat rutinní denní aktivity (uvařit, uklidit, doběhnout na autobus, odvést děti do školky, jet na kole, apod). Člověk se cítí ” fit” vzhledem ke svému *minimalizovanému pohledu* na tělesnou zdatnost.

Pohybem na funkčním kontinuu se dostáváme k bodu (2), který může být v kterémkoliv bodě přímky. Je vyjádřením pohybu *“obyčejného” cvičícího jedince*. V posledních 30 letech se začíná v psychologii sportu vydělovat nový směr. Souvisí s demokratizací sportu, s hnutím “sport pro všechny” a se zdůrazněním významu zdravotně orientované zdatnosti lidí. Objevuje se hnutí “fitness”, móda joggingu, walkingu, aerobiku, apod., kde přednostně nejde o výkon ve smyslu fyzického srovnávání, ale o pozitivní ovlivnění člověka cvičením. Cílovými kategoriemi jsou zde kondice, pohoda, zdraví, vzhled, odolnost. Teoretickým jádrem psychologie cvičení je vytváření “modelu cvičebního chování”, které je odvozeno z modelu zdravotního očekávání. Motivačním jádrem je víra v účinnost cvičení (response efficacy). Dá se říci, že většina motivačních přístupů v oblasti psychologie cvičení má povahu kognitivních strategií. Při tomto přístupu je někdy nebezpečí hodnotit cvičení jako namáhavou dyskonfortní obět, vyváženou pouze vidinou zdravotního prospěchu ze cvičení. Daleko větší akcent by se měl klást na pozitivní emoční prožitek, spojený s vhodně vybraným cvičením. Tím je naplněn původní smysl slova sport (disportare) - přinášení radosti, nebo přenášení do stavů

vytržení.

Na opačném konci spektra od minimalizovaného pohledu se nachází bod (3) – **maximalizace výkonnosti** a efektivity těla jako stroje. Sport je chápán jako soutěžní sport především elitní sport vrcholový. Hlavním kritériem je rozvoj tělesné zdatnosti s ohledem na schopnost k výkonu (zvyšování kapacity srdce jako pumpy, plic pro výměnu plynů, svalů jako zdroje). Tělesná zdatnost je kalibrována vzhledem k výkonu v této roli. Snaha o získání fyzické zdatnosti někdy přechází v obsesi, o snahu dosáhnout co nejlepší výsledek, výkon. Většinou je oddělená od základního požadavku o spojení dobré tělesné zdatnosti a WB.

Schéma 4 - Funkční škála tělesné kondice



3.2.3 Behaviorální medicína a behaviorální zdraví

Současná behaviorální medicína je *multidisciplinární obor*, který vytváří široký model zdraví a nemoci, jenž integruje biologické, psychologické proměnné a faktory prostředí, zvláště pro člověka nejdůležitějšího, prostředí sociálního. Yalská konference (1976) zdůraznila, že výzkum a praxe v behaviorální medicíně předpokládá interdisciplinární spolupráci lékařů a psychologů. D. Matarazzo (1980, 1982) v této souvislosti zdůrazňuje, že již samotný fakt, že byla vytvořena a definována behaviorální medicína, pomohl zajistit potřebnou strukturu, metodiku i její působnost. Koncipování nového oboru pomohlo sjednotit mnohé nekoordinované postupy, které paralelně probíhaly jak v medicíně, tak v behaviorálních vědách s větší důrazem na prevenci nemoci a posilování dobrého (aktivního) zdraví.

Na pozadí rozsáhlé odborné diskuse byl postupně koncipován nový interdisciplinární obor, *behaviorální zdraví*, který klade důraz na individuální odpovědnost při využívání poznatků a metod biomedicíny a vědy o chování za účelem zachování zdraví a prevence nemocí a dysfunkcí, prostřednictvím různých individuálních nebo společenských činností. *Behaviorální zdraví je oblastí behaviorální medicíny, která se zabývá zvyšováním*

a zachováním zdraví, prevencí nemocí a dysfunkcí. Behaviorální medicína klade důraz na interakci biologických a behaviorálních faktorů v etiologii onemocnění a při jeho léčbě.

Základní metodologický postup v behaviorální medicíně je zjišťování a analýza parametrů nemoci, jež mají nějaký vztah k chování nemocného, např. kouření, abúzus alkoholu a drog, nesprávné návyky ve složení a kvantitě stravy, vyrovnávání se se stresovými situacemi, zafixované neadekvátní životní styly (*Kanferův a Philipsův behaviorální model nemoci*).

S - O - R - KP - K

S = PODNĚTY

O = ORGANISMUS

R = REAKCE

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

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

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

3.2.4 Salutogenetický model zdraví a nemoci

Současná psychologie zdraví staví na dvou modelech, tradičním *patogenetickém* modelu a opačně orientovaném *salutogenetickém* modelu. Termín „salutogeneze“ (Antonovsky, 1985, 1993) je protikladem běžně používaného medicínského termínu „patogeneze“. Patogenetický model vychází z negativní konotace zdraví (zdraví je nepřítomnost choroby, zdraví znamená nebýt nemocný). Salutogenetický přístup ke zdraví a nemoci klade důraz na hledání vztahů mezi zdravím, stresem a zvládáním obtíží, na mobilizaci celé osobnosti, na hledání cest jak eliminovat nebo zmírňovat vlivy nepříznivých životních událostí. Rozdíly mezi oběma modely shrnuje tabulka do 6 bodů.

Tabulka 1. Porovnání patogenetického a salutogenetického modelu

Charakteristika	Patogenetický model	Salutogenetický model
Pojetí zdraví/nemoc	Dichotomické	Kontinuum
Sledovaný faktor	Symptom - nemoc	Autoplastický obraz nemoci
Základní otázka	Proč k nemoci došlo?	Proč k nemoci nedošlo?
Etiologie	Patogenní činitele	Protektivní činitele (salutory)
Terapie	Léčba postižené části těla	Léčba systému člověk
Stres	Odstranění stresorů	Zvládnání stresu

Z pohledu salutogeneze je **zdraví vnímáno jako dynamický proces**, který lze vyjádřit pomocí kontinuální škály spojující

- pozitivní pól: zdraví ve smyslu WB (well-being), fitness
- a negativní pól (nemoc).

Autoplastický obraz zdraví a nemoci

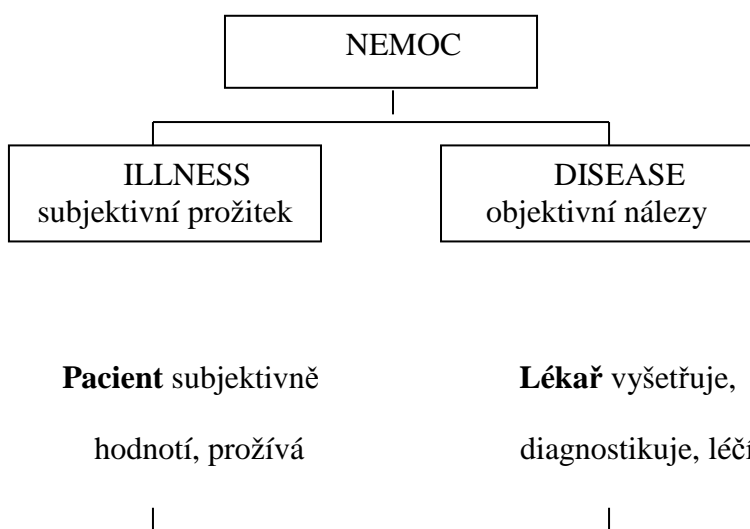
Pojmy zdraví a nemoc jsou v běžném lékařském pojetí chápány v kategorických dimenzích (binární dělení osob na zdravé a nemocné) – objektivní hodnocení zdraví. Tento pohled je následkem činnosti lékaře, kdy je nucen alternativně rozhodovat, zda pacient je nebo není nemocen, zda může nebo nemůže konat svou dosavadní práci, zda potřebuje nebo nepotřebuje nemocniční ošetření atd. V akutní medicíně je tento přístup nutný a nelze ho měnit. U chronických pacientů však tento přístup selhává. Nemoc, respektive „život s nemocí“ zaujímá ve vnitřním světě pacienta jiný rozměr než ve světě lékaře. Vychází ze zdánlivého antagonismu introspekce a racionality somatické medicíny. Stálá přítomnost onemocnění je provázána různou intenzitou psychického diskomfortu. Tato negativně prožívaná zkušenost souvisí zejména se snížením funkční zdatnosti organismu, omezením běžných aktivit a celkovou změnou životního stylu pacienta i jeho okolí. Anglosaská literatura užívá pro rozlišení těchto rovin dva základní pojmy „illness“ a „disease“.

Disease – nemoc odráží racionální rovinu nemoci (porucha, ne–moc). Tento termín, který je centrálním pojetím soudobé medicíny, definuje nemoc jako odchylku od určité normy, která je považována za „normál“ (standard). Jde přitom o objektivně zjiřitelný stav – o objektivně zjiřitelné příznaky (symptomy), tj. něco, co je kvantifikovatelné. Obvykle

se tímto termínem rozumí fyziologický údaj. V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha léčit a vyléčit, tj. odstraňovat je a tím lidem pomáhat ke zdraví (odstranění nemoci).

Illness do češtiny překládané jako „stonání“, vyjadřuje subjektivní zkušenost pacienta s nemocí. Jde o kvalitativní jev, který není kvantifikovatelný objektivními nálezy. Vzdor tomu se člověk necítí dobře. Je to subjektivní, psychologický údaj, který leží mimo zájem klasické, biologicky (objektivně – materiálně) orientované medicíny. S tímto jevem se setkáváme už ve stadiu před propuknutím nemoci v plné šíři a hloubce. O člověku, kterému „není dobře“, lze těžko říci, že je zdravý.

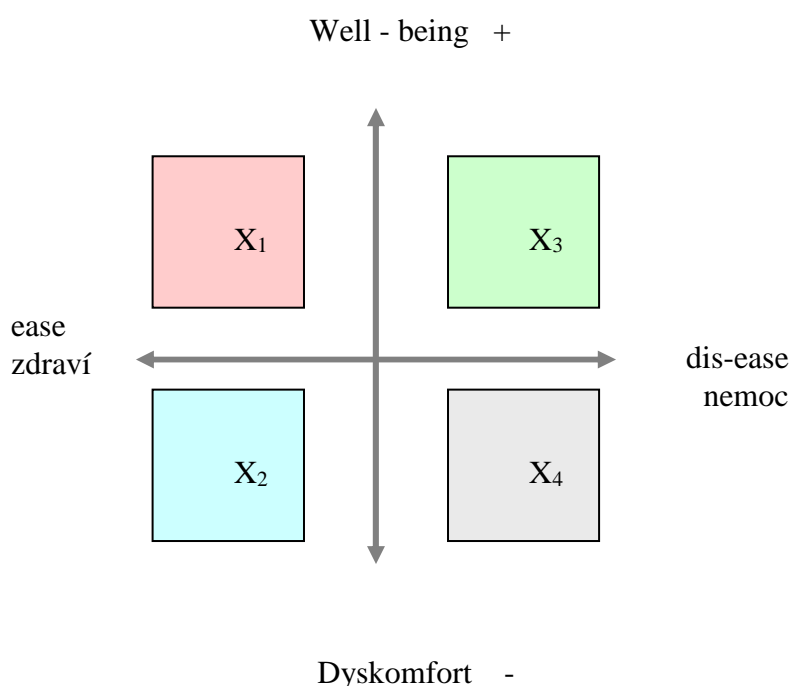
Schéma 5 - Autoplastický obraz nemoci



Salutory a subjektivní zdraví

V psychologii zdraví je věnována velká pozornost problematice subjektivního zdraví - subjective health, self-rated health, též self reported health, perceived health, subjective health status – česky snad nejlépe subjektivní zdraví, sebesouzené zdraví či sebesouzení zdraví (též sebehodnocení nebo vnímané zdraví. Subjektivní zdraví představuje širší hodnocení, zahrnuje kromě symptomů a jejich funkčních důsledků (somatická rovina) také pozitivní aspekty zdraví, jako je kondice, zdraví, podporující chování a osobní pohoda (well-being). Ukazuje se, že pacient s exhaustní prognózou onemocnění, může své subjektivní zdraví hodnotit příznivěji než zdravý jedinec (strain), nejedná se o projev fylogeneticky starších obranných mechanismů (popření, sublimace, racionalizace aj.), ale hlubší změny sebepojetí (Justice, 1998).

Schéma 6 - Subjektivní zdraví - vícedimenzionální model procesu zdraví /nemoc



Zdravotní stav jedince je vyjádřen pevným bodem na kontinuu vzhledem k přítomnosti nebo nepřítomnosti objektivně zjištěných parametrů „nemoci“, včetně subjektivně vnímaného ale objektivními metodami neměřitelného psychického diskomfortu.

Vícerozměrné vyjádření vztahu zdraví - nemoc umožňuje posoudit zdravotní stav jedince komplexněji než lineární znázornění.

Osa X znázorňuje *kontinuum zdraví – nemoc*, tzn. dynamický proces od optimálního zdraví (ease) k nemoci (dis-ease). Tím se stírá dřívější bipolarita mezi nemocí a zdravím. Umístění je dáno „somatickým“ stavem jedince (objektivní nález).

Osa Y zachycuje rozměr *well-being (WB)*. Tento pojem je velmi těžce přeložitelný do češtiny. Náš český ekvivalent – pohoda – v sobě sdružuje rovinu emoční, sociální a spirituální. Důležitý je ještě jeden rozměr, a to pohoda ve smyslu rozumění a přijetí sebe a vnějšího světa jako srozumitelného, smysluplného. V této souvislosti se hovoří o „stávání se zralým člověkem“ (becoming), o personifikaci (personification), tj. o morálním, emocionálním a osobnostním zrání (Křivohlavý, 1994).

Subjektivní zdraví může být vyjádřeno 4 pozicemi, které odrážejí vzájemný vztah jednotlivých rovin:

X₁ - absence objektivního nálezu při vysoké hladině WB - „stav komplexního zdraví“,

X₂ - absence objektivního nálezu při nízké hladině WB - „obtížný pacient“,

X₃ - objektivně zjištěná nemoc s vysokou hladinou WB - pacient přijímá nemoc jako smysluplnou výzvu. Zdraví je možné spojovat se schopností maximalizovat subjektivní pohodu i při nemoci, mluvit o zdraví nemocných pak není paradoxem,

X₄ - objektivně zjištěná nemoc (diagnóza) při nízké hladině WB - „sám se svou nemocí“.

Počátkem osmdesátých let se začínají objevovat studie zabývající se prediktivní silou subjektivního zdraví ve vztahu k mortalitě. Od roku 1982 (kdy byla publikována základní studie Mosseye a Shapira) bylo publikováno velké množství studií, výsledky většiny z nich vztah mezi subjektivním zdravím a mortalitou potvrzují. Idlerová (2004) provedla metaanalýzu 50 takto zaměřených studií a prokázala, že subjektivní zdraví je spolehlivým prediktorem mortality. Z řady studií (např. již klasické práce autorů Mosseye a Shapira, 1982) vyplývá, že subjektivní zdraví je lepším prediktorem mortality než objektivní ukazatelé zdravotního stavu - zdravotní problémy, fyzická omezení nebo rizikové faktory životního stylu, onkologické onemocnění (Idler, 1997; Idler a Kasl, 1991, 1995, 1997).

Z uvedeného vyplývá opodstatněnost hodnocení subjektivního zdraví pacienta jako standardního nástroje komplexního posuzování zdravotního stavu v rámci léčebně-preventivní péče.

Subjektivní zdraví představuje komplexní proces zvnitřněných zkušeností, hodnocení, postojů a životních změn pacienta. Řada studií potvrzuje statisticky významné vztahy k různým psychologickým proměnným, např. úzkostná porucha (Heldt E. a kol, 2006), sociální opora (Šolcová, Kebza 1992, 1998, 2005), fitness (Benyamini, 2000), pohoda ve smyslu WB (Ala-Marsula, 2002; Balcar, 1995; Ramirez, 1996; Resnick, 2001; Shearen, 2001).

Salutogenetický model zdraví umožňuje v praxi identifikovat a cíleně využívat moderátory zdraví (salutoprotektivní faktory), které napomáhají člověku k udržení a posilování zdraví ve smyslu well-being (umístění na ose y).

Jedním z faktorů, který výrazně ovlivňuje subjektivní zdraví jednotlivce, je **resilience** (odolnost). Pojem resilience je používán v obecnějším smyslu k označení dispozic jedince zvládat náročné situace. Na tradiční koncepci “vnímané osobní účinnosti“ (Bandura, 1977) navazují Schwarzer (1997); Brekke, Hjortdahl, Kvien (2001), Smith, 1992; jejichž studie potvrdili její vztah ke zdraví. Schwarzer a Fuchs (1995) popisují signifikantní vztah mezi self-efficacy a zdravím podporujícím chováním. Subjektivní zdraví a zdraví podporující

chování je také zmiňováno v souvislosti s LOC (locus of control) – lokalizace kontroly (Steptoe a Wardle, 2001; Lefcourt, 1984; Wallston, 1976, Maides, 1976).

V užším slova smyslu je pojem resilience používán k označení nezdolnosti v pojetí hardiness, nebo nezdolnosti typu S.O.C. (Křivohlavý, 1991, 1988, 1989; Šolcová a Kebza, 1996, 2000; Kebza 2005). Nezdolnost popisuje individuální schopnost jedince snižovat negativní vliv nepříznivých životních situací, včetně akutního a chronického stresu a náročných životních situací. Úloha nezdolnosti jako moderujícího faktoru subjektivního zdraví je popisována řadou autorů (Křivohlavý 1989; Lindström, 2006; Ying 1997; Ludberg 1997; Larsson 1995; Pelcák a Vosečková, 1999, 2001, 2000; Peyrot, 1999; Sanden 2000).

Nezdolnost typu Hardiness

Pojem „hardiness“ (nezdolnost, tvrdost, tuhost, odolnost) se objevuje mezi odbornou veřejností na konci sedmdesátých a na začátku osmdesátých let (Kobasa 1979, 1982). Hardiness navázala na předchozí koncepce zvládání stresu. Je osobnostní proměnnou moderující vztah mezi stresogenní událostí a nemocí. Poměrně široká pozornost je jí věnována také v ČR: např. Hladký (1993, 1978), Hošek (1991, 1993, 1994), Kebza (1995), Křivohlavý (1991), Škoda (1985), Šolcová a Kebza (1996, 2003, 2005), Vašina a Zášková (1996).

Teoretický rámec hardiness vychází z existenciální psychologie chápající člověka jako biologicky, sociálně a psychologicky založenou bytost, jejímž základním cílem je hledání a ustanovení smyslu (Frankl, 1995). Hardiness a její komponenty jsou měřitelné dotazníkem Personal Views Survey (PVS).

Struktura hardiness je podle Křivohlavého (1991); Šolcové a Kebzy (1996) tvořena třemi komponentami:

Commitment - odpovědnost, angažovanost, oddanost, odevzdanost. Osoby s vysokou angažovaností mají tendenci se zapojit do všeho, co dělají, spíše než by to vykonávali odcizeným, povrchním způsobem. Angažovanost v tom, co člověk dělá, plyne z jeho víry ve vlastní cenu. Ví, proč věci dělá. Má jasno v cílech a prioritách. Významnou součástí je i pocit sounáležitosti k ostatním. Důraz na aktivitu a snahu událostem čelit na rozdíl od pasivity a vyhýbání se. Schopnost převzít odpovědnost za úlohu, projekt či vztah. Je zde obsažen silný prvek realismu spojený se stanovením úrovně odpovědnosti. Životní aktivity jsou vnímány jako účelné a smysluplné. Nízkou angažovanost můžeme chápat jako

odcizení. Angažovanost a odcizení vytvářejí kontinuum a měří se škálou odcizení (alienation).

Control - kontrola, zvládání. Odráží odpovědnost člověka za své chování a víru ve vlastní schopnost jednat, zasáhnout, zvládnout situaci. Přesvědčení, že při zvládání vnějších událostí mohou uplatnit svou představivost, své znalosti, dovednosti a volbu. Kontrola je chápána jako přesvědčení, že člověk je schopen kontrolovat anebo ovlivňovat události ve svém životě a okolí. Nízká úroveň této dimenze nezdolnosti je charakterizována vírou, že člověk je hříčkou v rukou osudu, bezmocný a neschopný vzdorovat (Vašina a Zášková, 1996).

Challenge - výzva. Vyjadřuje schopnost chápat změny ve svém okolí jako výzvu, možnost dalšího rozvoje osobnosti a ne jenom jako potencionální nebezpečí. Podle Šolcové a Kebzy (1996) jde o vědomí proměnlivosti života. Změna je tudíž normální a reprezentuje výzvu, ne problém. Člověk, který je otevřený novým zkušenostem a zážitkům, je schopen vytvářet si pružné způsoby zvládání i jistou vytrvalost. Vzhledem ke svému zájmu o nové situace má tento jedinec více povědomosti o tom, jaké zdroje k překonávání stresogenní situace jsou mu k dispozici. Osoby vysoce skórující na stupnici výzvy považují životní změny za něco normálního a vnímají je jako podněty k růstu.

Nezdolnost typu SOC

Z pohledu praktické aplikace ve zdravotnictví je přínosná koncepce nezdolnosti typu SOC (Sense of Coherence) A. Antonovského (1985,1993). SOC - smysl pro spojitost, soudržnost je definován jako globální orientace, vyjadřující rozsah, v jakém má člověk trvalý i když dynamický pocit důvěry:

- stimuly pocházející z vnitřního nebo vnějšího prostředí v průběhu života jsou strukturovány, jsou předvídatelné, srozumitelné, pochopitelné a vysvětlitelné,
- člověk má k dispozici zdroje, které mohou reagovat – zvládat ty požadavky, jež tyto stimuly na nás kladou,
- tyto požadavky jsou výzvy, které stojí za investování a angažování se - jsou smysluplné.

Křivohlavý (1990) ve své přehledové studii popisuje SOC jako pojetí úzkého sepětí (koherence) v chápání obrazu světa jako smysluplného celku (Gestalt). Charakterizuje kompaktnost, soudržnost, kohezivitu celkové životní orientace a vyjadřuje do jaké míry má

daná osoba pohled a pocit důvěry v to, že dění ve svém vnitřním a vnějším světě je předvídatelné, zákonité a řízené určitým řádem, že existuje vysoká míra pravděpodobnosti, že vše půjde dále tak, jak se dá rozumně očekávat. SOC lze považovat za hlavní záruku soudržnosti osobnosti v zátěžových situacích.

Nezdolnost typu SOC tvoří tři komponenty, jejichž poměr ovlivňuje volbu strategií zvládnání stresu (coping), následně i psychické procesy a stavy, včetně vegetativní a endokrinní odpovědi organismu:

Srozumitelnost (comprehensibility), je kognitivní tendence určitým způsobem vnímat a chápat svět a své místo v něm. Vypovídá o rozsahu, v jakém člověk vnímá stimuly z interního i externího prostředí, se kterými je konfrontován, jako racionální. Jako informaci, která je uspořádaná, důsledná, strukturovaná a jasná, spíše, než chaotický, neuspořádaný, náhodný a nevysvětlitelný šum. Člověk s vysokým smyslem pro srozumitelnost očekává, že stimuly, kterým bude v budoucnu vystaven, budou předvídatelné, nebo alespoň vysvětlitelné a budou mít určitý řád. Vysoká srozumitelnost je spojena s pocitem, že věci dopadnou tak, jak se dá v rozumné míře očekávat.

Zvládnutelnost (manageability) vyjadřuje rozsah, v jakém vnímáme, že zdroje, které máme k dispozici, jsou adekvátní požadavkům, které jsou na nás kladeny. Jde o subjektivní hodnocení vlastních možností (percepce).

Smysluplnost (meaningfulness) se vztahuje k emocionální stránce celkového postoje k životu a dění v něm. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti je přesvědčen, že problémy, před které je postaven, stojí za to, aby do jejich řešení investoval úsilí a energii. Jsou pro něho výzvou k aktivitě, uvědomuje si, že jeho práce bude příznivě okolím hodnocena a bude ji zvládat s volností a způsobem jeho vlastním.

Poměr mezi jednotlivými komponentami nezdolnosti Antonovský rozpracoval do osmi hypotetických typů osobnosti.

Tabulka 2. Typologie osobnosti podle Antonovského

typ	Srozumitelnost	Zvládnutelnost	Smysluplnost	Typ osobnosti
1	vysoká	vysoká	Vysoká	stabilní
2	Nízká	vysoká	Vysoká	výskyt vzácně, ojediněle
3	vysoká	nízká	Vysoká	nestabilní, tlak ke změně nahoru

4	Nízká	nízká	Vysoká	tlak ke změně nahoru
5	vysoká	vysoká	Nízká	tlak ke změně dolů
6	vysoká	nízká	Nízká	nestabilní, tlak ke změně dolů
7	Nízká	vysoká	Nízká	výskyt vzácně, ojediněle
8	Nízká	nízká	Nízká	stabilní

Typy 1 a 8 jsou charakteristické buď vysokými, nebo nízkými hodnotami ve všech třech komponentách. Můžeme anticipovat, že jejich struktura je *relativně stabilní*, že se jedná o vidění světa jako vysoce koherentního nebo naopak inkoherentního.

Typy 2 a 7 kombinující nízkou srozumitelnost a vysokou zvládnutelnost se vyskytují zřídka. Vysoká zvládnutelnost silně koreluje s vysokou srozumitelností a pochopitelností. Předpokladem toho, abychom subjektivně cítili, že zdroje, které máme pro splnění požadavků k dispozici, jsou adekvátní situaci, je reálný obraz toho, jaké tyto požadavky jsou. Naopak, život ve světě, o kterém se domníváme, že je chaotický a nepředvídatelný, velice ztěžuje přesvědčení, že jej dobře zvládneme. Ale být vysoko na stupnici srozumitelnosti však neznamená nutně, že člověk věří, že to dobře zvládne, to nás přivádí podle Antonovského k typům 3 a 6.

Typy 3 a 6 pokládá Antonovsky za inherentně nestabilní. Vysoká srozumitelnost kombinovaná s nízkou zvládnutelností vede k silným tlakům na změnu. *Směr pohybu bude určen touhou po smysluplnosti*. Jestliže člověku na něčem silně záleží a jestliže věří, že rozumí danému problému, bude mít silnou motivaci k tomu, aby vyhledal zdroje, a vytrvá, pokud zdroje nenajde. Při nízké motivaci člověk postupně přestává reagovat na podněty a svět se stává nesrozumitelným, chaotickým. Obdobně klesá schopnost a ochota k tomu, abychom adekvátní zdroje aktivně vyhledávali. Určité centrální postavení radosti ze smysluplnosti v rámci základních komponent nezdolnosti je obdobně naznačeno při uvažování o dvou posledních typech.

Typy 4 a 5 vykazují vysoké hodnoty srozumitelnosti a zvládnutelnosti, založené na znalosti „pravidel hry“ a víře, že máme k dispozici zdroje, které nám umožní úspěšné řešení a zvládnání. Při nízké smysluplnosti (typ 5), se člověk brzy opozdí ve svém chápání a ztrácí nadvládu nad svými zdroji a prostředky.

Nejzajímavějším typem ze všech je z pohledu autora této koncepce kombinace nízkých hodnot srozumitelnosti a zvládnutelnosti s vysokou smysluplností (typ 4). Taková osobnost pravděpodobně bude vykazovat hlubokou duševní sílu, bude silně angažovaná v pátrání po pochopení smyslu i po zdrojích.

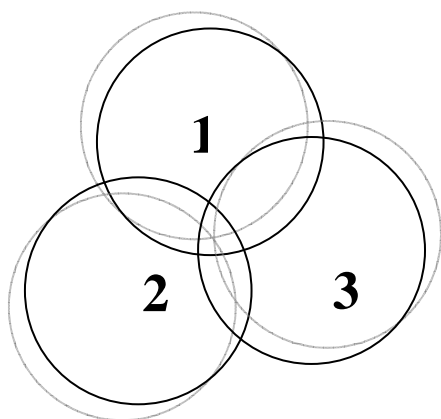
Jednotlivé komponenty nezdolnosti typu SOC mají různý stupeň důležitosti. Motivační složka smysluplnosti se zdá být dle Antonovského nejdůležitější. Pro angažované osoby je charakteristická určitá zaměřenost na pochopení a získávání zdrojů. Srozumitelnost se zdá být druhou nejdůležitější komponentou, protože vysoká zvládnutelnost závisí na porozumění a pochopení situace. Svou roli pochopitelně hraje také zvládnutelnost.

Pokud člověk nevěří, že má k dispozici dostatečné zdroje, klesá subjektivně prožívaná smysluplnost života spojená s úsilím situace řešit. Z uvedeného vyplývá, že *úspěšný „coping“ závisí na SOC jako celku*. Teoretický model škály vychází z předpokladu, že celkový SOC osoby je stabilizován do konce mladého dospělého věku a potom vykazuje jenom menší výkyvy, za předpokladu že nedošlo k důležitějším změnám ve způsobu života a životních zkušenostech.

4 Podpora zdraví

Jednou z hlavních rovin zájmu psychologie zdraví je podpora zdraví různých skupin populace. Vzhledem k nejednotnosti chápání tohoto pojmu připomínám definici podle Ottawské charty (1986): **Podpora zdraví znamená snahu zlepšit celkovou úroveň zdraví a to jak posilováním plné tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti proti nemocem (včetně zvládnutí nemoci).** Jde o proces, který má všem lidem umožnit větší míru samostatného rozhodování o zdraví a tím zvýšit jejich schopnost posilování svého zdraví (aktivní zdraví). **Model podpory zdraví rozlišuje 3 vzájemně se prolínající oblasti: prevence - ochrana zdraví - zdravotní výchova.**

Schéma 7 - Model podpory zdraví



1. Prevence (*Prevention*)
2. Ochrana zdraví (*Protection*)
3. Zdravotní výchova (*Education*)

Prevence

Základním cílem prevence je snížení rizika výskytu nemoci, zranění nebo jiných změn zdraví. Podrobnější definice je obvykle spojována s její klasifikací jako primární, sekundární a terciární. *Primární prevence* odpovídá prevenci v tradičním medicínském pojetí a znamená opatření, jejichž cílem je zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů, majících za následek poruchu zdraví (zdravý životní styl, očkování proti infekčním nemocem, preventivní prohlídky apod.). *Sekundární prevence* zachycuje, zmírňuje, případně odstraňuje stávající poruchy zdraví běžnými medicínskými postupy, včetně psychologické intervence. Cílem léčby je „*restitutio in sano*“ (návrat k úplnému zdraví, remise nemoci, předcházení komplikací). *Terciární prevence* usiluje o zmírnění následků poruchy zdraví, eliminaci vlivu faktorů vzniku a rozvoje určité poruchy (spouštěče a posilovače), snížení pravděpodobnosti výskytu nové

ataky nemoci nebo dekompenzace zdravotního stavu (přijetí omezení spojené s nemocí, tlumení bolestí, využívání kompenzačních pomůcek apod.). Důležité je cílené využití možností ovlivňování psychosociální adaptace na nemoc, včetně sociálního začlenění pacienta do života.

Ochrana zdraví

Ochrana veřejného zdraví vychází ze stanovení pravidel chování osob při tvorbě a ochraně životních a pracovních podmínek, předcházení vzniku, šíření a omezení výskytu infekčních nemocí, nemocí z povolání a dozoru nad jejich dodržováním. Nedílnou součástí je monitorování rizikových faktorů na všech úrovních bio-psycho-sociálního systému. Zahrnuje také právní a ekonomickou kontrolu těchto oblastí.

Zdravotní výchova

Komplexně chápaná zdravotní výchova by měla ovlivňovat znalosti, postoje a chování populace k aktivnímu zdraví. Zdravotní výchova zahrnuje kromě základní formy vzdělávání ve školách a institucích také sociální učení v primární rodině (procesy nápodoby a identifikace vzorců chování), ve vrstevnických skupinách, v etniku, ve společnosti. V kontextu zdravotnických služeb působí další významné faktory, vycházející z existujícího rozporu mezi obecně deklarovanou potřebou prevence a modelem zdravotní péče, z kvality a rozsahu poskytované zdravotní péče, z charakteru vztahů pacient - zdravotní personál.

Uvedený model podpory zdraví ukazuje na nutnost funkčního propojení jeho jednotlivých úrovní v praxi. Jsou hledány postupy podpory zdraví ve smyslu prevence a edukace, které vycházejí ze zásady, že žádný člověk se nemůže v situacích jen nacházet (šlo by o statické pojetí), ale je vždy v interakci se svou situací, se svým prostředím, jeho chování, je výsledkem interakce osobnosti a situace, v nichž se nachází. Každý člověk životní situace vždy vytváří, přeměňuje, rozvíjí díky své aktivitě, činnosti.

4.1 Psychoterapie v podpoře zdraví

V návaznosti na vývoj psychologie zdraví se prosazuje širší pojetí psychoterapie. Podpora zdraví ve smyslu prevence (primární, sekundární i terciární) a edukace je prováděna pomocí psychologických prostředků.

Psychoterapie je vědomou, záměrnou aplikací klinických metod a mezilidských přístupů odvozených od zavedených psychologických zásad a pomáhá lidem pozměnit jejich chování, poznávání, emoce a další vlastnosti tak, jak to účastníci považují za vhodné (Norcross, 1999).

Obecným cílem psychoterapie je obnova zdraví klienta (pacienta) bez ohledu na teoretické koncepce jednotlivých směrů. Prochaska a Norcross (1999) shodně s J. Vymětalem (1997) považují za cíl oboustranně žádoucí změny v chování, myšlení a prožívání, včetně změn osobnostních charakteristik.

Současná psychoterapie nemá jednotnou, obecně přijímanou teorii, ale zahrnuje nepřehledné množství přístupů - systémů, z nichž každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogenezi poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu (mechanismů změny) i propracované metody a techniky léčby, včetně výcvikových programů, které z příslušné teorie vycházejí. Podle příslušnosti k hlavním teoretickým modelům lidské psychiky lze současnou psychoterapii za cenu určitého zjednodušení dělit na tři základní směry. **Dynamická psychoterapie** věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. **Kognitivně-behaviorální psychoterapie** převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení. **Humanistická psychoterapie** se zabývá sebeaktualizací, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu.

Schéma 8 – Psychoterapeutické směry (orientační rozdělení)

PÓL „A“:

osobnost je dedukcí chování

objektivní / vnější vztažný rámec



BEHAVIORISMUS: PAVLOV, HULL, SKINNER
TEORIE UČENÍ: DOLLARD A MILLER
RYSOVÁ A FAKTOROVÁ TEORIE: CATTEL
INTERPERSONÁLNÍ TEORIE: HORNEYOVÁ, SULLIVAN
INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOLOGIE: ADLER
PSYCHOSOCIÁLNÍ TEORIE: FROMM, ERIKSON
PSYCHOANALYTICKÁ TEORIE: FREUD
ANALYTICKÁ TEORIE: JUNG
TEORIE POLE: LEWIN
SYSTEMATICKÝ EKLEKTICISMUS: ALLPORT
HOLISTICKÁ TEORIE: GOLDSTEIN, MASLOW
LOGOTERAPIE: FRANKL
FENOMENOLOGIE: HUSSERL, COMBS A SNYGG
TEORIE JÁ: ROGERS

PÓL „B“:

osobnost je reálná

percepční / vnitřní vztažný rámec

V tabulce jsou uvedeny psychoterapeutické směry na ose od osobnostního rozvoje podporovaného silami zvenčí až po osobnostní rozvoj zevnitřku (tendence k sebeaktualizaci).

V poslední době se stále více prosazuje *směr eklektický-integrativní*, opírající se o výzkumem ověřené společné i specifické faktory jednotlivých terapeutických přístupů, (Vymětal, 1992; Knobloch a Knoblochová, 1993; Kratochvíl, 1994; Prochaska, 1999). Rozsáhlou diskusi o obecných faktorech psychoterapie lze shodně s Kratochvílem stručně vyjádřit prostřednictvím těchto hypotéz (Kratochvíl, 1998, 2001):

- *ve všech významných psychoterapeutických přístupech existují společné účinné faktory,*
- *v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou různou cestou ke stejnému výsledku,*
- *existují specifické účinné faktory, které působí na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého klienta a jsou málo účinné v jiných případech.*

V každé psychoterapeutické intervenci jsou přítomny obecné i specifické účinné faktory. Jednotlivé psychoterapeutické přístupy, včetně používaných technik a metod, tedy působí individuálně odlišně v závislosti na tom, kdo je používá, u jakého klienta, za jakých podmínek a v jakém kontextu.

Obecně za účinné faktory psychoterapie považujeme děje navozené terapeutem, které způsobují u klienta nebo v jeho nejbližším sociálním prostředí změny. Výsledek a úspěšnost psychoterapeutické léčby je vždy závislý na celé řadě faktorů, které lze podle Vymětala (2003) rozdělit do několika skupin:

- *proměnné, týkající se klienta* (věk, pohlaví, osobnostní a vývojové zvláštnosti, charakteristika obtíží, motivace pacienta k léčbě, životní situace, životní perspektiva aj.)
- *proměnné, týkající se terapeuta* při individuální terapii či terapeutů při skupinové a rodinné terapii (věk, pohlaví, zkušenosti, psychoterapeutická orientace aj.)
- *proměnné, týkající se interakční roviny psychoterapie* (zvláštnosti interakcí v individuální, skupinové a rodinné terapii)
- *proměnné, vyplývající z uspořádání a organizace terapie*
- *intervenující proměnné*, které s psychoterapií přímo nesouvisí, ale mohou její průběh a výsledek ovlivňovat, např. zdravotní stav klienta, změna životní situace, farmakoterapie, zrání osobnosti.

V další části skript budou podrobněji popsány dva psychoterapeutické směry: *Rogersovská psychoterapie a kognitivně – behaviorální psychoterapie*. Důvodem je **využitelnost základních atributů obou psychoterapeutických postupů v práci sociálního pracovníka (empatie, kongruence, akceptace)**.

Rogersovskou psychoterapii (přístup zaměřený na člověka) lze považovat za základní vztahový rámec, ve kterém mohou být uplatňovány postupy a metody jiných psychoterapeutických směrů (nejčastěji se jedná o poznatky kognitivně-behaviorální terapie).

4.1.1 Nedirektivní – rogersovská psychoterapie (PCA – person centered approach)

Rogersovskou psychoterapií jsou nazývány psychoterapeutické přístupy, které navazují na myšlenky a postupy amerického psychologa C. Rogerse (1990, 1995, 2000). Jeho práce začala být známá v 60. letech také v Evropě, nejdříve prostřednictvím jeho knih, později psychoterapeutů, kteří prošli vzděláním pod vedením přímo C. Rogerse nebo jeho žáků. Dosud panuje určitá nejednotnost v názvosloví, v anglosaské oblasti to je Person Centered Approach (P.C.A), Client Centered Therapy. V německé oblasti jsou používány názvy Gesprächspsychoterapie, Differentielle Gesprächspsychoterapie, Personzentrierte psychoterapie. V české literatuře se používá pojem na klienta (na osobu) zaměřená psychoterapie nebo Rogersovská psychoterapie. Ve skriptech je použita zkratka PCA.

Rogersovský přístup k člověku ve zdraví a nemoci, v situaci běžné i mimořádné - nesešává v žádném případě z pouhého souboru technik či strategií, jež by se v určité psychosociální situaci „vhodně aplikovaly“. Je to spíše celkový postoj ke světu, lidem a také k sobě, v rámci něhož lze „vhodně aplikovat“ psychoterapeutické a jiné kroky za předpokladu, že nejsou v rozporu s filozofií na klienta zaměřeného přístupu (Vymětal, 1996, 2000). C. Rogers a jeho spolupracovníci zdůraznili tři základní psychoterapeutické postoje nebo podmínky P.C.A. Terapie je maximálně účinná, když jsou všechny tři faktory zastoupeny ve vyvážené míře (Rogers, 1995) :

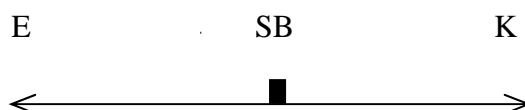
1. Přesné *empatické porozumění* klientovým pocitům a jejím osobním významům.
2. Terapeutova autenticita, pravdivost neboli *kongruence*.
3. Terapeutovo úplné *přijetí, akceptace klienta* a bezpodmínečný pozitivní postoj ke klientovi.

Empatie

Empatii můžeme jinými slovy popsat jako vidění světa očima jiného člověka. Empatie má dvě stránky, terapeut se pohybuje mezi nimi

E - citová (emocionální)

K - kognitivní.



SB – self boundary (hranice)

Ideální terapeutický proces by měl být asi uprostřed úsečky E - K (vlastní hranice - self boundary - SB - to je to „jako kdyby“). Terapeutický neúspěch vzniká v okamžiku, kdy terapeut nemá vytvořenou hranici (SB) a převažuje složka E (resp. K), je příliš emocionální nebo zase nevyvážený směrem k racionální rovině. Empatie je proces hledání významu, který pacient buď poskytuje, nebo skrývá. Cílem snahy je pomoci pacientovi zaměřit se na to, co prožívá právě teď, reflektovat svoje pocity a postoje.

Některé znaky empatického naslouchání:

- terapeut vstupuje, ale neinterpretuje
- empatická odpověď není diagnóza
- vroucnost, ale ne „být zahlcen city“ (pohyb na přímce ve směru K - E)
- vytvořit si vztah založený na způsobech bytí, ne techniky a metody
- vzájemný kooperativní proces
- přesnost empatické odpovědi (zachytit slovy „pacientův svět“)
- srozumitelnost pro klienta
- použití metafor

Empaticky sledující odpověď vyjadřuje snahu terapeuta ověřit si, že porozuměl zážitku, který se pacient pokoušel vyjádřit. Praktickým ověřením míry empatie je pacientova reakce na terapeutovo vyjádření porozumění vnitřního světa pacienta. Pro ilustraci odpovědi typu: „*Ano, to je to, co jsem chtěl říci.*“ „*Nikdy jsem o tom takto nepřemýšlel.*“

Terapeutova autenticita (kongruence)

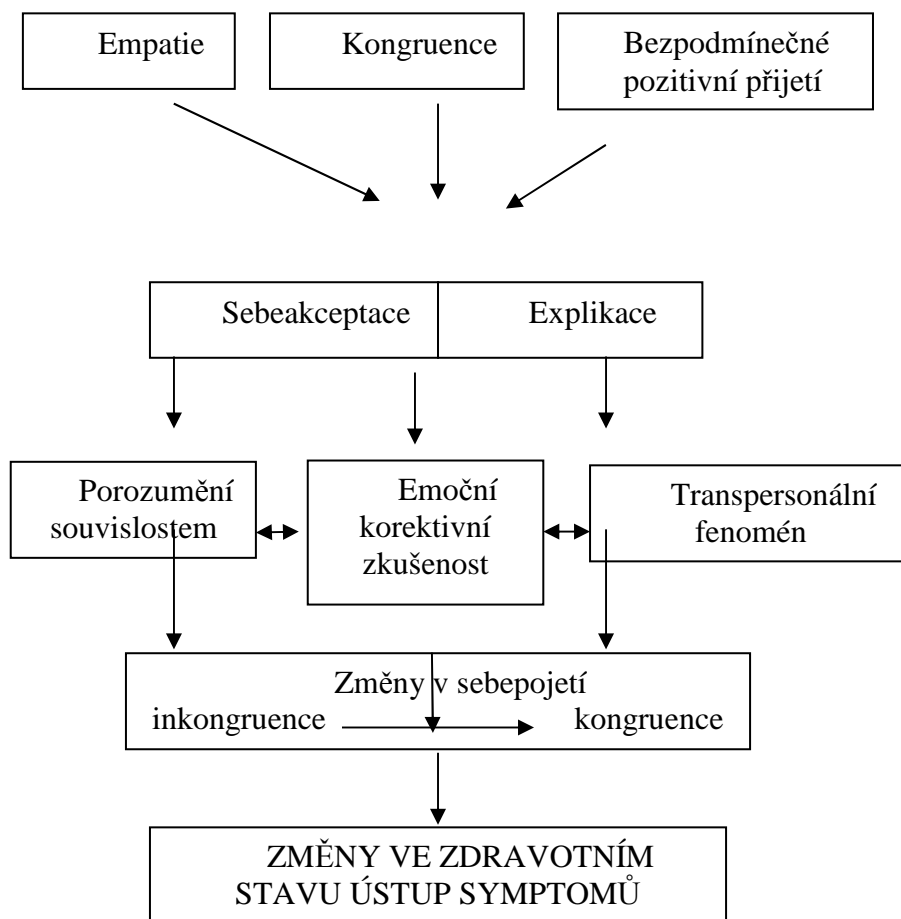
Terapie je účinná, je-li terapeut ve vztahu takový, jaký je, bez předstírání. To znamená, že je v přímém osobním vztahu ke klientovi jako člověk k člověku, jedná se o situaci osobního setkání. Terapeut neodmítá pocity, které si ve vztahu s klientem uvědomuje

a prožívá. Samozřejmě to není jednoduché. Být opravdový zahrnuje dokonalé obeznámení se s průběhem vlastního prožívání, stejně jako plné prožívání všeho, co se neustále objevuje.

Bezpodmínečné pozitivní přijetí

Tato zásadní podmínka znamená, že terapeut akceptuje klienta se všemi jeho možnostmi a těžkostmi. Přijímá pacienta takového jaký je, bez výhrad a bez hodnocení. Tento postoj zvyšuje důvěru klienta a umožňuje mu tak sebeexploraci (sebepochopení) a vede ke korekci chybných postojů. Tento postup umožňuje klientovi být sám sebou v ovzduší, kde se nehodnotí.

Schéma 9 - Léčebné působení v PCA



volně podle Vymětal, 2000

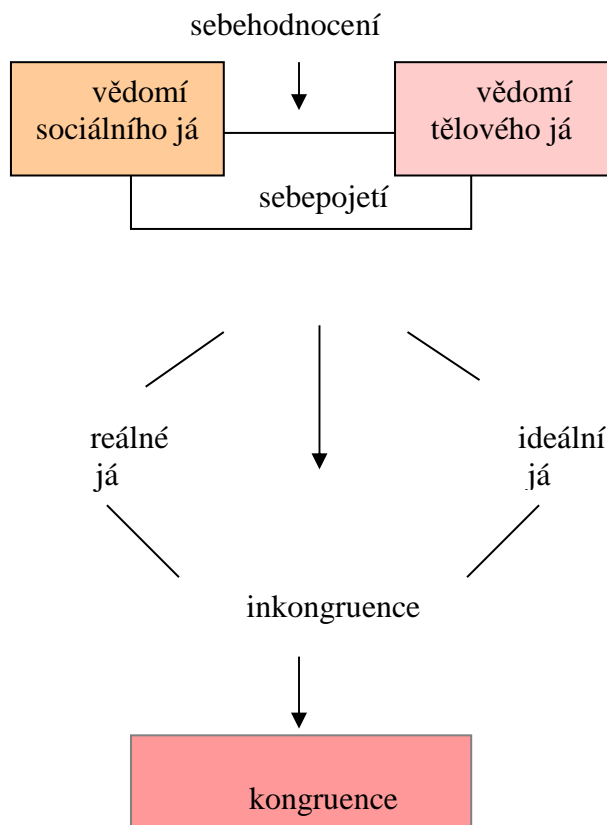
Etiopatogeneze poruch zdraví

Model etiopatogeneze poruch zdraví vychází z neřešených inkongruencí, které jsou výrazem individuální odezvy na omezení aktualizací tendence. Psychoterapeutická léčba

pak spočívá v nalezení a překonání inkongruencí (vnitřní rozpor) a v tomto významu je kauzální. Pojmy **kongruence** (vnitřní shoda, slučitelnost) a **inkongruence** (vnitřní rozpor, neslučitelnost) hrají v etiopatogenezí poruch zdraví ústřední roli. Souvisí těsně s částí osobnosti člověka, kterou nazýváme **sebepojetím**.

Sebepojetí tvoří pomyslné centrum osobnosti a tvoří jej obraz, který si člověk o sobě vytvořil. Tedy to, jak sebe vnímá, myslí, hodnotí a jak si sebe představuje. Člověk vnímá a hodnotí vnější i vnitřní realitu na základě sebepojetí. Z hlediska systémového pohledu na zdraví a nemoc je žádoucí ta funkce já (Self), která interpretuje, zpracovává a integruje individuální zkušenosti jako kongruentní se sebepojetím.

Schéma 10 - Dynamika sebepojetí



Pokud je zkušenost vnímána jako subjektivně významná, nebo je natolik intenzivní, že se jí nemůžeme nezabývat, musíme se s ní vyrovnat následujícími způsoby:

- zkušenost mohu přímo a nezkresleně zařadit do sebepojetí,

- zkušenost nemohu přímo a nezkresleně zařadit do sebepojetí. V této situaci se mohou uplatnit psychické mechanismy tak, aby nastala kongruence se sebepojetím, nebo dochází k inkongruenci.

Primární inkongruence vzniká jako rozpor mezi základními, vrozenými potřebami dítěte a jeho zkušeností v rámci vytvářejícího se sebeobrazu a sebepojetí. Dítě přijímá selektivní hodnocení dospělými za své (interiorizace) a při opakování se stane součástí jeho sebepojetí (převezme hodnotící postoj, jenž často bývá v rozporu s jeho přirozeností). Je zdrojem tzv. sekundárních inkongruencí v pozdější době jeho života.

Sekundární inkongruence jsou rozpory mezi sebepojetím a zkušenostmi přicházejícími z vnějšího světa, vznikají později a jsou částečně či zcela uvědomované. PCA zdůrazňuje, že lidská bytost se vyvíjí, tedy osobnost a sebepojetí prodělávají celý život změny, mají povahu procesu. Psychoterapie s touto změnou počítá, proto jejím teoretickým zájmem je hledání nutných podmínek a okolností pro zdravý osobnostní vývoj a prakticky usiluje o navození žádoucích změn v osobnosti člověka, v jeho významných vztazích i chování.

V rámci PCA byl vyvinut **diferenciální model inkongruence** (Vymětal, 2000), který je výrazem snahy po hledání příčin poruch zdraví. V tomto modelu rozeznáváme tři hlavní zdroje a typy inkongruencí:

- **Dispoziční inkongruence** (vrozené organismické hodnocení obsahující zděděné a bioneuropsychologické dispozice jedince). Psychoterapie se zde uplatňuje jako podpůrná terapie, doplňková léčba.
- **Sociálně-komunikační inkongruence** (hodnotové introjekty, hodnoty a názory převzaté ze sociálního prostředí působením úmyslné i neúmyslné výchovy v rámci socializace). V této souvislosti je potřeba zdůraznit vznik inkongruencí, které jsou odezvou na onemocnění, které pacient vnímá a hodnotí jako ohrožující, zhoršující kvalitu jeho života a měnící negativním směrem pacientovy životní plány (chronické onemocnění, nemoc spojená s trvalým omezením života, infaustní prognóza apod.). Je zde plně indikována systematická psychoterapie.
- **Reaktivní inkongruence** vzniká jako následek velké psychosociální zátěže, která je vyjádřena v teorii závažných životních událostí a psychotraumat. Na místě je psychologická první pomoc a krizová intervence.

Cílem psychoterapeutických intervencí v pojetí diferencovaného modelu inkongruence je překonání či oslabení inkongruencí a znovu nastolení kongruence, což vede k vnitřní harmonii pacienta a redukci psychosomatické tenze, úzkosti a k posílení oslabené identity se sebou samým.

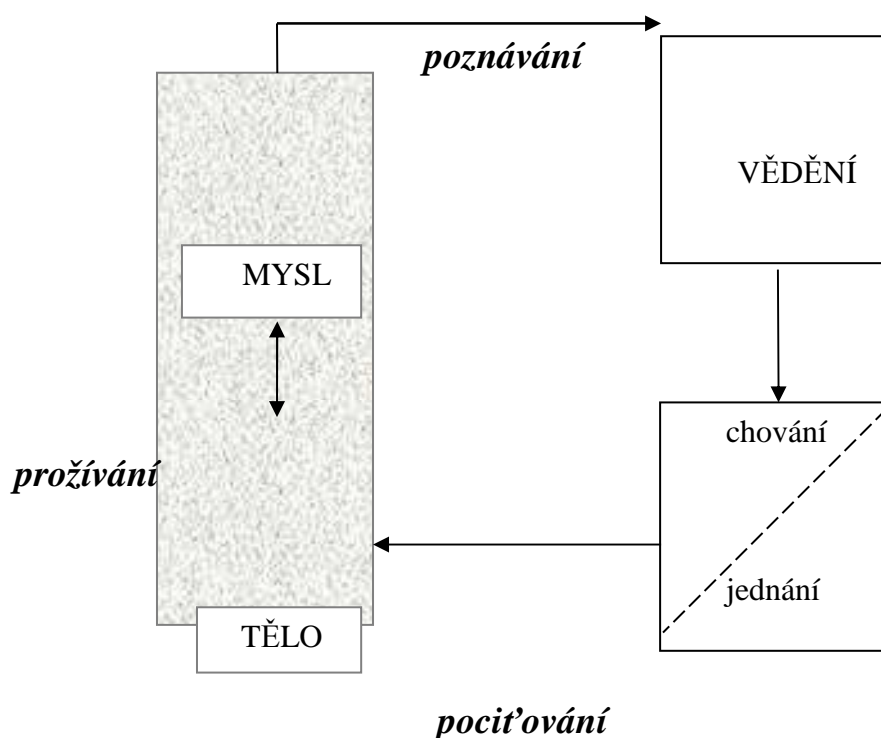
Psychoterapeutický proces a změna osobnosti

PCA upřednostňujeme u pacientů, kteří touží po větší autonomii, větším vlivu, prosazení a kontrole okolí. Frustrace této tendence se projevuje jako nespokojenost se sebou i druhými. PCA svojí vztahovou nabídkou vytváří větší prostor pro změnu i experimentování s vlastním chováním. Poskytuje klientovi zcela novou zkušenost nezbytnou k sebezpřijetí a celkové změně životního stylu. Zároveň může použít všech prostředků ostatních psychoterapeutických přístupů, pokud s nimi pracuje nemanipulativně a v rámci základní vztahové nabídky. To vytváří u klientů dostatečný prostor pro svobodnou volbu a převzetí zodpovědnosti za vlastní chování a jednání.

Sebepojetí se nejlépe formuje a rozvíjí v prostředí, jež je vztahově stabilní, vřelé a akceptující. Na základě zkušeností se sebou a světem se sebepojetí postupně diferencuje a rozšiřuje se i způsobilost vyrovnávat se s novými zkušenostmi. Proces změny probíhá směrem od rigidity sebepojetí, od odstupu od lidí, od tuhosti a odtržení od pocitů prožívání k okamžitému prožívání, akceptování pocitů a prožitků, k ověřování pojmů, objevování měnícího se Já v měnícím se prožívání, k realitě a blízkosti vztahů, k jednotě a integritě fungování.

Klient se postupně mění a reorganizuje svou představu o sobě, přestává se vnímat jako nepřijatelný, přechází ke koncepci sebe sama jako cenného člověka, který se řídí sám sebou, umí si vytvořit vlastní normy a hodnoty na základě vlastního prožívání. Přestává být defenzivní, je otevřenější vůči prožívání sebe i druhých.

Schéma 11 - Psychoterapeutická změna osobnosti



Klient je schopen se více zabývat vlastní subjektivitou, zvětšuje se vnímavost vůči sobě i ostatním významným lidem jeho života, diferencuje mezi přáními a tužbami, obavami, na život se přestává dívat jako na něco osudově daného, určeného pouze vnějšími okolnostmi. Přijímá sám sebe, důvěřuje svému vnitřnímu i tělesnému prožívání, vlastní prožívání si uvědomuje, je schopen ho verbalizovat a řídit se jím. Klient si uvědomuje vlastní hodnotu i smysl života, osobnostně se dále rozvíjí a zraje. Ke změně dochází současně na úrovni psychické i tělesné.

C. Rogers (1990, 1995) rozdělil proces změny v terapii **do 7 stádií**. Klient vstupuje do terapie v některé době tohoto kontinua a mění se.

1. stádium

Člověku jsou vlastní rigidní názory o sobě a o světě. Je vzdálen bezprostřednímu prožívání, netouží po změně nebo osobním růstu, komunikuje jen o vnějších věcech, nerozeznává problémy, pocity ani osobní potřeby. Není motivován pro terapii, je pasivní, neochotný hovořit o sobě.

2. stadium

Člověk je schopen vyjadřovat se o neosobních tématech a problémech, pocity jsou popisovány bez vztahu k sobě jako něco věčného v minulosti. Osobní názory jsou rigidní a často prezentovány jako fakta.

3. stadium

Klient se začíná více uvolňovat, hovoří o svých pocitech, které se týkají minulosti, nebo jsou vzdálené jeho já. Názory a představy nechápe pouze jako nezaměnitelná, definitivní fakta.

4. stadium

Klient v tomto stadiu popisuje své přítomné pocity. Začíná cítit vlastní zodpovědnost za své problémy. Blízké vztahy stále vidí jako ohrožující, často je zmatený ze skutečností, které vnímá nejasně.

5. stadium

Klient vyjadřuje své pocity volněji, přímo a v přítomnosti. Pocity, které dříve popíral nebo se jim vyhýbal, jsou téměř plně prožívány, někdy se strachem nebo úzkostí. Touží být skutečně sám sebou, vyrovnává se rozdíl mezi prožíváním a sebepojetím, začíná důvěřovat svým vnitřním psychickým dějům, svému prožívání.

6. stadium

V tomto stadiu dochází k nejvýraznějším projevům změny v klientovi, ten plně prožívá přítomnost se všemi pocity, které si dříve odmítal uvědomit. V bezprostředním prožívání (v procesu změny a pohybu) se mění názory a zásady, kterými se doposud řídil, což může být doprovázeno silnými emocemi i samotnými somatickými projevy (pláč, smích, zvýšená salivace, pocení, bolesti hlavy, apod.). Poznává dosud neznámé části sebe, je změněn, jeho vnitřní svět se stává procesem, který je proměnlivý a pohyblivý. Otevřeně komunikuje sám se sebou i s ostatními lidmi.

7. stadium

Toto poslední stadium terapeutického procesu je spíše cílem či obrazem plně fungující osobnosti. Člověk prožívá bezprostředně, bohatě a detailně, ví, kdo vlastně je, co vlastně chce a jaké má postoje. Přijímá sebe, důvěřuje svému vnitřnímu tělesnému prožívání, uvědomuje si ho a dokáže jej přesně vyjádřit a řídit se jím.

Popisovaný proces postupné změny probíhá v těchto oblastech:

1. Uvolňování pocitů - vztahy klienta ke svým vlastním citům a osobním významům se mění podle toho, nakolik si je uvědomuje a přijímá za své, a jak je dokáže vyjádřit. V horším případě je klient od svých pocitů oddělený, nepřipouští si je. Postupně začíná pocity rozpoznávat a hovoří o nich jako o minulosti. Později dokáže s obavami popsat své aktuální city a nakonec je schopen je vyjádřit vždy, když se objeví. Na dolní hranici kontinua je zjevná neochota hovořit o sobě, případně klient popisuje jen vnější události, jež se ho netýkají. Později o sobě hovoří jako o objektu, ke kterému má malý vztah. Postupně si uvědomuje sama sebe, své pocity a vlastní prožitky, začíná být otevřený, věnuje přiměřenou pozornost svému „já“, o kterém dokáže hovořit.

2. Změna způsobu prožívání - na začátku je klient odtržený od svých vnitřních zážitků, později si je začíná uvědomovat a vnímá též jejich proměnlivost. Nakonec je schopen využívat své měnící se vnitřní prožitky jako kritérium svého chování a jednání, řídí se jimi.

3. Posun od inkongruence ke kongruenci - pokud si je klient vědom svého vnitřního prožívání a jedná ve shodě s tímto prožíváním, tak je kongruentní. Pokud hraje nějakou „rolí“, skrývá své vnitřní já, je inkongruentní. To jsou dva póly tohoto kontinua.

4. Uvolňování kognitivních obrazů prožívání - osobní konstrukty - to jak klient vytváří své zážitky. Na jednom konci kontinua dává svým zážitkům rigidní významy, jako by tyto významy byly zážitkům dodány zvenčí, byly absolutní. Klient nedůvěřuje svým vnitřním reakcím jako zdroji údajů o světě. Později začíná pochybovat o svých konstruktech, více začíná důvěřovat svému vnitřnímu prožívání a nachází v něm osobní významy. Na horním konci kontinua dokáže hodnotit své emoce tak, jak je prožívá, nedává jim násilně vnucené významy.

5. Vztah k problémům - na spodním konci kontinua si klient neuvědomuje své problémy nebo je považuje za něco mimo sebe. Později začíná hovořit o minulých problémech, na vyšším stupni přiznává svůj podíl na problémech v minulosti. Na horním konci kontinua má bezprostřední přístup ke svým problémům tak, jak je aktuálně prožívá, chápe, že jsou jeho a hledá řešení v sobě.

6. Postoj ke vztahům - když se člověk velmi obává mezilidských vztahů a neví, jak by se v nich měl chovat, nachází se na dolním konci kontinua. Ve středu škály je tehdy, když opatrně testuje své vztahy k druhým, racionalizuje, je nedůvěřivý. Když se nachází v horní části kontinua, tak je schopen vyjádřit své pocity, vstoupit do těsného vztahu s druhým člověkem (Meador, Rogers, 1991).

Tabulka 3. - Dynamika psychotherapeutického procesu v PCA

OBLAST POSTUPNÉ ZMĚNY V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH

1. Uvolňování pocitů	Odtažené, neosobní pocity	Vlastní pocity mající blízko k přímému prožívání	Přímé prožívání a vyjadřování pocitů, dosud popřené pocity zpřístupňovány do vědomí	Bezprostřední prožívání procesu měnícího se proudy pocitů	
2. Změna způsobu prožívání	Vzdálenost od prožívání, neschopnost vyjádřit obsažné významy	Prožívání se stává přijatelným vnitřním zdrojem, ke kterému se člověk obrací pro nejpřesnější význam		Schopnost volně, svobodně prožívat, prožívání je zdrojem chování	
3. Posun od inkongruence ke kongruenci	Maximální inkongruence, které si klient vůbec není vědom	Postupné uvědomování si vnitřních rozporů a protikladů, prožívání inkongruence v přítomnosti způsobem, kterým ji eliminuje		Klient se nebrání ohrožujícím aspektům prožívání	
4. Uvolňování kognitivních obrazů prožívání	Rigidní konstruování zážitků, které jsou vnímané jako vnější fakta	Mění se, volně konstruování zážitků, které se modifikuje každou novou zkušeností			
5. Vztah k problémům	Nepozorované problémy, absence touhy po změně	Uvědomování si problémů jako vnějších objektů	Uvědomování si svého podílu na problémech	Růst smyslu vlastní zodpovědnosti za problémy	Autentické prožívání většiny aspektů problémů
6. Postoj ke vztahům	Vyhýbání se blízkým a komunikativním vztahům, které jsou vnímány jako nebezpečné		Žije otevřeně a volně ve vztazích s druhými lidmi, vlastní chování ve vztahu řídí podle okamžitého prožívání		

4.1.2 Kognitivně-behaviorální psychotherapie (KBT)

Tento psychotherapeutický směr se zaměřuje na analýzu a změnu v oblasti myšlení a chování. KBT vznikla integrací behaviorální a kognitivní terapie na konci 70. let.

Etiopatogeneze poruch zdraví

Pro pochopení etiopatogeneze poruch zdraví je nutné alespoň stručně ukázat vývoj KBT.

Behaviorální psychoterapie

V behaviorálních modelech zdraví a nemoci je pojem *porucha* spojován s konkrétním maladaptivním chováním. Předpokládá se, že „narušené“ maladaptivní chování je získané učením obdobně jako chování „normální“. Na jeho vzniku se podílejí faktory genetické, biochemické i organické, ale větší důraz je kladen na vliv prostředí a kognitivních procesů. Definované modely poruch zdraví poskytují vodítka pro práci na změně chování a myšlení (včetně postojů a přesvědčení). Učí jednotlivce určitému chování a umožňují tento proces učení systematicky a účinně aplikovat jako součást léčebného plánu.

Za teoretický základ behaviorální terapie jsou tradičně považovány teorie klasického a operantního podmiňování a teorie sociálního učení.

- Ruský fyziolog I. P. Pavlov (1849-1936) popsal mechanismus tzv. klasického podmiňování, jehož podstatou je vytváření asociací mezi stimuly (S) a reakcemi (R).
- J. B. Watson (1878-1958), všeobecně přijímaný jako zakladatele behaviorismu, úspěšně jako první upozorňuje na možnosti praktického využití podmiňování při léčbě psychických onemocnění. Klasický behaviorismus se zaměřoval především na vnější - pozorovatelné chování živého organismu a na možnosti jeho ovlivňování vnějšími podněty. Psychika byla vysvětlována na základě známého vzorce, že chování je funkcí stimulu, tzn. $B = f(S)$. Teprve neobehavioristé počátkem 30. let minulého století rozšiřují tento výkladový vzorec o tzv. intervenující proměnné, děje, jejichž přítomnost v organismu modifikuje zjevné chování jako reakci na konkrétní podnět.
- Počátkem 20. století se behaviorismus rychle rozšiřoval zejména v USA. F. B. Skinner (1904-1990), E. L. Thorndike (1874-1949) a jejich žáci zaměřují pozornost na operantní - instrumentální podmiňování. Operantní podmiňování představuje způsob učení, při kterém pravděpodobnost opakování určitého vzorce chování závisí na povaze následků, jež vyvolává. V důsledku toho se dané chování buď zpevňuje a bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s vyšší pravděpodobností, nebo se oslabí a bude se v budoucnu po daném podnětu opakovat s menší pravděpodobností. Dysfunkční nebo maladaptivní chování je tedy možné modifikovat systematickou manipulací s následky tohoto chování. V terapii

se principy operantního podmiňování s úspěchem uplatnily zejména při nábízení sociálních dovedností a žádoucího chování u mentálně retardovaných jedinců, psychotických pacientů, dále při vytváření režimových programů u závislých osob aj.

- Velkým přínosem pro rozvoj behaviorální terapie byla teorie sociálního učení A. Bandury (1925), který se svými spolupracovníky ověřil možnosti pozorování a modelování chování, postojů a emocionálních reakcí druhých lidí, jehož základem je jak klasické, tak operantní podmiňování. Podle tohoto modelu není chování ovlivňováno pouze svými následky, ale také tzv. zástupným učením. Klient například překonává strach, pokud vidí terapeuta nebo jiný „model“ úspěšně zvládat obávanou situaci. A. Bandura rovněž zdůrazňoval význam kognitivních faktorů v procesu učení a stal se tak jedním z významných průkopníků integrace kognitivní a behaviorální terapie.

Kognitivní terapie

Kognitivní psychoterapie rozšiřuje klasické formy učení, ze kterých vychází behaviorální terapie, o tzv. kognitivní učení, které můžeme interpretovat s využitím následujícího modelu:

P (podnět) – O (organismus) – R (reakce) – N (následky)

Člověk je aktivním účastníkem procesu učení a ovlivňuje ho svým hodnocením, zkoumáním a porovnáváním s minulými zážitky a dalšími kognitivními procesy (Praško, Možný, 1999). Rozkvět kognitivní terapie bývá nejčastěji spojován s A. Ellisem a A.T. Beckem. Přesto, že oba autoři vytvořili svoji terapii nezávisle na sobě, jsou jejich přístupy v mnohém podobné.

A. Ellis se po absolutoriu výcviku v psychoanalýze postupně odklonil od Freudových názorů. Zpochybňuje, že nevědomé konflikty z raného dětství jsou hlavní hybnou silou neurotických obtíží. V klinické praxi ověřil tzv. racionálně - emoční terapii, která zdůrazňuje vliv přesvědčení a názorů při vzniku a léčbě neurotického chování. Tuto skutečnost vysvětluje prostřednictvím tzv. modelu **A-B-C**. Člověk zpracovává určitou událost A (activating event) pomocí svých přesvědčení, názorů, postojů B (belief system), které vyvolají určité důsledky C (consequence). Ellisovo schéma A-B-C je tedy určitou obdobou nebehavioristického schématu, které připouští vliv tzv. intervenujících proměnných na lidské chování. Tzv. „belief systém“ může být racionální a srozumitelný

a může utvářet funkční vzorce jednání. V opačném případě iracionální názory představují mohou vyvolávat zdravotní potíže a poruchy, příp. maladaptivní vzorce jednání. V těchto případech je nezbytná diskuse **D**, umožňující konfrontaci iracionálních myšlenek a představ se skutečností. Na tomto základě se vytvoří nová, racionální a efektivní filosofie **E**. Dalším rozšířením tohoto schématu je vytvoření cílů **G** (goals), které mohou přímo působit na hodnotový systém člověka a tím pozitivně ovlivňovat subjektivní kvalitu jeho života (Kratochvíl, 1997).

A. Ellis na základě klinických zkušeností uvádí nejčastější iracionální postoje a přesvědčení, která se často stávají příčinami dysfunkčních vzorců myšlení a chování:

- nikdy nesmím vypadat hloupě,
- všichni mě musí mít vždy rádi,
- musím být v životě stále šťastný a v pohodě,
- nikdy nemám mít úzkost nebo napětí,
- život musí být fér,
- abych byl šťastný, musím být úspěšný ve všem, s čím se setkám,
- pokud udělám chybu, znamená to, že jsem k ničemu,
- pokud se mnou někdo nesouhlasí, znamená to, že mě nemá rád,
- nemohu žít bez blízkého člověka. moje hodnota závisí na tom, co si o mně myslí ostatní,
- musím být dokonalý (stoprocentní, bezchybný).

A. T. Beck se zasloužil především o rozvoj kognitivní terapie deprese. Zdůrazňoval, že si člověk v průběhu života vytváří určitá schémata - vzorce jednání, která jsou buď funkční, nebo dysfunkční, obdobně jako u depresivních pacientů. Depresivní pacient přemýšlí negativně o sobě, svém okolí, vlastní budoucnosti a toto zkreslené kognitivní zpracování negativně ovlivňuje subjektivní kvalitu jeho života. Tyto myšlenky se většinou lidem samy „automaticky“ nabízejí. Často jsou také označovány za kognitivními omyly, tedy nesprávná kognitivní zpracování událostí.

Kognitivní terapie tedy vychází z předpokladu, že organismus nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů (procesy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, hodnocení, přisuzování, anticipace aj.). Cílem kognitivní terapie je, aby si klient uvědomil svá iracionální přesvědčení, změnil způsob myšlení a hodnocení, které jsou příčinou rozvoje dysfunkčních schémat chování, a nahradil je

myšlením, které více odpovídá dané realitě a je pro člověka srozumitelné. Jde tedy o změnu jedincova přístupu k sobě a okolí ovlivněním jeho myšlení.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

V druhé polovině sedmdesátých let 20. století dochází k integraci obou směrů. Z behaviorální terapie převzal nový směr důraz na empirické ověřování teorií i účinnosti terapeutických postupů za pomoci vědeckých metod, z kognitivní terapie důraz na zkoumání a měření kognitivních procesů. Mezi hlavní představitele této integrace patří např. A. Bandura, J. R. Cautel, D. Meichenbaum (návik sebeinstruktáže), M. Seligman (vliv naučených postojů na rozvoj deprese), M. J. Mahoney (uplatnění poznatků behaviorální terapie v psychoterapii) aj. Přes řadu dílčích teoretických odlišností se představitelé kognitivně-behaviorální terapie shodují v těchto základních rysech (Možný a Praško, 1999):

- je krátká, časově omezená,
- je strukturovaná, terapeut je aktivní a direktivní,
- vychází z teorií učení a teorií kognitivní psychologie,
- zaměřuje se na přítomnost,
- zaměřuje se na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy,
- zaměřuje se na konkrétní, jasně definované problémy,
- stanovuje si konkrétní, funkční cíle,
- uplatňuje vědeckou metodologii.

4.2 Psychoterapeutický proces

KBT vytvořila řadu metod, které jsou v terapeutické praxi s úspěchem aplikovány při léčbě pacientů s různými potížemi. Objevují se v různých obměnách, navzájem se prolínají, doplňují, některé metody nelze od sebe striktně oddělit a rozlišit. Shodně s Možným a Praškem (1999) je možné použít dělení metod podle modalit chování, na který se v terapii zaměřujeme. Jako chování označujeme všechno, co organismus dělá, projevů chování je nekonečné množství. Pro zjednodušení se obvykle v KBT používá Langův model 4 základních modalit chování:

1. motorické (zjevné chování),
2. kognitivní procesy,
3. emoce (afektivní procesy),

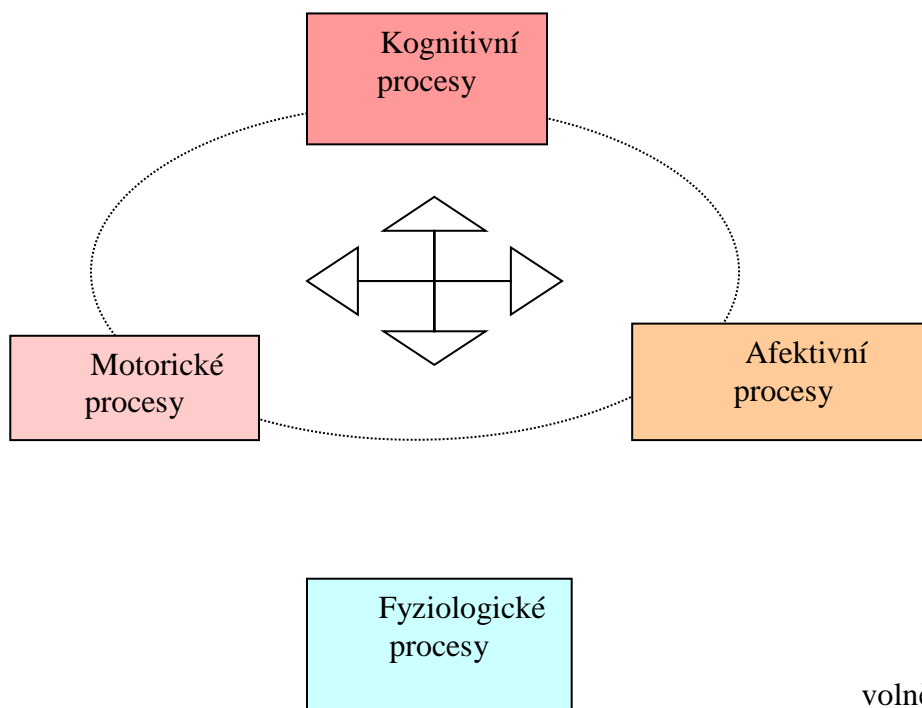
4. fyziologické procesy.

Lidské chování a jednání jsou složitým komplexem vzájemných interakcí a změn na jednotlivých úrovních organismu. Obdobně změna v jedné modalitě chování ovlivňuje změny ve třech ostatních modalitách.

Vzhledem k rozsahu práce nebudou jednotlivé metody podrobně popisovány, budou jen stručně vyjmenovány:

- učení podle vzoru
- formování, řetězení a pobízení
- hraní rolí
- metody na zpevnění a odstraňování nežádoucího chování
- zastavení myšlenek, stop technika
- odvedení pozornosti
- kognitivní rekonstrukce
- určení automatických negativních myšlenek
- zpochybňování automatických negativních myšlenek
- určení a zpochybňování dysfunkčních kognitivních schémat
- změny kognitivních procesů v imaginaci
- sebeinstruktáž.

Schéma 12 - Intervenční roviny z pohledu KBT



volně podle Možný, 1999

4.3 Význam psychoterapie v praxi sociálních pracovníků

Podpora zdraví v psychoterapeutickém pojetí znamená soubor opatření, která umožňují optimální rozvoj a život člověka, aby dosahoval toho, co je mu skutečně vlastní – své normality (Vymětal, 2000). Cílem psychoterapie je nejen osvobození od symptomů, ale osvobození ve smyslu rozvoje možností člověka v daném sociálním kontextu (Možný, 1999). S. Kratochvíl (1997) zdůrazňuje přetváření osobnosti ve směru správné adaptace nebo ve směru zrání a realizace svého životního poslání. Odstranění symptomů se u tohoto postupu očekává spíše jako vedlejší důsledek.

Při preventivní psychoterapeutické péči zjišťujeme, které pozitivní možnosti jsou u klienta a jeho nejbližšího okolí nevyužity, co je třeba „podpořit a rozvinout“, co naopak zbrzdit, které vlivy jsou žádoucí a které nežádoucí. Pravdivé sebepoznání se v tomto kontextu stává významným faktorem prevence a psychohygieny. Z hlediska primární prevence je také žádoucí řada dovedností, které umožňují efektivní zvládání zátěžových a stresujících situací, zdravou komunikaci mezi lidmi a efektivní řešení konfliktů.

Cílem práce sociálního pracovníka s klientem není jen předávání informací, návodů a rad, ale i poskytnutí prostoru pro pravdivější orientaci ve světě, v němž žije prostřednictvím prohloubení sebepoznání a porozumění souvislostem mezi zdravím a způsobem života (zdraví ve smyslu bio-psycho-sociální jednoty). Právě k tomu, aby mohl využít, objevit či rozvinout své kompetence, potřebuje kvalitní profesionální pomoc. A to je to, k čemu má pomoci psychoterapeutický přístup – podpořit v sociálních službách tu praxi, která nestojí pouze na diagnostice člověka nebo jeho hodnocení situace a přijímání odpovídajících opatření, ale na jedinečném setkání s konkrétním člověkem, na snaze porozumět jeho situaci a jeho potřebám a nalézat spolu s ním cesty k řešení, k zlepšení situace, cesty rozšiřování jeho možností žít „normálně“. Od prvního momentu má setkání klienta se sociálním pracovníkem psychoterapeutický rozměr – tzn. nejde o neutrální vztah, vždy jde o setkání ve smyslu pozitivním nebo negativním. Už to, jak sociální pracovník vnímá svou roli, jakým způsobem klienta přijímá, jak se zajímá o jeho příběh, jak se ptá a jak reaguje na klientovo vyprávění, jak ho podpoří v objevování a pojmenování potřeb a očekávání vůči službě – už tím vším významně působí na to, jak klient „rozumí“ sám sobě a své situaci, jak vnímá své kompetence, možnosti a naděje, jak dokáže najít své další směřování a jak bude moci využít potenciál, který mu nabízí sociální péče i sociální pracovník osobně.

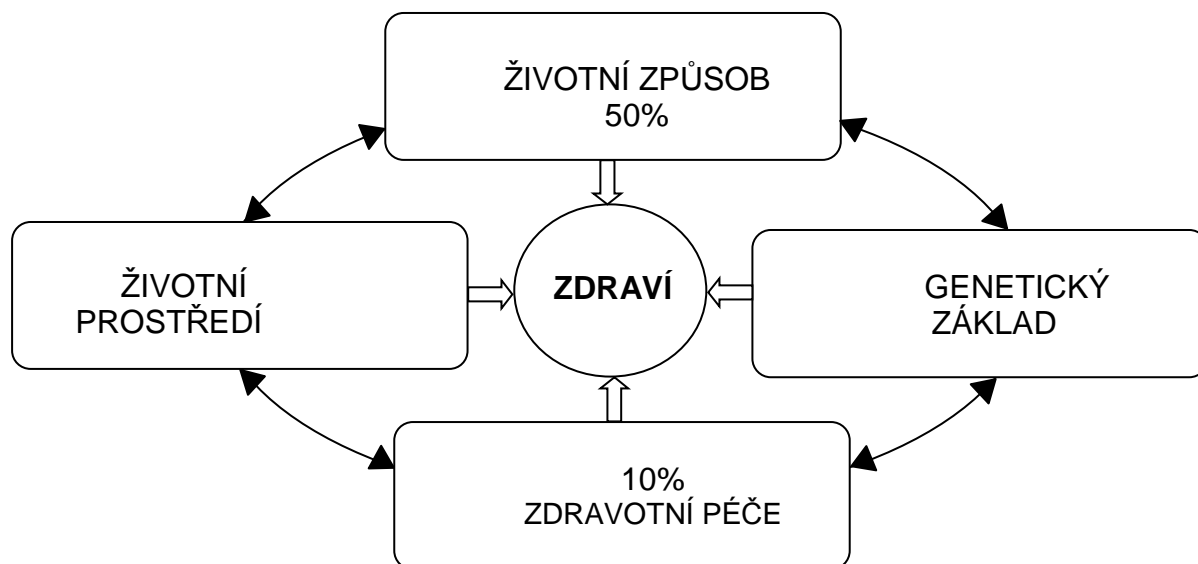
Tyto zmíněné principy jsou již víceméně známé. V praxi se však ukazuje, že není snadné zavést je plně do každodenní práce pomáhajících pracovníků. Vyžadují totiž ovládnutí specifických metod a technik práce s klientem, které ale navíc nefungují, nejsou-li podloženy odpovídajícími postoji a celkovým pojetím konceptu klienta, práce s ním a se sebou samým. Jinými slovy - přijetí a uplatňování výše uvedených postulátů PCA - empatie, kongruence a akceptace - ve své každodenní práci.

5 Determinanty zdraví

Celková zdravotní situace se počátkem šedesátých let minulého století začala zásadně měnit. Ve vývoji zdravotního stavu obyvatelstva došlo během tohoto období ke změně charakteristických typů onemocnění (tzv. "transformace patologie" – Drbal, 2003): na jedné straně došlo k výraznému snížení do té doby převažujících infekčních chorob a naproti tomu k vzestupu tzv. civilizačních nemocí (kardiovaskulární choroby, zhoubné nádory) i dalších neinfekčních chronických patologických stavů. Vznik a výskyt nebyly důsledkem vlivu jednoho kauzálního činitele (choroboplodný zárodek), ale mnoha faktorů vnitřního i zevního prostředí různé povahy, působících v různé podobě, intenzitě i době a v různých interakčních kombinacích v celém komplexu jejich bio-psycho-sociálních vztahů a souvislostí (Kebza, 2005).

Při rozboru příčin zvýšeného nárůstu těchto "moderních" nemocí se ukazuje významné zastoupení psychopatogenních činitelů v prevenci nemocí, ale i v průběhu terapie. Klasická zdravotní péče je obsažena asi v 10 procentech, více než 90 procent je přisuzováno jiným faktorům (genetické faktory, psychopatogenní činitelé, apod.). Životní styl je jednou z dominantních determinant zdraví lidí. Odhaduje se, že se na výsledném zdravotním stavu podílí ze 40 – 50% (Kaplan, 1996).

Schéma 13 - Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech



Mezinárodní zkušenosti ukázaly, že nejefektivnější cestou ke změně nepříznivé situace zdravotního stavu obyvatelstva ČR je rozvíjení a koordinace preventivních aktivit na základě komplexních programů podpory zdraví. Souhrnem poznatků z této oblasti je program WHO "Zdraví pro všechny", který se stal základem obdobných programů většiny vyspělých zemí. Významným podnětem vedoucím k realizaci těchto cílů jsou Projekty podpory zdraví realizované za pomoci grantů MZ ČR, které pomáhají rozvinout dílčí iniciativy prevence a podpory zdraví v různých podmínkách, na různých úrovních zdravotního systému, ale i v jiných oblastech, v rozdílných regionech.

Zaměření zdravotní péče z pohledu psychologie zdraví

- Poznávat a nastolovat zdravotně správné způsoby života - zdravotně nezávadný životní styl i zdravotně nezávadné životní podmínky
- Brzdit, tlumit a odstraňovat zdravotně škodlivé způsoby existence (kouření, drogy) – nezdravý životní styl a nezdravé životní podmínky
- Posilovat a podporovat vše, co život jedince i společenství podporuje

(Křivohlavý, 1996)

6 Závěr

Výuka předmětu psychologie zdraví umožňuje rozšíření klasického biomedicínského modelu o psychosociální pohled na zdraví a nemoc - v každém okamžiku probíhají změny na úrovni biologické, psychologické a sociální. Psychologie zdraví zdůrazňuje význam psychosociálních faktorů, jak v prevenci, tak v terapii onemocnění. Takto pojatá péče o člověka nemůže být jednostranná. Je stejnou chybou léčit pouze biologicky stejně tak, jako zůstat jen v psychosociální rovině řešení. V tomto kontextu je činnost pomáhajících profesí nezastupitelná, úkolem profesionála je rozpoznat, která změna na které úrovni vyžaduje přednostní péči (terapeutické řešení).

7 Literatura

- ALA-MURSULA, L., VAHTERA, J., KIVIMÄKI, M. et al. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002, roč. 56, č. 4, s. 272-278. ISSN 0143-005X.
- ALBEE, G. E. Preventing psychopathology and promoting human potencial. *The American Psychologist*. 1982, roč. 37, č. 37, s. 1044. ISSN 0003-066X.
- ALLEN, R.J. *Human stress. its nature and control*. Minneapolis Minnesota: Burgess Publishing Company, 1983.
- ANTONOVSKY, A. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985. ISBN 0875894127.
- ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey – Bass, 1987. ISBN 387159136X.
- ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*. 1993, roč. 36, č. 6, s. 725-733. ISSN 02779536.
- BAKAL, D.A. *Psychology and health*. New York: Springer Publ. Corporation, 1992. ISBN 0826179002.
- BALCAR, K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*. 1995, č. 39, s. 420-424. ISSN 0009-062X.
- BANDURA, A. *Social learning theory*. New York: General Learning Press, 1977. ISBN 0138167516.
- BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
- BATESON, G. Vědomý záměr versus příroda. *Kontext – časopis pro gender a vědění*. 1990, č. 5, s. 19-31. ISSN 1214-1909.
- BECK, A.V. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin Books, 1995. ISBN 9781609181338.
- BENYAMINI, Y., IDLER, E.L., LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E.A. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *Journals of Gerontology*. 2000, roč. 55, č. 2, s. 107-116. ISBN 10795014.
- BOSS, M. *Základy medicíny a psychologie*. Bratislava: Pedagogické nakladatelství, 1985.
- BRAMMER, L.M. *The helping relationship. Process and skills*. New Persey: Prentice Hall, 1979. ISBN 0-13-386268-2.
- BREHHE, M., HJORTDAHL, P., KVIEN, T.K. Self-efficacy and health status in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2001, roč. 40, č. 4, s. 387-392. ISSN 1462-0324.
- HELDT E., BLAYA C., ISOLAN L. a kol. Quality of Life and Treatment Outcome in Panic Disorder: Cognitive Behavior Group Therapy Effects in Patients Refractory to Medication Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006, roč. 75, s. 183-186. ISSN 0033-3190.
- DOWNIE, R.S. et al. *Health promotion. Models and values*. Toronto: Oxford University Press, 1996. ISBN 0192625926.

- DRBAL, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: Edice školy veřejného zdravotnictví, 2003.
- ELLIS, A. *Trénink emocí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-646-2.
- ENGEL, G.Z. The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*. 1980, roč. 137, č. 5, s. 535-544. ISSN 0002-953X.
- ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1988, č. 196, s. 129-136.
- ENGEL, G. L. Behavioral Medicine: Where's the behavior? Where's the medicine. *Homeostasis in Health and Disease*. 1994, roč. 35, č. 1-2, s. 3-5. ISSN 1802-9698.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1995. ISBN 80-7295-085-1.
- FRANKL, V.E.: *Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii*. 2.čes. vyd. Praha: Cesta, 1997. ISBN 80-85319-63-2.
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R. H. *Type A behavior and your heart*. New York: Alfred A. Knopf, 1974. ISBN 0394480112.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10-9.
- GROSSARTH, J. V., MATECEK, A. K. et al. Psychological factors in the prognosis, prophylaxis, and treatment of cancer and coronary heart disease. *Directed Psychology*. 1990, č. 9, s. 2-7.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1993. ISBN 80-901549-0-5.
- HLADKÝ, A. a kol. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-784-2.
- HOLMES, T. H., RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967, roč. 11, č. 2, s. 213-218. ISSN 0022-3999.
- HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-976-4.
- HOŠEK, V. Salutogeneze. *Tělesná výchova a sport mládeže*. 1993, roč. 59, č. 4, s. 13-19. ISSN 1210-7689.
- HOŠEK, V. Sense of coherence and physical activity. *Proceedings of VIII. European congress of sport psychology*. Köln, 1991, s. 235-238.
- IDLER, E.L., KASL, S.V. Religion among disabled and nondisabled person II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. *Journals of Gerontology*. 1997, roč. 52B, č. 6, s. 306-316. ISBN 10795014.
- IDLER, E.L., KASL, S.V. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journals of Gerontology*. 1994, roč. 50B, č. 6, s. 344-353. ISBN 10795014.
- IDLER, E.L., KASL, S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *Journals of Gerontology*. 1991, roč. 46, č. 2, s. 55-65. ISBN 10795014.
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

- KAPLAN, R.M., SALLIS, J. F., PATTERSON, T. Z. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN, 1996. ISBN 80-08-00332-4.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Retrospektiva, súčasnosť a perspektivy psychológie zdravia. *Československá psychológia*. 2000, č. 44, s. 309-317. ISSN 0009-062X.
- KEBZA, V. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*. 2003, č. 4, s. 333-345. ISSN 0009-062X.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academica, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KOBASA, S.C. Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*. 1979, roč. 7, č. 4, s. 413-423. ISSN 0091-0562.
- KOBASA, S.C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979, roč. 39, č. 1, s. 1-11. ISBN 0022-3514.
- KOBASA, S.C., MADDI, S. R., KAHN, S. Hardiness and health: Prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982, roč. 42, č. 1, s. 168-177. ISBN 0022-3514.
- KOBASA, S. C. PUC CETI, M. C. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983, roč. 43, č. 4, s. 839-850. ISBN 0022-3514.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Charakteristické rysy soudobých definic a kritérií zdraví. *Bulletin Národního centra podpory zdraví*. 1994, č. 3, s. 26-29. ISSN 1210-4809.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Nezdolnost typu hardiness. *Československá psychologie*. 1991, č. 35, s. 59-65. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Obranné mechanismy a strategie zvládnání těžkostí. *Československá psychologie*. 1989, č. 4, s. 361-368. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie adaptace a zvládnání těžkostí. *Československá psychologie*. 1988, č. 5, s. 433-442. ISSN 0009-062X.
- LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1989.
- LAZARUS, R. S. *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw Hill, 1966.
- LEFCOURT, H. M. Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984, roč. 44, č. 4, s. 423-425. ISBN 0022-3514.
- LINDSTRÖM, B., ERICSSON, M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*. 2006, roč. 21, č. 3, s. 238-244. ISSN 1460-2245.
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 1998.
- LUDEWIG, K. *Systemická terapie*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1994. ISBN 80-901710-0-1.

- LUNDMAN, B., NORBERG, A. The significance of sense of coherence for subjective health in person with insulin – dependent diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 1993, roč. 18, č. 3, s. 381-386. ISSN 0309-2402.
- MAIDES, S. A., WALLSTON, K. A., WALLSTON, B. S. Health related information seeking as a function of health related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*. 1976, roč. 10, č. 2, s. 215-222. ISSN 0092-6566.
- MATARRAZZO, J. D. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*. 1980, roč. 35, č. 9, s. 807-817. ISSN 0003-066X.
- MATTARAZZO, J. D. *Behavioral health – a handbook of health enhancement and disease prevention*. New Your: John Wiley and Sons, 1984.
- MATARRAZZO, J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *The American Psychologist*. 1982, roč. 37, č. 1, s. 1-14. ISSN 0003-066X.
- MOHAPL, P. *Úvod do psychologie zdraví a nemoci*. Olomouc: Universita Palackého, 1992. ISBN 80-7067-127-0.
- MOSSEY, J. M., SHAPIRA, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*. 1982, roč. 72, č. 8, s. 800-808. ISSN 0090-0036.
- MOSSEY, J. M., MUTRAN, E., KNOTT, V., CRAIK, R. Determinants of recovery 12 month after slip fracture: The importance of psychosocial factors. *American Journal of Public Health*. 1989, roč. 79, č. 3, s. 279-286. ISSN 0090-0036.
- MOŽNÝ, I., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
- MURDOCH, D., BARKER, P. *Základy behaviorální terapie*. Brno: FF Masarykovy Univerzity, 1996. ISBN 80-2101-290-0.
- PELCÁK, S., VOSEČKOVÁ, A. *Salutoprotektivní faktory životního stylu exponovaných profesí. Závěrečná zpráva vědeckého úkolu*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Purkyně, 2001.
- PEYROT, M., MCMURRY, J. F., KRUGER, D. F. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*. 1999, roč. 40, č. 2, s. 141-158. ISSN 0022-1465.
- PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. *Kognitivně behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85121-90-5.
- PROCHASKA, J., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
- RAMIREZ, A. J., GRAHAM, J., RICHARDS, M. A. et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996, roč. 347, č. 9003, s. 724-728. ISSN 0140-6736.
- RESNICK, S., WARMOTH, A., SERLIN, I. A. The humanistic psychology and positive psychology connection: Implications for psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*. 2001, roč. 41, č. 1, s. 73-101. ISSN 0022-1678.

- ROGERS, C. R. Psychoterapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorií. *Psychoterapeutické sešity*. Praha, 1990, č. 37.
- ROGERS, C. R. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: IRIS, 1995. ISBN 80-88778-02-6.
- SANDEN ERIKSSON, B. Coping with type – 2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, roč. 31, č. 6, s. 1393-1397. ISSN 0309-2402.
- SELYE, H. *Stress in health and disease*. Boston/London: Butterworth, 1976.
- SHEARER, S., TOEDT, M. Family physicians' observations of their practice, well-being, and health care in the United States. *Journal of Family Practice*. 2001, roč. 50, č. 9, s. 751-756. ISSN 0094-3509.
- SHELDON, K. M., KASSER, T. Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of Humanistic Psychology*. 2001, roč. 41, č. 1, s. 30-50. ISSN 0022-1678.
- SCHWARZER, R. Health Behavior. *World Psychology*. 1997, č. 3, s. 177-190.
- SCHWARZER, R., FUCHS, R. Self-efficacy and health behaviours. *Diabetic Medicine*. 2002, č. 19, s. 1-6.
- SMITH, M. S., WALLSTON, K. A. How to measure the value of health. *Health Education Research*. 1992, roč. 7, č. 1, s. 129-135. ISSN 0268-1153.
- STEPTOE, A., WARDLE, J. Locus of control and health behaviour revisited. A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*. 2001, roč. 92, č. 4., s. 659-672. ISSN 0007-1269.
- ŠKODA, C. Životní událost a nemoc. *Zprávy VÚPs*. s. 6. Praha: VÚPs, 1985.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*. 1998, č. 42, s. 32-41. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Rozdíly na úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*. 1996, č. 6, s. 480-501. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVÁ, I. Psychické souvislosti stresové odpovědi. Role osobnosti ve vztahu stres-zdraví. *Československá psychologie*. 1992, č. 6, s. 564-570. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*. 2005, č. 1, s. 1-8. ISSN 0009-062X.
- TYLER, L. E. *The work of the counselor*. New York: Appleton, 1969.
- VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská universita, Filozofická fakulta, 1999. ISBN 80-7042-546-6.
- VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-2020-605-1.
- VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, 1997. ISBN 80-8612-302-2.

- VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek, 2000. ISBN 80-86123-15-4.
- WALLSTON, B. C., WALLSTON, K. A., KAPLAN, G. D., MAIDES, S. A. The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976, roč. 44, č. 4, s. 580-585. ISSN 0022-006X.
- WHO. *Ottawa charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization, 1986.
- YING, Y. W., AKUTSU, P. D., HUANGL, L. N. Psychological dysfunction in southeast Asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology*. 1997, roč. 25, č. 6, s. 839-859. ISSN 0091-0562.

8 Rejstřík

B

Behaviorální, 9, 16, 21, 34, 36, 46, 49

Bio-psycho-sociální, 4, 33, 51

D

Definice zdraví, 6

Determinanty, 53

Disease, 6, 23

E

Empatie, 37, 52

Etiopatogeneze, 34, 38, 39, 45

F

Fitness, 6, 19, 20, 23

H

Hassles, 15

I

Illness, 23, 24

K

Kognitivní, 14, 20, 29, 44, 46, 47, 48, 49

N

Nezdolnost, 27, 29, 31

P

Patogenetický, 22

Podpora zdraví, 32, 51

Pohoda, 19, 24, 25

Pojetí zdraví, 5, 13

Psychoanalýza, 13, 47

Psychologie zdraví, 8, 9, 16, 22, 32, 33, 54

Psychosomatické koncepce, 17

Psychoterapie, 33, 35, 36, 40, 46, 47, 51

S

Salutogenetický, 22, 26

Salutory, 24

T

Teorie specifity, 12

Teorie životních událostí, 15

Z

Zdravotní péče, 9, 33, 53, 54

Ž

Životní styl, 17, 22, 32, 53

Redakční rada Edice texty k sociální práci:

Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Název: **Úvod do psychologie zdraví pro studenty sociální práce**

Rok a místo vydání: 2012, Hradec Králové

Vydání: první

Náklad: 200

Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1234. publikaci.

ISBN 978-80-7435-294-2