

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2011**

**Bc. PAVLÍNA JIROUNKOVÁ**

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Vliv postmoderní společnosti na psychiku člověka**

Bc. Pavlína Jirounková

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Praha 2011**

**Prague college of psychosocial studies**

**An influence of the post modern society on a human's psyche**

Bc. Pavlína Jirounková

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Praha 2011**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Praze dne 25. 4. 2011

.....  
vlastnoruční podpis

Děkuji MUDr. Olze Dostálové, CSc. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

## **Anotace:**

Tématem mé diplomové práce je „Vliv postmoderní společnosti na psychiku člověka“. V práci jsem se pokusila vystihnout hlavní rysy této doby z historického i současného pohledu. Při zpracovávání tématu mě velmi silně ovlivnila má práce fyzioterapeuta v rehabilitačním zařízení určené převážně pro psychosomatické pacienty.

**Klíčová slova:** postmoderna – psychika – psychosomatika - zdraví

## **Abstract:**

The theme of my diploma work is „An influence of the post modern society on a human´s psyche“. The objective of my work is to describe the main characteristics of the post modern society from both historic and current point of view.

My work was strongly influenced by my physiotherapeutic job at the Centre from psychosomatic patients.

**Key words:** post modern – psychic – psychosomatic - health

MOTTO:

„V lidském životě jsou dvě tragédie. První je, že se Vám nepodaří dosáhnout toho co chcete a druhá je, když se Vám to podaří“.

*Friedrich Nietzsche*



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Bc. Pavlína Jirounková

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce (N6734)

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii  
(6731R015)

**Název práce:** Vliv postmoderní společnosti na psychiku člověka

**Počet stran (bez příloh):** 68

**Celkový počet stran příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 45

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 3

**Počet internetových odkazů:** 0

**Vedoucí práce:** MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Rok dokončení práce:** 2011



# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>5</b>
1 POJMY .....	6
2 POSTMODERNÍ SPOLEČNOST .....	8
2.1 Dějiny pojmu postmoderny .....	8
2.2 Moderní versus postmoderní společnost .....	12
3 NEJČASTĚJŠÍ FAKTORY NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ČLOVĚKA .....	15
3.1 Stres .....	15
3.1.1 Co způsobuje stres .....	16
3.1.2 Stres a výkon .....	17
3.2 Pracovní zátěž .....	18
3.2.1 Syndrom vyhoření „burnout“ .....	20
3.3 Rodina a její rozpad .....	23
3.4 Vliv médií na psychiku člověka .....	27
3.4.1 Dětská psychika .....	30
4 FAKTORY UDRŽUJÍCÍ A POSILUJÍCÍ ZDRAVOU PSYCHIKU .....	32
4.1 Osobnost člověka .....	32
4.2 Duševní hygiena .....	33
4.2.1 Diagnostika duševního zdraví .....	34
4.3 Smysluplnost života, osobní síla .....	35
4.4 Pohybová aktivita .....	37
4.4.1 Pohyb a psychika .....	40
4.5 Pozitivní myšlení .....	42
4.6 Meditace a relaxační techniky .....	43
5 PSYCHOSOMATIKA .....	45
5.1 Bolest v psychosomatickém přístupu .....	46
5.2 Poruchy a nemoci patřící do psychosomatiky .....	47
5.3 Kdo onemocní psychosomaticky? .....	48
5.4 Psychosomatika a rehabilitace .....	49
6 PRAKTICKÁ ČÁST, PŘÍPADOVÁ STUDIE .....	51
6.1 Výběr případu .....	51

6.2	Metody sběru dat.....	51
7	SBĚR A ANALÝZA DAT .....	54
7.1	Anamnéza.....	54
7.2	Individuální rehabilitační plán .....	56
7.2.1	Vyšetření rehabilitačním lékařem .....	56
7.2.2	Pohybová anamnéza .....	56
7.2.3	Vstupní kinesiologický rozbor .....	56
7.2.4	Vlastní průběh fyzioterapie .....	58
7.3	Analýza a interpretace dat.....	62
	<b>Závěr .....</b>	<b>64</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>65</b>

## Úvod

Vzhledem k tomu, že již několik let pracuji v oboru fyzioterapie, začala jsem si uvědomovat, jak je naše současná medicína důsledně budována na biologických základech, a že psychologické a sociální aspekty jsou opomíjeny. Proto jsem se v této práci pokusila vzájemně propojit sociální prostředí (rodinné vztahy, terapeutický vztah, způsob a organizace práce a pohybové návyky) a širší kulturní prostředí, které nás nejvíc ovlivňuje (životní styl postmoderní doby, vliv masmédií, hodnoty a postoje člověka).

Druhá a třetí kapitola této práce nabízí základní informace o postmoderní době a zahrnuje nejčastější faktory, které nejvíce ovlivňují psychiku dnešního postmoderního člověka. Soustředila jsem se převážně na ty faktory, se kterými se nejčastěji setkávám ve své praxi, ale i ve svém osobním životě a také na ty, s nimiž jsem se nejčastěji setkala při studiu odborné literatury, věnované tomuto tématu.

Čtvrtá část mé diplomové práce se pak věnuje návodu, jehož pomocí by se tyto stresové situace daly překonat, či úplně odstranit.

Vzhledem k tomu, že nelze oddělovat duševno od těla, a rovněž i proto, že pracuji převážně s tělem člověka, bylo mi potěšením zařadit do páté části kapitoly o psychosomatice, která vidí jedince v kontextu s jeho prostředím a jeho vztahy.

V šesté části jsem se věnovala podrobné kazuistice pacienta, se kterým jsem měla možnost delší dobu pracovat, a díky jeho životnímu příběhu jsem mohla propojit své zkušenosti získané v praxi fyzioterapie a teoretické znalosti, které mi poskytlo studium na vysoké škole.

Pro praktickou část jsem nacházela inspiraci při práci v Centru komplexní péče v Dobřichovicích a v Rosetě v Krči, což jsou zařízení určená pro pacienty s psychosomatickými problémy, převážně pohybového charakteru.

# 1 VYMEZENÍ POJMŮ

Každá vědní disciplína či obor lidské činnosti operuje s pojmy, které lze precizně definovat a pro něž existují jednoznačné termíny. Jiné pojmy se spíše opisují, či je všeobecně znám jejich obsah. Uvedeme několik hlavních pojmů, s kterými budeme pracovat. Zajímat nás bude jejich psychologický obsah, i když jej nelze vždy jednoduše charakterizovat.

**Postmoderna:** Pojem původně pochází z estetických a filozofických diskusí. Označoval směry, které zpochybňovaly základní prvky moderny v umění, filozofii, psychologii a sociálních vědách. V současnosti je postmoderna pojímána v širším smyslu a označuje životní styl a pocit, který má převládat v současné společnosti (LINHART aj., 2003, s. 219).

Postmoderno je třeba chápat ve smyslu paradoxu označovaného jako *futurum exotum*, tedy toho, co je budoucí (post) a zároveň právě minulé (modo) (LYOTARD, 1993, s. 8).

**Psychika:** je to souhrn duševních obsahů a funkcí člověka, které lze rozdělit na *procesy* založené na počítcích, vjemech, představách a na *duševní vlastnosti*: schopnosti, dovednosti, charakter aj. Z hlediska fylogenetického představuje schopnost živých organismů odrážet svými stavy okolní skutečnosti. Tato schopnost má trojí podobu: *senzomotorickou* - odrážející rozdílné vlastnosti prostředí, *percepční* – odrážející složité jevy, *intelektuální* – postihující vzájemné vztahy a zákonitosti (HARTL, 1996 s. 160).

**Psychosomatika:** představuje přístup medicíny, který se zabývá vzájemným ovlivňováním tělesné a psychické stránky člověka. Vzájemný vliv duševního a tělesného stavu je dobře znám a výrazné působení psychiky se ukázalo i u řady onemocnění. Takové jsou např. průduškové astma, žaludeční vředy, ekzémy, zánětlivých chorob střev a další. Často se hovoří o nemocích psychosomatických. V léčbě se proto uplatňuje psychoterapie v nejširším slova smyslu (VOKURKA a HUGO, 1995, s. 358).

Psychosomatika je spojena s předsudky i v mysli mnoha lékařů, kteří někdy označují pacienty, u nichž nenajdou žádnou ryze tělesnou nebo biochemickou poruchu, za neurotiky nebo simulanty, kteří si svoje příznaky vymýšlejí (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 13).

**Zdraví:** Podle definice WHO: jedná se o stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.

Cesty upevňování zdraví by měly být prostředkem pro naplnění vlastního života, jeho konkrétního smyslu. Je důležité a nezbytné o něj pečovat a vyhnout se rizikovým faktorům, které je ničí (HUGO a VOKURKA, 1995, s. 474).

## 2 POSTMODERNÍ SPOLEČNOST

Termín postmoderna se často používá jako synonymum pro postmodernismus, postindustriální společnost apod. (GIDDENS, 1998).

### 2.1 Dějiny pojmu postmoderny

Postmodernismus nevdechí za svůj vznik evropskému prostředí, ale úzce souvisí s kulturní oblastí americkou, s kritikou modernistické architektury. Směrodatným propagátorem tohoto pojmu byl od roku 1975 Charles Jencks. Podobné pojetí bychom našli u Fiedlera (cit.dle WELSCHE, 1993).

V Evropě se poprvé objevuje „postmoderní“ jako přídavné jméno. Použil je anglický salónní malíř J. W. Chapman kolem r. 1870, kdy hovořil o tom, že on a jeho přátelé se dostali k postmoderní malbě. Postmoderní přitom značilo více než moderní, modernější.

V **literatuře** má rozhodující význam pro pozdější utváření pojmu postmoderna dílo A. Toynbeeho z roku 1947, které se nazývalo *A Study of History*. Tam byla současná etapa západní kultury označena jako „postmoderní“. I v tomto případě byl význam termínu věcně i časově jiný než dosud. Toynbee považuje za „Rok postmoderny“ rok 1875, kde došlo k přechodu politiky od národně-státního myšlení k rozšířenému globálnímu přístupu (WELSCH, 1993).

Dlouho byl tento termín obsahově nejistý a nevymezený, jednou se týkal malířství, podruhé celé kultury, pak zase speciálně literatury a nakonec politiky – Teprve ke konci 50. let v USA se tento pojem poněkud konsolidoval, neboť se stal vůdčím pojmem kontinuální diskuse. Kolem roku 1969 se, deset let po začátku diskuse o postmoderně, vytvořila platná a i v jiných oblastech užívaná formulace: postmoderní fenomény existují tam, kde se uplatňuje současně zásadní pluralismus diskursů, modelů a způsobů jednání, a to nikoli jen v různých dílech paralelně vedle sebe, ale v jednom a tomtéž díle (WELSCH, 1993).



V **architektuře** byl roku 1975 hlavním propagátorem tohoto pojmu CH. Jencks. Ten definoval postmoderní architekturu jako řeč, která něco sděluje jak elitě, tak člověku z ulice, a z toho důvodu musí být vícenásobně zakódovaná.

Do **sociologie** se dostal výraz „postmoderny“ v roce 1968 díky práci A. Etzioniho. Podle něho je postmoderní společnost charakteristická zvýšeným působením komunikačních, vědních a energetických technologií.

A konečně do **filosofie** pronikl tento výraz roku 1979 díky spisu J. F. Lyotarda „*La Condition postmoderne*“. Postmoderna se zde vymezuje především jako „konec meta – vyprávění“, které v moderně vždy udávalo jednotnou vůdčí ideu, kolem níž se v každé době soustřeďovaly nejen všechny vědní záměry, ale i životní praxe, obojí se koncentrovalo za jedním cílem. Postmoderna začíná tam, kde už neplatí celek – nejen jako realita, ale i jako přání (cit. dle. WELSCHE, 1993).

Postmoderna se nezaměřuje programově. Postmodernismus je jen filozofickou reflexí dění, které vzniklo spontánně. Vymyká se všem způsobům civilizačního a kulturního řízení, není revolucí, ale určitým vystřízlivěním z pokrokového zaměření moderny. Dnešní proniknutí postmoderních tendencí na povrch každodenního života se připravovalo dlouho, v některých prvcích se datuje až od nietscheovského osvobození „života“. Postmoderna se jasně projevovala nejprve v oblasti umění v 60. letech, v 70. letech se stává kulturním a civilizačním trendem pronikajícím všechny oblasti života (BAUMAN, 2004).

Postmoderna je pojem sémanticky negativní, protože definovaný absencemi - vymizení synchronního řádu, jakož i směřování změn, patří k jejím nejvíce rozhodujícím definujícím rysům (BAUMAN, 2004).

Společné **známky** postmoderních směrů podle Baumana jsou:

- rezignace na ideu pokroku,
- smazání hranic subjektu, jakožto centra poznání, jednání a zkušenosti,
- skepse vůči tradičním pojmům popisujících zkušenosti,
- odmítnutí všeobecných principů a obecných pojmů,

- hledání alternativních způsobů myšlení.

V širším smyslu označuje někdy radikální pluralitu životních stylů.

Ve světě zastává postmodernismus hlavně Z. Bauman, u nás V. Bělohradský (cit. dle JANDOURKA, 2001).

Postmodernismus ovlivnil filozofii, teologii, etiku a sociologii. Tyto reflexe, samy o sobě mají značný význam sociálně - symptomatický a diagnostický. Jsou důsledkem sporů o povaze modernismu a představují éru „konce ideologií“. Na krajní hranici se postmodernismus zásadně distancuje od moderny anebo se projevuje jako nový dynamický jev uvnitř moderny, spíše však jako její soudobá varianta (tzv. postmoderní moderna). Do sporů „moderna versus postmoderna“ zasáhli významným způsobem Jürgen Habermas, Jacques Derrida, Leslie A. Fiedler, Umberto Eco, Michel Foucault, Jean Francois Lyotard, Charles Jencks, Peter Kozlowski, Armin Baumgartner, Harvey Cox, Hans Küng ( cit. dle JANDOURKA, 2001)

Společným *jmenovatelem* postmodernismu je odmítavý vztah k jednostranně racionalistickému přístupu vůči světu a hlásání výlučnosti subjektu, odmítnutí jakékoliv uniformity myšlení a totalismů všeho druhu. Postmoderní člověk si uvědomuje mnohoznačnost, neurčitost, nahodilost a tím do jisté míry i absurdnost světa: odtud výrazná inklinace k transcenci, duchovnu (cit. dle WELSCHE, 1993).

Postmodernismus *se brání* jednostranné omezenosti racionalistických světových názorů, *odmítá* vymezování svobody individua a účelovým manipulacím. Místo dobytelského vztahu vůči přírodě jsou v postmodernismu patrné snahy o upřednostňování ekologických či ekumenických cílů (cit. dle WELSCHE, 1993).

*„Postmoderní životní postoje a tvůrčí stanoviska charakterizují prostup krajností, hybridizace a paradox, místo velkých „vyprávěnek“ či „nadopříběhů“ (LYOTARD, 1993, s. 14). Jestliže byla moderna fascinována různými variantami „vědeckého“ světového názoru, pak postmoderní světový názor je*

spíše „umělecký“. V sociologii se věnuje pozornost tématům, jako postmoderní rodina, postmoderní mentalita mladé generace, postmoderní umění apod. Je negací moderny, ale není jejím naprostým popřením. V rovině etické může být jakýmsi kompromisem mezi spiritualistickým „být“ a konzumním „mít“. Některé interpretace postmodernismu vidí těžiště přítomnosti postmodernismu v jeho zaměření na budoucnost (SINGLY, 1999).

Z. BAUMAN (2004) uvádí, že postmoderna znázorňuje plně vyvinutý, životaschopný sociální systém, který má nahradit klasickou moderní kapitalistickou společností, a proto se při jeho teoretickém zkoumání musí postupovat podle jeho vlastní logiky.

Nejnápadnější *rysy* postmoderny podle Baumana (2004) jsou:

- neupadání do evolucionismu,
- ústup od teleologie dějin,
- zamítnutí privilegované pozice Západu.

A. PONGS (2000) ve své knize „*V jaké společnosti vlastně žijeme?*“ nám nabízí tyto možnosti výkladu postmoderní společnosti:

- světová společnost (Martin Albrow),
- riziková společnost (Ulrich Beck),
- postindustriální společnost (Daniel Bell),
- občanská společnost (Ralf Dahrendorf),
- společnost mnoha příležitostí (Peter Gross),
- dezintegrovaná společnost (Wolhelm Heitmeger),
- multifaktoriální společnost (Claus Leggenwie),
- společnost prožitku (Gerhard Schulae),
- transkulturní společnost (Wolfgang Welsch),
- společnost vědění (Helmut Willke)

## 2.2 Moderní versus postmoderní společnost

Nejideálnějším rozdělením společnosti podle typů je zřejmě: archaický, tradiční, moderní a postmoderní, ale hranice mezi jednotlivými typy není příliš ostrá. Znaky tradičního jednání nacházíme často v moderní společnosti, stejně jako prvky moderního jednání ve společnostech postmoderních (LYOTARD, 1993).

**Moderní společnost.** Je protikladem tradiční společnosti, kde vládla určitá hierarchie – existence měst, dělba práce, rozvrstvení společnosti do kast nebo stavů. Obživou největší části populace bylo zemědělství. Vznik moderní společnosti úzce souvisí s historií, a to přelomem 18. a 19. stol., kdy nastal úpadek tradiční společnosti a její sociální kultury. Pro moderní společnost je nejtypičtější proces modernizace, který se skládá z *urbanizace* a *industrializace*. Setkáváme se zde také s tzv. sekularizací, to znamená, že společnost je do značné míry zesvěcťená a do náboženské společnosti pronikají světské hodnoty. Dalším typickým rysem je přesun velké části populace při zvýšení produktivity v zemědělství díky technice na průmyslovou výrobu, zrovnoprávnění všech lidí a nové třídní rozdělení (LYOTARD, 1993).

**Postmoderní společnost** vzniká jako důsledek procesu modernizace. Její ustanovení je taktéž historicky podmíněné. Pro postmoderní společnost je příznačná kulturní relativizace, je zde výrazný přesun populace z průmyslových odvětví do služeb, později fenomén globalizace a nové ekonomické rozdělení světa. Postmodernu charakterizuje otevřenost, pluralita, důvěra v intimitu a lidi (LYOTARD, 1993).

Jean-Francois Lyotard ve svém díle vysvětlil, že vzorem postmoderního myšlení byly vědecké inovace v našem století. Jejich prostřednictvím se totiž ukázalo, že skutečnost nelze pochopit ze stanoviska jednoty, ale pouze ze stanoviska mnohosti. Proto *„zájem postmoderní vědy se zaměřuje na oblast nerozhodnutelnosti, na hranice kontrolované přesnosti, na kvanta, na konflikty s neúplnou informací, na fraktály, katastrofy, na pragmatické paradoxie“* (LYOTARD, 1993, str. 97).

Základní struktury společnosti se vyznačují pluralitou a disensem. Tyto struktury nejsou homogenní, ale heterogenní, nejsou harmonické, ale dramatické, nejsou jednotné, ale diferentní (LYOTARD, 1993).

Postmoderní myšlení spatřuje v estetické, vědecké a stejně tak i sociální oblasti základní pluralitu kultur vkusu, druhů vědy, diskursních žánrů a životních forem. „*Jestliže se společnost při přechodu z moderního do postmoderního uspořádání výrazně pluralizovala, pak filosofie získala podobu, jež jí umožňuje vnímat tuto skutečnost*“ (WELSCH, 1993, s. 23).

Postmoderna není anti-moderna, ale radikalizovaná moderna, která poznává, uznává a vítá pluralitu v její principiální podobě, jež pronikala už modernou. Lyotard píše: „*Postmoderna se nesituuje ani do moderny, ani proti ní. Byla v moderně vždy obsažena, i když skrytě*“ (LYOTARD, 1993, zadní strana obálky).

K postmodernímu obratu nedochází svévolně, ale na základě zkušeností a poznání. Základní význam mají především dlouholeté negativní zkušenosti s modernistickým požadavkem jednoty a i poznání, že moderna je spojena s útlakem a nátlakem. V souladu s tím charakterizoval Lyotard postmodernu jako rozchod s meta-vyprávěním, tedy jako rozchod s těmi velkými projekty, které propagovaly vždy jednu vůdčí ideu, a ta pak určovala způsob poznání i praktický život dané doby (LYOTARD, 1993).

Postmoderní myšlení se utvářelo na základě katastrofální zkušenosti s jednotou a současnost mu nezavdává příčinu k tomu, aby se přeorientovalo ve prospěch sjednocení, naopak, jednota si zachovává i tam, kde se původně zdálo, že se prosazuje bez následků – totiž v uniformitě masových sdělovacích prostředků – své negativní rysy. Úplná jednota se ze všeho nejvíc blíží obrazu definitivní katastrofy (WELSCH, 1993).

Shrňme si tedy rysy postmoderny podle BAUMANA (2004):

1. Kriticky se obrací k rozumu a odmítá jeho nadřazenost.
2. Vyhláší kulturní pluralitu a zpochybňuje západní egocentrismus - důsledkem toho je znehodnocení tradic.

3. Usiluje o spravedlivost, rovnoprávnost různých názorů - to vede k znehodnocení tradičních hodnot a utopii.
4. Neptá se po obecném smyslu - se ztrátou smyslu se vytváří i tajemnost a hloubka světa.

Rakouský psycholog V. E. Frankl ukázal, že ztráta životního smyslu vede k velkým psychickým potížím. „*Vůle ke smyslu tvoří základ a kostru naší lidské existence*“ (FRANKL, 1994, s. 65).

## 3 NEJČASTĚJŠÍ FAKTORY NEGATIVNĚ OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ČLOVĚKA

### 3.1 Stres

Stres je fyzická reakce organismu na určité podněty okolí. Změna, příjemná i nepříjemná, je jedním ze stresujících činitelů. Změna přináší nejistotu. Můžeme sice předpovídat, co se stane, ale nemůžeme si tím být jisti. Váháme, zda jsme si vybrali správnou cestu. Změna nás ohrožuje.

S ohledem na člověka, který se nachází pod tlakem stresorů, byl stres definován zprvu jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.

Když se setkáme se stresujícím činitelem, základní operační systém těla reaguje tím, co se nazývá „*souborem obecných adaptačních pochodů*“. Projevují se ve třech stádiích: poplachu, odporu nebo přizpůsobení a vyčerpání (POTTEROVÁ, 1997).

V prvním stádiu poplašné reakce se tělo aktivuje a připravuje k boji nebo útěku. Splnění těchto požadavků zajišťuje produkce kortikoidů z kůry nadledvin, produkce katecholaminů ze dřene nadledvin, systolický i minutový objem srdce se zvyšuje, prohlubuje a zrychluje se dech a zvyšuje se svalové napětí (DOSTÁLOVÁ, 2010). Znamená to ohromný energetický požadavek na tělo. Dalším stádiem jak vynulovat stres je adaptace. Je to snaha vyrovnat se se zhoršenými podmínkami přizpůsobením organismu vůči nim. Fyzická aktivace poněkud klesá z vrcholu, který byl dosažen při poplachu, a pokračuje na středně vysoké úrovni. Během této fáze hledá organismus způsob, jak se vyrovnat se ztíženými podmínkami existence. Když se úspěšně zvládne stresující činitel, organismus se uvolní a aktivace klesá zpátky na svoji udržovací úroveň. Pokračuje-li buď stresový faktor beze změny nebo organismus původní stresogen nezvládne, aktivační úroveň zůstává vysoká. V této fázi dochází k dekompenzaci,

u psychogenních stresogenů pak k syndromu vyhoření. Pokračující fyzické nároky spolu s opakovanými neúspěchy kontrolovat situaci jsou nejprve pociťovány jako frustrace. Pokud neexistuje způsob, jak vypnout stresujícího činitele, frustrace přechází do pocitu marnosti. Brzy se dostaví vyčerpání, třetí stadium stresové reakce (POTTEROVÁ, 1997).

### **3.1.1 Co způsobuje stres**

Věci, které nás stresují, se nazývají stresujícími činiteli (stresogeny). Mnoho stresujících činitelů je univerzálních. Strach a úzkost jsou například stresujícími činiteli. Hlasité zvuky, jako nízko letící letadlo, zvuk sirény, sbíječky na ulici, jsou také stresující činitelé. Cokoliv, co ohrožuje naši bezpečnost, je stresujícím činitelem.

Nejčastěji se vyskytujícím stresujícím činitelem je změna. Jakákoliv změna, dokonce i změna k lepšímu, je stresující. Se změnou přicházejí strach, nejistota a pochyby. Změna vyžaduje učení a přizpůsobování novým podmínkám. Vždy existuje možnost, že se nám změna nebude líbit (CHARVÁT, 1970).

Jiným možným stresujícím činitelem je ztráta kontroly a pocit bezmoci. Když nemůžeme kontrolovat situaci, okolnosti se mohou obrátit proti nám. Ztráta kontroly ohrožuje většinu lidí (CHARVÁT, 1970).

Podrobnější definice subjektivně prožívaného stresu bere v úvahu poměr mezi tím, co stresu vystavená osoba chápe jako ohrožující, a tím, co tato osoba chápe jako možnost řešení dané situace. Podle tohoto poměru je možno rozlišit tzv. distres a eustres. Termínem distres se obvykle vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky. Při distresu osoba subjektivně vnímá a výrazně negativně hodnotí své osobní ohrožení vzhledem k možnostem zvládnutí situace. K distresu tedy dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dost sil a možností zvládnout to, co nás ohrožuje, a emocionálně to vnímáme špatně. Tam, kde nejde o negativní emocionální zážitek, nemluvíme o stresu, ale o eustresu. Může jít o



situaci, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. Do této skupiny patří kladné zážitky – např. svatba, narození dítěte, výhra, úspěšně složená zkouška, dobře splněný obtížný úkol. O eustresu se hovoří i tam, kde se lidé z vlastní iniciativy dostávají do hraničních situací rizika, což mohou být sportovní výkony, zkoušení nových neprověřených postupů, výkony horolezců, automobilových závodníků, pilotů sportovních letadel (KŘIVOHLAVÝ, 1994).

### 3.1.2 Stres a výkon

Aktivační úroveň je stupeň aktivity v lidském organismu, který zahrnuje srdeční a dechovou frekvenci a svalové napětí. Je nutné chápat vztah mezi aktivací a výkonem. Pokles výkonu vzniká při vysoké aktivaci (POTTEROVÁ, 1997).

Nejčastějšími stresory v postmoderní době jsou podle KŘIVOHLAVÉHO (2009):

**Přetížení množstvím práce.** Tím rozumíme situaci, kdy množství práce, kterou má daný člověk vykonat, je vyšší, než je tento člověk schopen vykonat za čas, který má k tomu k dispozici. Zde záleží, v jakém rozpoložení se člověk v danou chvíli nachází.

**Časový stres.** To nastává za konávání práce při nedostatku potřebného času, tehdy může nastat distres.

**Neúměrně velká odpovědnost,** zvláště odpovědnost za svěření lidské životy. S tím úzce souvisí syndrom vyhoření.

**Nevyjasnění pravomocí.** Ve většině zaměstnání je nutné přesně stanovit limity a hranice – co je povinen a co může pracovník dělat, a to s jasnou a zřetelnou zpětnou vazbou.

**Vysilující snaha o kariéru.** Lidé, kteří vstupují do zaměstnání, mají určitá očekávání a ambice. Mají větší jistotu, pokud získají pracovní poměr na dobu neurčitou, je tak naděje, že se v zaměstnání udrží, že v práci budou mít možnost prokázat své schopnosti, že budou úměrně ke svému výkonu

odměňování a jejich plat se bude zvyšovat, že budou postupovat v hierarchii směrem k vedoucímu postavení.

**Kontakt s lidmi.** Tak jako kontakt s lidmi i izolace může být stresorem. Nejčastějšími stresory jsou nepřátelské či ne zrovna přátelské vzájemné vztahy mezi spoluzaměstnanci či s nadřízenými.

**Nezaměstnanost.** Ztráta zaměstnání a nemožnost nalezení vhodného místa a zajišťování s tím spojené potřebné ekonomické základny rodiny patří k nejčastějším stresogenním faktorům.

**Hluk.** Negativní účinek hluku je jednak přímý (pracovní lékařství zjišťující poškození sluchových orgánů v důsledku hluku), jednak nepřímý (vliv hluku na stres u lidí hluku vystavených).

**Spánek.** Ukazuje se, že nedostatek spánku vede k nadměrným pocitům únavy, těžkostem v rozhodování, úzkosti. Nedostatek spánku může být příčinou stresu, ale i stres může vést k poruchám spánku. Při dlouhodobé únavě trpí náš imunitní systém.

**Vztahy mezi lidmi.** V běžném životě se jedná převážně o konflikty v zaměstnání a v rodině.

**Dlouhodobá napětí.** Stresogenními mohou být nejen závažné životní události a drobné neshody, ale dlouhodobé a poměrně trvalé napětí. Stále častější neshody v manželství, trvalý nedostatek peněz v domácnosti, dlouhodobě nevyhovující bydlení, nadměrná soupeřivost, šikanování, přehlížení, závist apod.

**Omezený prostor.** Lidé, kteří se pohybují nebo bydlí v omezeném prostoru, to často vnímají stresogenně. Také pokud se stávají součástí davu, odkud se nemohou vzdálit (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

### 3.2 Pracovní zátěž

*„ Je to právě vysoká míra požadavků kladených na člověka, kombinovaná s malou mírou možností řídit běh dění, která vede v práci ke stresu.“*  
(KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 174).

V dnešní době se stresem stává samotný vstup člověka do zaměstnání. S tím souvisí poznávání jiných autorit, vytváření nových pracovních vztahů, přemíra práce. Naše očekávání bývá často tvrdě konfrontováno s realitou. To je zřejmě způsobeno oddělením výuky od praxe. Takovýmto vstupem do zaměstnání si asi prošla většina z nás a myslím si, že většinu lidí spíše posune dopředu. To znamená, že na sobě zapracují a snaží se s takovým druhem stresu vyrovnat.

*„Nastane-li situace s překážkou, náš popud bude překážku zdolat, zlomit, odstranit, zničit. Pokud se nám to nepodaří, sháníme pomoc, smlouváme, hledáme kompromisy. Selže-li naše snažení, rezignujeme“* (HONZÁK a NOVOTNÁ, 1994, s. 64).

Rezignace či neúspěch řešení pracovních problémů za nás začne řešit naše tělo a to psychosomatickým onemocněním – hypertenzí nebo vředovou chorobou. Člověk začne o sobě pochybovat, zda vše zvládne. Dostane strach, aby v důsledku svých zdravotních obtíží nepřišel o práci. K tomu se přidají problémy vztahové či generační. A místo toho, aby se člověk zastavil, načerpal síly, odpočinul si a uvolnil se, vyčerpává své rezervy duševní i fyzické.

Dalším problémem zůstává, že lidé i pokud mohou, neumí relaxovat a odpočívat. Začnou být neklidní. Mají pocit, že jim utečou důležité informace, že ztratí kontakt s realitou.

Takový tlak pracovní zátěže nemůže nikdo vydržet dlouho a jedinci hrozí, že se stane invalidou či nezaměstnaným.

Sami nezaměstnaní začnou řešit problémy ztráty sociálního kontaktu, co s volným časem, jak si zachovat svou tvář ve společnosti, před nejbližšími, jak řešit finanční situaci.

HONZÁK a NOVOTNÁ (1994, s. 69) hovoří o tom, že situace je pro mnohé nezaměstnané natolik překvapivá, že potřebují jakési desatero, jak svůj stav zvládnout:

1. Nebrat svůj stav, jako definitivní porážku, ale jako výzvu k aktivitě.
2. Probudit v sobě vlastnosti tvořivosti.

3. Poslouchat svůj životní rytmus. Lze ho ovlivnit, ale je především vrozený.
4. Nepřestávat o sebe pečovat. Kdo vypadá upraveně má větší šanci uspět.
5. Snažit se neztratit přátele.
6. Upevnit své rodinné zázemí.
7. Věnovat se sobě, svému zdraví.
8. Vyhnout se návykovým látkám.
9. Zajímat se o dění kolem sebe.
10. Pomoc slabším.

### 3.2.1 Syndrom vyhoření „burnout“

V posledních dvaceti letech se objevují v tisku články týkající se „syndromu vyhoření“. Tlak, který vytváří společnost na kvalitu a kvantitu práce sebou často přináší i následky úplného vyčerpání a demotivace k práci.

Schopnost a znalosti zůstávají nedotčené, ale chuť podávat výkony klesá. Vyhoření se také nazývá „nemocí duše“, protože potlačuje vůli. Dochází k postupnému poškození motivace, v horším případě je motivace úplně zničena.

KEBZA a ŠOLCOVÁ (2003, s. 76) uvádějí, že: *„Syndrom je třeba pojmut na základě celostního přístupu k člověku včetně aktuálního postavení na škále mezi zdravím a nemocí“*. Dále autoři vidí důsledky vyhoření související s okruhem problémů zvládnání stresu občanů, finanční krizí a ekonomickou krizí.

KEBZA a ŠOLCOVÁ (2003, s. 121) uvádějí, že *„Vyhoření je specifický důsledek pracovních stresorů a je charakterizován třemi aspekty: emoční vyčerpání, depersonalizace a snížení osobní úspěšnosti“*.

KALLWASS (2007, s. 34) označuje syndrom vyhoření jako: *„Stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a somatizace“*.

*„Vyhoření by se mohlo stát hrozbou naší společnosti“* (KALLWASS, 2007, s. 9).

KEBZA a ŠOLCOVÁ (2003) se shodují na následujících bodech:

1. Jde o psychický stav s vyčerpáním organismu.
2. Vyskytuje se nejčastěji u pomáhajících profesí.
3. Doprovází je řada symptomů z oblasti psychické, fyzické a sociální.
4. Klíčová složka je emoční a kognitivní vyčerpání, opotřebením a často celková únava.
5. Všechny složky syndromu jsou výsledkem chronického stresu.

Nejvíce jsou postiženi podle POTTEROVÉ (1997):

1. pracujících ve službách (zdravotníci, poradci, policisté),
2. pracovníci, kteří ve své práci řeší rozhodování na hranici života (důstojníci v armádě, chirurgové, letečtí dispečeri...),
3. v neustálém časovém napětí (manažeři, vedoucí pracovníci, novináři, inspektoři v atomových elektrárnách, daňoví úředníci...).

Lehce by se mohl syndrom vyhoření zaměnit za depresi. Deprese je příznakem, emocionální reakcí na určité okolnosti, které mohou zahrnovat i pracovní podmínky. Deprese může mít i organický původ, včetně problémů výživy a mozkových poruch.

POTTEROVÁ (1997) uvádí seznam příčin vyhoření:

1. bezmocnost,
2. nedostatečné informace,
3. konflikt,
4. špatná týmová práce,
5. přepracování,
6. nuda,
7. nedostatečná zpětná kontrola,
8. tresty,
9. izolace od ostatních,
10. nejasnost pravidel,
11. nedocení,
12. konflikt hodnot

KEBZA a ŠOLCOVÁ (2003) rozdělili projevy

na psychické úrovni:

- výrazný je pocit celkového i duševního vyčerpání, hlavně emocionálního se ztrátou motivace,
- nastává útlum celkové aktivity, ale zvláště omezení spontaneity, kreativity, iniciativy a invence,
- převažuje depresivní ladění, pocit smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje,
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání,
- užívání stereotypních frází a klišé,

na fyzické úrovni:

- chronická únava organismu, apatie, ochablost,
- vegetativní potíže, bušení srdce, zažívací a dýchací obtíže,
- bolesti hlavy a svalů,
- poruchy krevního tlaku,
- nespavost,
- napětí celého organismu,
- riziko závislostí všeho druhu.

na sociální úrovni:

- útlum sociability, nezájem o hodnocení druhými osobami,
- tendence redukovat kontakt s klienty a kolegy,
- nechť k vykonávání profese a všechno, co s ní souvisí,
- ztráta empatie,
- zvýšení konfliktů, sociální apatie.

Potterová (1997) rozlišuje tyto fáze:

- nadšení – prvotní elán, projekt, nové zaměstnání,
- stagnace - děláni rutinních činností,

- frustrace - zklamání nad celou situací,
- apatie - totální
- vyhoření – částečná či úplná ztráta energie

*„Hlavní příčinou vyhoření je pocit bezmocnosti, že neexistuje nic, co můžeme ovlivnit.“ (Potterová, 1997, s. 87).*

### **3.3 Rodina a její rozpad**

V současné době se stále častěji hovoří o problémech západní společnosti tzv. krize rodiny. Tato problematika zřejmě úzce souvisí se společensko-hospodářským vývojem.

Celosvětový rozvoj průmyslu vede k jednotnému životu a mění životní hodnoty, jak mužů, tak i žen. Na jedné straně se otevírají nové možnosti, jak se realizovat odborně a zároveň se svobodně rozhodovat jak naložit se svým životem. Na druhé straně však zaměstnání vyžaduje stále větší časový prostor, který byl dříve věnován rodinnému životu a nyní je věnován osobnímu růstu. To má za následek rozpad partnerských vztahů, dnes běžné ukázky neformálního párového soužití, národnostně smíšená manželství. Všeobecně větší společenská tolerance je znakem dnešního rodinného života (MATOUŠEK, 2003).

Rozvolnění rodinných vztahů s sebou přináší jak pro jednotlivce, tak pro společnost kladné i záporné stránky. Na jedné straně má člověk mnohem více svobody, má možnost volby, na druhé straně svoboda přináší pocit osamocení a neuspokojení potřeby po rodinném životě. Postmoderní společnost a doba pak klade na všechny zúčastněné vysoké a rychle se měnící požadavky. Nutnost udržet tempo přináší rozkolísanost rodinných vztahů, na rodinu zbývá málo času, fungují globální náhražky. Rodiče často nemají sílu a schopnost najít si na rodinu více času. To vše vede ke změnám, které se označují jako krize rodiny. Jedná se o hluboce systémově propojená makro a mikro prostředí (MATOUŠEK, 2003).

Rodina by měla být místem, které člověku nabízí pocit uspokojení, morální a výchovné vzory, což je jeden z důvodů, proč rodina v postmoderní společnosti stále existuje. Lidé se stále domnívají, že rodinné soužití jim může přinést štěstí a naplnění, přestože zdůrazňování významu jedince „já“ převažuje nad společným „my“. Ale „já“ nevyžaduje ke svému uspokojení zánik rodiny, je tomu právě naopak a pro většinu dospělých lidí je stále ideální podobou vlastního života soužití v páru (SULLEROTOVÁ, 1998).

Častější důvod ukončení manželství rozvodem je výsledkem určitých ideálů víry v celoživotní lásku a zapojení a úspěšnost žen v pracovním procesu. Nikdo tak nemůže pochybovat, jaké všechny aspekty s sebou takový rozpad rodiny nese. Od etického, sociálního, právního, citového. Dlouhodobé vnitřní trauma se tak dotýká nejvíc těch, kteří jsou nejcitlivější na změny v rámci rozvodu, a to jsou především naše děti. Současné výzkumy ukazují, že je to právě žena a s ní děti, kteří rozvodem ztrácejí svoje sociální postavení, odvíjející se od postavení manžela a otce dětí, a to vzhledem k horšímu finančnímu ohodnocení žen, s diskriminací na trhu práce kvůli dětem, které většinou po rozvodu ženy samy vychovávají. I přesto, že rozvod mění materiální zabezpečení ženy a jejích dětí, pokoušejí se touto životní změnou nalézt ztracené sebevědomí a chuť pokračovat v dalším novém životě. Jsou to ale také ženy, které znovu hledají své další partnery, často právě pro zlepšení svého sociálního statusu (MATOUŠEK, 2003).

*„Rozvod je dnes akceptovaným ukončením nefungujícího manželství, činí konec často vleklým a hlubokým rozporům, jimiž trpí všichni zúčastnění aktéři, nejvíce však jsou těmito konflikty zasaženy děti. Často tyto události hluboce zasahují psychiku účastníků. Rozvrácené rodinné prostředí, hádky, přehlížení, psychické i fyzické násilí, to všechno jsou události, které se trvale zapíší do podvědomí a negativně působí po celý další život“ (MATOUŠEK, 2003, s. 112).*



Podle GJURIČOVÉ (2003) má rozvod tři stadia:

- **manželský (rodinný) nesoulad**, který vzniká z více nebo méně zásadních rozporů, které jsou důkazem neschopnosti partnerů najít kompromis a problém vyřešit, jedná se o častý jev,
- **manželský (rodinný) rozvrat**, je zásadnější postižení základních sociálních funkcí manželství (emoční, ekonomická, výchovná), rozvrat může být akutní nebo chronický,
- **rozvod**, je krajním řešením manželského rozvratu, jedná se formální ukončení manželského vztahu, kdy do dosud soukromého prostoru jsou zataženy veřejné instituce.

GJURIČOVÁ (2003, s. 144) charakterizuje rodinné prostředí jako: „*...první a základní životní prostředí člověka, které zároveň odráží problémy doby. Organizace rodiny je jakýmsi sociologickým modelem dané kultury a vztahy mezi manžely, mezi rodiči a dětmi i mezi sourozenci navzájem do značné míry vyjadřuje zvláštnosti dané třídy, kultury, doby, tradice a rasy*“.

Nejviditelnější vlivy, kterým je současná rodina vystavena, jsou podle GJURIČOVÉ (2003):

- absence základních norem a obecně platných hodnot, rozladění soustavy společenských hodnot
- individualismus, upřednostňování individuality, individuální svobody,
- neoromantismus - absolutizace role milenecké lásky,
- rozpad užších komunit, destabilizace sociálních struktur a sítí, sociální izolace
- širší pojetí výběru partnera než dříve,
- emancipace, změny v postavení ženy, změna role ženy
- znejistění role muže, krize otcovství, hledání mužské identity,
- sexuální liberalizace, sexuální revoluce.

Rodina je v postmoderní době nenahraditelným orgánem společnosti. Pro rovnováhu jedince má obrovský psychosociální význam. Děti, se kterými stále méně hovoříme o jejich důležitých potřebách pro život, se začínou orientovat ve světě zmatku samy. Stávají se zranitelnější. Více nasávají povrchní a lehce dostupné hodnotové vzory z médií či podobně zaškatulkovaných vrstevníků, kteří pocházejí také z narušených prostředí. (MATOUŠEK, 2003).

CAPRA (2002, s. 75) uvádí, že: *„Postmoderní rodina nemá žádné idoly, ani žádná tabu, nevidí sama sebe nijak oslavně, nemá žádný historický projekt, který by ji mobilizoval. Zmocňuje se v nás prázdnota, která nemá v sobě nic tragického ani apokalyptického“*.

*„Úlohou rodiny je zajistit plynulý a bezporuchový přechod od socializace přes kulturní výchovu k personalizaci v oblasti intelektu, tvořivosti, temperamentu i charakteru“* (Marušiak, 1964, s. 212).

Rodinné prostředí vyvíjí a spoluutváří většinu osobnostních stránek člověka. Společenská a ekonomická pozice rodiny působí přímo i zprostředkovaně např. tlakem na shodu s normami skupiny, srovnáváním vlastní rodiny s rodinami vrstevníků, sousedy, vlastním postojem rodičů dítěte k životu. Nestabilnější se stává slabší, společensky i ekonomicky a tudíž více citlivější, neurotičtější, agresivnější, nejisté a celkově méněcennější (MATOUŠEK, 2003).

Základní rysy proměny postmoderní rodiny podle SINGLYHO (1999):

1. Privatizace – kdy se kvalita rodiny určuje nejvíc podle interpersonálních vztahů.
2. Socializace – kde do rodiny stále více zasahuje stát, který rodinu kontroluje, podporuje a reguluje vztahy uvnitř.

*„Vztahovost rodiny se zřejmě projevuje i v novém postavení dítěte a z toho vyplývajícího ubývání početných rodin. Kapitál rodiny se přeměnil z hmotného na kulturní a školní – a tak se začal předávat právě vzděláním. Tím pádem rodina nepotřebuje tolik početnou pracovní sílu v dětech, ale mobilizuje síly pro jejich lepší a kvalitnější vzdělání. Oslabuje se tak rodinný komunismus a na vzestupu je rodinný individualismus, protože se zdůrazňují osobní odlišnosti a schopnosti“ (MATOUŠEK, 2003, s. 184).*

V postmoderní rodině se od 60. let pod tlakem feminismu mění vzor ženy v domácnost. Což přináší rozvrat rodiny. Šťastná rodina už není ideál, důležité je, aby byl každý šťastný sám za sebe. Většina lidí začíná preferovat život v páru s výhodami manželství a zároveň se potřebují vyhnout nevýhodám, v oblasti budování identity (BAUMAN, 2004).

Rodina v postmoderně je v jedné věci specifická a to, že je každému členu pomoheno v rozvoji k jeho osobnosti. To přináší rozpor mezi potřebou závislosti a popřením této závislosti. Pro sociálně slabé jedince je tento tlak společnosti natolik silný, že se uzavírají do rodin, kde na ně není vytvářen takový tlak k výkonu a tím se navracejí k původním osvědčeným způsobům. Sociálně silnější páry mají naopak potřebu svou odlišnost více prezentovat na obdiv. (SINGLY, 1999).

*„Rodina má hodnotu jen tehdy, pokud jeden druhého uspokojí tak, jak vzájemně očekávají“ (SINGLY, 1999, s. 43).*

### **3.4 Vliv médií na psychiku člověka**

K rozvoji fyzických, psychických i sociálních kvalit člověka dochází během celého života. Tento proces je podmíněný několika faktory. Patří sem genetické faktory, prostředí, ve kterém se nacházíme, výchova našich blízkých. Všechny tyto vlivy se vzájemně prolínají a napomáhají formovat znaky naší osobnosti. Je tak ovlivněna naše intelektuální a citová část našeho „JÁ“. Stává se projevem v přístupu ke skutečnosti, v potřebách, zájmech a v sociálním chování (ČECHOVÁ, 1998).

„*Biologická a sociální determinace mohou být v souladu nebo v protikladu, míra jejich podílu je u každého individua jiná. Naše psychika není jen pasivním působením vnitřních a vnějších činitelů, ale je aktivní – dokáže přetvářet jak prostředí, tak regulovat svůj vývoj. Osobnost je tak předurčena nejenom biologickými podklady v organismu, ale i sociálním prostředím, kulturou a učením*“ (ČECHOVÁ, 1998, s. 94).

Hodnoty, které člověk vyznává, tvoří jeho žebříček hodnot, který může být stabilní (životní události, hlavně v podobě velmi silného zážitku mohou tento žebříček měnit velmi podstatně). Pro každého z nás mají buď větší či menší význam. V tu chvíli se může měnit hodnotová orientace – hierarchie hodnot. Ty se během celého života mění a tak se stávají v každém našem úseku života méně či více významné.

REBER (1985, s. 810) vymezuje hodnotu jako: „*Kvalitu nebo vlastnost věci, která ji činí užitečnou, žádoucí nebo cennou*“.

Hodnota je vůbec slovo velmi často používané v běžné komunikaci. Lidé mají zkreslené představy o hodnotách, aniž by znali cokoli z teoretických úvah o podstatě hodnot. Věci a lidé jsou pro ně zaškatulkovány za správné či nesprávné, výhodné či nevýhodné, krásné či ošklivé. Hodnota tedy znamená pro každého něco jiného. Je těžko uchopitelná, bez výstižné definice.

Např. dle FROMMA (2006, s. 70) je: „*Charakter utvářen právě hodnotovými volbami jedince, ovlivňovanými sociokulturním působením okolí*“.

Pokud dítě nevidí správný výchovný vzor, stává se zanedbané výchovou a nasává patologické podněty. Výchovně zanedbávány bývají zejména děti primitivních rodičů s nízkou úrovní vzdělání, ale někdy i děti velmi vzdělaných a ekonomicky zaopatřených. Rodina navenek může působit jako harmonická, ale opak je pravdou. Rodina, která nezajistí zdravý vývoj dítěte, je označována jako rodina dysfunkční (MATOUŠEK, 1999).

Vliv masmédií velmi silně ovlivňuje naši psychiku. A to bez našeho uvědomování. Velmi silným a plíživým způsobem jsme ovlivněni hlavně televizí. Předkládané informace vnímáme jako realitu, což vede k problémům, které negativně ovlivňují náš život. Je nám vlastně předkládán upravený obraz skutečného života a z toho vyplývá, že věříme masové předložené iluzi. Nejvíce patrné je to hlavně v případě dětí a teenagerů. Proto vědecké týmy zkoumají negativní účinky sledování televizních pořadů, hlavně reklam a pořadů s bojovou tematikou, která může stát spolu s dalšími nevhodnými faktory u zrodu násilí skutečného. Agresivita v rodinách a v běžném životě pak pohlcuje pomalu, ale jistě celou společnost ( POETHE, 1999).

*„ Sledujeme-li příčiny úpadku morálních hodnot mladého člověka, můžeme vidět, že působení televize, videoprogramů a nevhodných filmů zde hraje velmi negativní roli. Velké množství drastických a morálně zhoubných situací oslabuje nervovou soustavu dětí a vede k deformacím v mnoha směrech. Násilí i prezentace negativních hrdinů je stálou součástí těchto programů. Dětská psychiatrie studující vlivy televizního i filmového násilí na děti i na adolescenty vymezili několik důsledků, které zanechávají takto řízená media na mladých divácích“ (MATOUŠEK, 1999, s. 216).*

Podle odborníků má přemíra sledování nevhodných pořadů tyto důsledky:

1. Imitování násilí, které je vidět na obrazovce.
2. Ztotožňování se s některými charaktery, oběťmi nebo násilníky.
3. Snížená citlivost k násilí.
4. Přijetí násilí jako způsob vlastního a nejrychlejšího řešení problémů.

Vzhledem k tomu, že v posledních padesáti letech došlo k velkému technicko - vědeckému rozvoji, došlo i k rychlému rozvoji komunikačních a sdělovacích prostředků mezi které patří také obaly výrobků, výkladní skříně, veletrhy, billboardy. To vše masivně působí na naši psychiku a emoce. (POETHE, 1999).

RUSHKOFF (2000, s. 312) uvádí že: „ *Reklama spočívá v tom, že se jedná o objektivní záznam reality. Ve skutečnosti ale fotografie neposkytují pravdivé informace, ale záměrně podstrkávají informace falešné. Svět reklam neukazuje svět takový, jaký je, ale takový, jaký by konzument chtěl. Nesnaží se zachytit objektivně realitu, jak to činí například dokumentární či novinářská fotografie, ale pokouší se budovat realitu novou, která má být pro potenciálního zákazníka přijatelná a se kterou si přeje se ztotožnit*“.

### 3.4.1 Dětská psychika

Bohužel se společnosti nedaří chránit před tak masivním tlakem ty nejcitlivější, naše děti. Ohrožujeme tak jejich fyzický i psychický vývoj. Tlak, který je na nás všechny vytvářen, mladou generaci nechrání, ale podílí se na rozvoji negativních norem a hodnot.

Hlavně reklama jim nabízí atraktivní lákavý svět, zhmotněním v reálných předmětech, jež mohou vlastnit.

Poslední výzkumy vlivu reklamy na psychiku dětí uvádějí jevy, které na děti nejvíc působí (POETHE, 1999):

- **Násilí na obrazovce.** Bez ohledu na rasu, pohlaví, společenskou vrstvu či stupeň inteligence jsou děti nepříznivě ovlivněny pořady s násilnou tematikou. Zkreslený obraz reality jim pak nabízí možnost toho, co vidí na obrazovce vyzkoušet např. **šikanováním** svých spolužáků, rodičů, sourozenců... Je v nich oslabována schopnost soucitu, a může se rozvíjet zalíbení v krutosti či destruktivitě. U jiných dětí vede sledování násilí k bázlivosti, strachu z násilí, ke zbabělosti. V tuto chvíli záleží především na prostředí, v němž se dítě pohybuje. Dítě z rodiny s bezpečným citovým zázemím je ohroženo méně, Ale ani takovému dítěti neprospívá.

- **Pornografie.** Poškozuje děti tím, že jim zkracuje dětství, předčasným probouzením sexuálního chtění. Sexuální akt se stává povrchním, bez emocí, citu a lásky s rysy hrubosti či ponižování.
- **Zkreslování obrazu světa.** Hlavně reklamy navozují pocit, že musíme žít a chovat se, jak nám ukazuje. Měli bychom být stále krásní, šťastní a bezchybní. Po takovém tlaku nejsme schopni reálně rozlišit skutečnost od iluze. Přestáváme poslouchat své nitro a necháváme se vtlačovat do pozic, které nás hubí.

Mladí lidé jsou přes média klamáni a nejvíce ovlivňováni. Jsou labilní a vulgarity a neomalenost jim lehce nahrazují osamělost místo toho, aby byli v době svého dozrávání upevňovány jejich hodnoty, je potlačováno jejich morální citění a odpovědnost za vlastní život.

## 4 FAKTORY UDRŽUJÍCÍ A POSILUJÍCÍ ZDRAVOU PSYCHIKU

Člověk se nerodí jako hotová osobnost, ale je velmi ovlivněn rodinou, ve které vyrůstá a životní zkušeností, kterou během života získává. Cestu od novorozence ke zralému dospělému si můžeme představit jako výstup na horu. Když se jedinec na tuto cestu vydá, není nikde napsáno, jak rychle a kam až dojde. I když se může dostat hodně vysoko, nikde nemá záruku, že nezakopne, nebo ho něco neshodí a nepadne zase dolů. Události, které u jednoho člověka vedou ke zhroucení, jsou pro jiného podnětem ke zrání, ke zrychlení jeho životní cesty. Je tedy jisté, že každý jedinec je individualitou a záleží u každého na mnoha různých faktorech.

*„Tajemství a záhady duše člověka, jeho prožívání a jednání i vzájemná komunikace má mnoho podob. Možná existují proto, že se civilizace vydala cestou racionality a technického rozvoje. Lidská duše je jí spíš na překážku (je příliš složitá a málo programovatelná)“ (KŘIVOHLAVÝ, 2004, s. 59).*

KŘIVOHLAVÝ (2004) se ptá: Proč je tak důležité se v dnešní době, která nám přináší mnoho výhod a materiálního uspokojení, zabývat pozitivní psychologií? Odpovědí může být potřeba dobrého psychického fungování člověka a neustále rostoucí důraz nejen na produktivitu a efektivitu duševní práce, ale i zvýšený zájem o to „být zdravý“ – tělesně i psychicky.

### **4.1 Osobnost člověka**

Člověk je biologická a společenská bytost. Na rozdíl od jiných živočichů se vyznačujeme vědomím, schopností poznávat jak svět vnější, tak i sám sebe, rozhodovat se a rozumně jednat. Charakterizuje nás vzpřímená chůze, ruce přizpůsobené práci, vysoce vyvinutý mozek schopný přetvářet jej v souladu se svými potřebami, zájmy, ideály.

Člověk je mnohostranná (biologicky, historicky podmíněná) bytost.



Osobnost představuje člověka jako celek. Individualitu. Člena společnosti charakterizovaného z hlediska jeho společenského významu a společenské činnosti. Osobnost tedy plní určitou společenskou roli a zaujímá určitou společenskou pozici. Společenská role znamená společenskou funkci osobnosti. Společenská role se během života několikrát mění. Může to být role např. matky a otce, učitele, lékaře, politika, dělníka, ale i vraha, vězně...

Společenská pozice určuje systém společenských vztahů osobnosti. Do těchto vztahů zahrnujeme především vztahy osobnosti k jiným lidem, k sobě samému, k vlastním a společensky pracovním povinnostem, k materiálním podmínkám života. Společenské vztahy charakterizuje morální tvář osobnosti. Je tedy více než jasné, že osobnost neoznačujeme pouze velkou, silnou osobnost toho, kdo je významný, jak to chápe většina veřejnosti, ale i všední, průměrnou i patologickou nebo zločinnou osobnost. Psychologicky vzato je osobností každý člověk (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

## 4.2 Duševní hygiena

Míček (1988. s. 42) říká: *„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy“*

Duševní hygienou se rozumí péče o nám srozumitelné fungování duševní činnosti. Přirozeně a jasným způsobem odrážet realitu, reagovat přiměřeně na všechny důležité podněty, které přicházejí. Naučit se řešit běžné i nenadálé úkoly. Stále se duševně zdokonalovat, ale i duchovně růst. Péče o duši by měla být základním požadavkem osobní hygieny každého jedince. Měli bychom se naučit hovořit sami se sebou, se svou duší a tím prohlubovat své duševní zdraví.

*„Duševní hygiena se odlišuje od psychoterapie, a to tím, že jí jde spíše o upevňování relativně dobrého duševního zdraví než odstraňování jeho poruch, jak je tomu např. u psychoterapie neuróz apod.“* (Křivohlavý, 2009, s. 144).

Výchova patří ke zdrojům sil, které ovlivňují životní styl. V prvé řadě nám jde o *sebezpoznání*. MÍČEK (1988, s. 96) nabízí řadu metod, jsou to:

- pravidelný a uvědomělý záznam vlastního jednání (vidění a poznávání toho, co vlastně děláme),
- pravidelná sebereflexe (uvědomění si vlivů, pod nimiž momentálně jednáme),
- písemné zachycení a rozbor výsledků sebereflexe,
- vedení deníků zaznamenávajících řešení osobní problémy, respektované hodnoty, výsledky rozhodování v problémových situacích,
- využívání metod volných asociací k vyhledávání náznaků tzv. skrytých momentů jednání,
- introspekce – pozorování sebe sama (zvláště pak pochodů vlastního jednání) v právě přítomné chvíli,
- sebezpozorování zaměřené na vlastní citové prožívání a hledání příčin, které dané emoce vyvolávají,
- pozorování kontinuity vlastního uvažování, tj. myšlenkových pochodů (momentální kognitivní činnosti),
- věnování pozornosti sebepoznávání prostřednictvím sdělení druhých lidí,
- respektování etických principů ve vlastním jednání,
- nadhled nad vlastní kulturou.

#### **4.2.1 Diagnostika duševního zdraví**

KŘIVOHLAVÝ (2009) upozorňuje na pozoruhodnou práci A. Koudelkové z r. 1987, která je zaměřena na zjišťování úrovně duševního zdraví. Autorka ukázala, že duševní zdraví je relativně samostatným faktorem, který není závislý ani na fyzickém, ani na sociálním stavu člověka.

Koudelková vyšla z definice zdraví tak, jak ji formulovala Světová zdravotnická organizace (WHO). Na tomto základě sestrojila 24 položkový dotazník s pětibodovými stupnicemi, které sledovaly duševní stav:

- úzkost a životní problémy,

- deprese a emocionální problémy,
- životní spokojenost,
- sebekontrola,
- vitalita a celkový pocit zdraví

(cit.dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 153).

Oblast duševní hygieny patří k výhledovým úkolům psychologie, fenomenologie a kvality života.

Naznačuje to např. problematika volby cílů a prevence obranných mechanismů v konativní oblasti, výskyt v rozpoznávání falešných představ a nesprávného myšlení v oblasti kognitivní autoregulace, projevy negativních emocí. Duševní hygiena, péče o sebe sama, o svou duši, nás staví před úkoly, jejichž zvládnutí vyžaduje zabývat se nejen psychologickými otázkami daných problémů, ale také přistupovat k těmto otázkám z pozice širšího pojetí celého člověka, včetně etických otázek lidské existence, kvality života a duchovního směřování k určitým jasnějším cílům (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

### **4.3 Smysluplnost života, osobní síla**

Naše silné já zahrnuje sebeúctu, sebepoznání, sebekontrolu.

Co se rozumí smysluplností? KŘIVOHLAVÝ (2004, s. 16) uvádí, že: *„V nejjednodušším pojetí jde o zařazení daného jevu do určité souvislosti – do vyššího celku (kontextu). Např. pravého smyslu určitého slova ve větě se dopídíme jedině tehdy, když se na ně díváme z pohledu celé věty, článku či knihy. Do určité míry je tomu tak i se smyslem jednotlivých dílčích jednání člověka – ať jde o to, kam jde, co píše či mluví nebo oč se snažit“.*

Baumeister v r. 1991 (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 609), jeden z nejvýznamnějších psychologů, kteří se v posledním čtvrtstoletí zabývají otázkami smysluplnosti života, používá k ujasnění toho, co se rozumí smyslem, přirovnání k penězům. Jaká je souvislost peněz s realitou? Stokoruna, kterou

držíme v ruce, má svou materiální stránku. Tímto kouskem papíru můžeme kupovat jiné zboží a prodávající pochopí jeho hodnotu. Stokorunu můžeme směnit za jinou měnu – a to, co je pro ni podstatné, je respektováno a zůstává neměnné. Stokoruna se může přeměnit ve směnku, v cenný papír atp. Neustále přitom však to, co je pro ni podstatné, zůstává. A tato neměnnost – stabilita uprostřed všech změn - je jednou z podstatných charakteristik smyslu a smysluplnosti.

Musím však upozornit na to, že tato situace je jen za stabilních podmínek ve společnosti. Za války nebo za mimořádných situací se může změnit symbolika peněz natolik, že pozbývají své společností přisouzené významnosti a stávají se jen cáry papíru a při nedostatku zboží nastupuje směnný obchod. Např. ve 2. světové válce měnilo městské obyvatelstvo jízdní kola za jídlo s obyvatelstvem venkovským.

Psychologické studie již několikrát ukázaly, že uvažování na vyšší úrovni smysluplnosti je spojeno s řadou pozitivních emocí. Mezi tyto emoce patří pocit radosti, štěstí, naděje, víra. Projevuje se to i ve zkouškách života. Dojde-li např. ke zdravotní komplikaci člověka, který se ve svém životě pohybuje na vyšší úrovni smysluplnosti, dodává mu jeho pojetí smysluplnosti života sílu, aby lépe zvládl obtíže spojené s negativní změnou zdravotního stavu

Ve své již klasické monografii o smysluplnosti života diagnostikoval Baumeister (cit. dle Křivohlavého, 2009) čtyři základní druhy potřeb smyslu, s nimiž se setkává každý člověk ve svém životě: potřeba smysluplných životních cílů, potřeba kladných hodnot při zvažování toho, proč žít, potřeba dobré vlastní výkonnosti při dosahování vytyčených cílů a potřeba kladného sebeocenění (sebehodnocení).

Baumeister říká: *„Psychologické studie zaměřené na studium smysluplnosti života ukazují, že „schopnost vytvářet ze zdánlivě spolu nijak nesouvisejících podnětů a událostí smysluplný celek vyššího řádu je charakteristickou vlastností lidského mozku“* (cit.dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 56).

Psychology zajímá nejen existence smysluplného pohledu na svět a na život, ale i to, jak se rodí smysluplný vztah toho, co se děje kolem nás i v nás. Základním jevem je zde zkušenost. Jakmile se dostaneme před určitý problém a podaří se nám vytvořit smysluplné spojení mezi výchozími body uvažování, snažíme se toto pojetí vyjádřit slovy. Ukazuje se, že slova hrají mimořádně důležitou roli při formování smyslu.

Dalo by se tedy říct, že ve většině případů je vyšší míra radosti tam, kde lidé prožívají svůj život jako smysluplný.

Určitý vhled nám dává pozorování situací, kde jsou lidé vystaveni určitému utrpení (nemoci, bolesti, strádání). Ukazuje se, že za takovýchto situací se podstatně zvyšuje intenzita hledání vyššího smyslu v tom, co se děje. TAYLOR (1983, s. 14) říká, že: „*Síla utrpení podněcuje potřebu nacházet smysluplnost život*“.

#### **4.4 Pohybová aktivita**

*„Pohyb neboli lokomoce je základní vlastností hmoty, způsob její existence. Jedná se o plazení, plavání, chůzi, běh, ale i dýchání. Pohyb může být bezděčný (spontánní, impulsivní), tj. bez uvědomění si pohybu či jeho účelu. Instinktivní (pudový) je pohyb přenášený přirozeným výběrem, prospěšný buď jedinci či druhu. Na rozdíl od předchozích pohybů je vždy účelný. Reflexní pohyb probíhá s reakcí na vnější podnět. Zpracovaný o reakci na podnět je pohyb úmyslný, uvědomovaný, volný, zacílený“ (HROMÁDKOVÁ, 2002, s. 36).*

K pohybu nutně potřebujeme svaly. Dnes máme o dvě třetiny méně pohybu než před sto lety. Na svalech visí celé tělo. Německý institut pro výzkum krevního oběhu a sportovního lékařství jednou položil k významným účelům trénované mediky na 9 dní do postele. Výsledek byl, že výkonnost svalů poklesla o 21 procent, srdce se smrštilo o 10 procent, a to za pouhých 9 dní!!! (STRUNZ, 2000).

V dnešní uspěchané době většinu času prosedíme v práci u počítačů. Sezení omezuje činnost kostry a svalů, omezuje dýchání, připravuje nohy o pevný kontakt se zemí. Svaly na nohou a zádech ochabují, pánev ztrácí stabilitu, obratle pružnost, ploténkám se snižuje přísun živin. Svalstvo zakrňuje, a protože už pak nemáme sílu, musíme si znovu sednout. Např. vedlejšími účinky sezení jsou hemoroidy, pokřivené obratle, migrény, bolesti zad (HROMÁDKOVÁ, 2002).

S každým gramem snížené svalové hmoty je kůže ochablější, kosti lámavější, imunitní systém slabší, duch lenivější, nálada pochmurnější. Člověk se stává celkově pasivnějším k okolí, ale především sám k sobě a svým psychickým a tělesným potřebám.

Dříve se soudilo, že ve stáří svaly ochabují, protože orgány buněk, mitochondrie, jsou ničeny stále větším počtem volných radikálů. Důvodem úbytku svalů je nedostatek pohybu, stres, špatné stravovací návyky, nadváha a kloubní problémy (STRUNZ, 2000).

*„Nejdůležitějším svalem v našem těle je nepochybně srdce. Pokud je náležitě udržujeme, je dokázáno, že tato pumpa, která musí denně posílat 11 000 litrů potrubním rozvodem dlouhým 240 000 kilometrů, vydrží maximálně 120 let“* (STRUNZ, 2000, s. 49).

*„Pěstujeme-li pohyb, nemusí naše tělo pumpovat 80krát za minutu, aby udrželo normální životní funkce. V klidu pak provede trénované srdce 60 tepů nebo méně. Srdci však můžeme pomoci i jinak než pohybem. Zanesení a ucpání tukem či vápníkem můžeme předejít tím, že přestaneme kouřit, dostatkem pohybu snížíme svůj krevní tlak a dbáme na dostatečný přísun vitamínů“* (STRUNZ, 2000, s. 52).

Od počátku 20. století začali lékaři lidi rozřazovat do dvou skupin, kde v jedné byli ti, kteří většinu dne sedí a pohybují se velice málo, ve druhé skupině pak ti, kteří se pohybují hodně. Lékaři upozorňovali na to, že oba extrémní životního stylu charakterizuje různě vysoké množství srdečních obtíží a dokonce odlišná úmrtnost. Výstup zaujal vědecké pracovníky a ti je začali soustavně studovat.

Příkladem může být studie skupiny vedené Paffenbargerem, kde byla porovnávána úmrtnost lidí, kteří pracovali v losangeleském přístavu. Šlo o skupinu tří tisíc sedmi set lidí, která byla sledována od roku 1951 do roku 1970. Tito lidé byli rozděleni do dvou skupin podle relativního množství tělesných pohybů při práci. Bylo zjištěno, že: „*Úmrtnost na srdeční příhody byla u 80 procent vyšší u skupiny málo se pohybujících pracovníků*“ (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 137).

Paffenbarger po tomto zjištění pokračoval ve výzkumech. Zjistil, že od roku 1916 existují na Harvardově univerzitě doklady o tělesném stavu studentů (pořízené při vstupním lékařském vyšetření). Sledoval další život těchto studentů. Dostal celkem sedmnáct tisíc písemných odpovědí týkajících se jejich života. Sestrojil speciální *index pohybové aktivity*, kterým charakterizoval běžný život těchto lidí. Rozdělil je do dvou skupin. Do první skupiny (60 % absolventů) zařadil ty, jejichž průměrná pohyblivost byla vyjádřena údajem o energetickém výdeji nižším než 2000 kcal za den (tato hranice se ukázala jako bod, kdy dochází k největšímu snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění). Do druhé skupiny patřili ti, kteří vykazovali více než 2000 kcal za den. Zpráva o tomto výzkumu z r. 1975 říká, že se první skupina liší od druhé vyšší úmrtností na kardiovaskulární příhody. Toto zjištění jinými slovy říká, že „*tělesná aktivita vyjádřená hodnotou 2000 kcal a více za den (ne však více než 3500 kcal) může prodloužit život člověka o dva roky*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 137).

Sledování vztahu mezi pohyblivostí a zdravotním stavem ukázalo, že tělesný pohyb má úzký vztah také k srdeční mrtvici.

„*Kladný vliv cvičení na zdraví jedince se prokázalo v souvislosti s některými druhy rakoviny. V Paffenbergerově výzkumu bylo prokázáno, že u mužů, kteří se příliš nepohybovali a v práci spíše seděli, byl zvýšený výskyt rakoviny prostaty. Také u žen se ukázalo, že cvičení může zabránit rozvoji rakoviny prsu. Bernstein, Henderson, Hanisch, Sullivan – Halley a Ross (1994) zjistili, že ženy, které cvičily celkem čtyři a více hodin týdně, měly o 50 % nižší výskyt rakoviny prsu. Tento pozitivní vliv byl ještě výraznější u žen, které porodily několik dětí*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 138).

Zajímavý případ se podařilo prokázat u mužů, kteří dostali diabetes a to v době dospělosti. Na ty působilo cvičení jako tzv. tlumivý faktor. „Dotazováním 22 000 amerických lékařů se zjistilo, že čím více cvičili, tím nižší byl u nich výskyt diabetu II. typu. Obdobné výzkumy byly provedeny i s dětmi a dospělými muži. Ukázalo se, že ve skupinách, které cvičily, byl výskyt diabetu třikrát nižší než ve skupinách, které vedly spíše sedavý způsob života“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 139).

Vztah mezi pohybem a dalšími fyziologickými projevy byl studován v poměrně velké šíři. Bylo zjištěno, že cvičení má kladný vliv i na hustotu kostní tkáně a osteoporózu. Mezi nejvíce sledované jevy však patří vztah mezi cvičením a hmotností. Obvykle se hovoří jen o vztahu diety k váze. Ukázalo se, že cvičení je druhým, ne-li rovnocenným partnerem v regulaci váhy a snižování nadváhy. Oproti dietě se ukazuje cvičení jako vhodnější faktor ve změně poměru mezi množstvím tukové a svalové tkáně v těle. Prokázala to např. studie, kterou provedl Wood se svými spolupracovníky, když porovnával tyto parametry u tří skupin mužů: jedna skupina regulovala nadváhu dietou, druhá pohybem, třetí byla kontrolní. Potvrdilo se tak to, co je obecně známé – že lidé, kteří se nepohybují, tloustnou (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 139).

*„Při studiu vlivu cvičení na regulaci hmotnosti se uvažuje o teoretickém modelu působení pohybu na váhu. S určitou pravděpodobností není hlavním faktorem snižování váhy pouhé spalování kalorií. Je možné, že cvičení ovlivňuje tzv. normový bod těla, který řídí poměr mezi svalovou a tukovou tkání. Aby k tomu však mohlo dojít, je třeba, aby pohybová aktivita nebyla příliš nízká. Odborníci zde doporučují aspoň čtyři aerobní cvičení týdně“* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 139).

#### **4.4.1 Pohyb a psychika**

*„Cvičení ovlivňuje nejen fyzickou stránku člověka. Má vliv i na zlepšení řady psychických projevů. Příkladem může být pozitivní vliv cvičení na zlepšování depresí zatížené psychiky, na snižování úrovně úzkosti, zvyšování*



*kladného sebehodnocení a posilování psychiky v boji se stresem“* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 139).

Řada lidí, kteří pravidelně cvičí, se cítí volnější, svěžejší a méně úzkostní. Cítí, že pohyb blahodárně působí na celý jejich organismus. Úzkost se přitom rozlišovala jako osobnostní rys a úzkost, jako momentální stav. Ukazuje se, že cvičení prokázalo v řadě výzkumných projektů kladný vliv jak na snížení úzkosti, tak na snížení deprese a zvýšení míry kladného sebehodnocení. Dalo by se říci, že pohyb uklidňuje, že působí velmi relaxačně. Nemusí jít jen o aerobní druh cvičení. Chůze, procházky v přírodě na čerstvém vzduchu a pěší výlety mají obdobný účinek, nejen u mladých, ale i starších lidí (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Sonstroem v r. 1988 zveřejnil přehled studie, které zkoumaly zlepšení vztahu člověka k sobě samému v rámci pravidelného cvičení. Uvádí řadu příkladů, kde výzkum kladný vztah cvičení a sebehodnocení potvrdil, a snaží se naznačit model tohoto působení. Domnívá se: *„že kladný vztah cvičení nepůsobí přímo, ale oklikou, přes zvyšování sebedůvěry, pocitu vlastní hodnoty, povědomí o disciplíně, pocitu zdraví, povědomí o zlepšeném celkovém fyzickém vzhladu, pocitu zvýšené energie apod.“* (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 140).

S údaji o tom, že lidé, kteří pravidelně cvičí či sportují, lépe zvládají problémy každodenního života, se setkáváme často. Podobně jako u vztahu mezi cvičením a kladným sebepojetím se i zde zvažuje přímý a nepřímý vliv pohybu na změnu stresem vyvolaného napětí. Brown v r. 1991 *„...se soustředil nejprve na děti ve věku 7-11 let a na jejich pohybovou aktivitu. Zjistil, že děti, které se málo pohybovaly, měly vyšší počet různých onemocnění. Ve druhé fázi se zaměřil na ženy. Zjistil, že ty, co se málo pohybují, mají vyšší míru příznaků stresu a vyšší výskyt tzv. civilizačních nemocí“* (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009, s. 140).

Tělesné cvičení často nabývá charakteru návykové činnosti. To mohou být např. běžci dlouhých tratí, někteří lyžaři na běžkách, horolezci, ale i meditující jedinci. Označení se odůvodňuje tím, že se u takovýchto sportovců zjistily při přerušení dané aktivity odvykací příznaky – podobné jako při odvykání drogám. Příznaky byly převážně psychologické. Šlo o pocity viny, pocity úzkosti, napětí,

nepokoje, neklid...Tyto příznaky byly pozorovány např. u některých sportovců v mezidobí, kdy zrovna necvičili (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

*„Nebezpečí, které na cvičícího čeká, může mít i jinou podobu. Máme na mysli nehody, úrazy, nebo dokonce náhlá úmrtí, která se týkají např. lidí s fyziologickými příznaky poruch v činnosti kardiiovaskulárního systému. Proto se doporučuje (zvláště pro takovéto obsedantní cvičící) cvičení pod vedením odborných trenérů, případně za lékařského dozoru, např. rehabilitační cvičení. I jinak normální sportovní výkony mohou být rizikové pro lidi netréňované, nezvyklé na fyzickou zátěž“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 142).*

## **4.5 Pozitivní myšlení**

*„Subjektivní životní pohoda je definována jako „kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života“ (DIENER aj., 2002, s. 98). Znamená to, že pohoda je velice širokým pojetím toho, co je pro člověka důležité. Odvíjí se od způsobu života, sociálních vazeb, v jakém rodinném prostředí daná osoba vyrůstá, od hodnotové hierarchie. Týká se kladných i negativních emocí, afektů, nálad i toho, jak se příslušný člověk dívá na své plány, na svá očekávání a jejich realizaci.*

Zájem o to, co je podstatné pro věci pohody, je tak starý jako historie lidstva. V evropské civilizaci se obvykle uvádí jako nejstarší dochovaná odpověď na tuto otázku Aristotelův výrok, že jediným rozumným cílem člověka v jeho životě je být šťastný.

Genetická výbava nemusí být považovaná za jediný faktor, který ovlivňuje subjektivní pocit pohody. Důležitým momentem je celkový postoj určitého člověka, tj. to, jak se tento člověk staví ke světu a ke svému životu – jaké je jeho pojetí a „vidění světa a života“.

Scheier a Carver (cit.dle KŘIVOHLAVÉHO, 2009) prokázali, že síla vlivu obecného postoje daného člověka ke světu a životu se zdá mimořádně důležitým faktorem ovlivňujícím to, zda člověku je nebo není dobře.

## 4.6 Meditace a relaxační techniky

Pro moderního člověka je jeho život často spojený se spěchem, je plný každodenních problémů, s nimiž se musí vypořádat. V této souvislosti mluvíme o stresu a jeho vlivu na naše zdraví.

Po stresové reakci dojde ke stimulaci našeho organismu, což nám během krátké doby umožňuje rychleji reagovat. Tento stav máme zakódovaný odpradávná, pomáhá nám přežít. Je účinný jen krátkodobě a je dost náročný pro naše tělo i psychiku. Trvá-li stres delší dobu či se často opakuje, má špatný vliv na naše tělesné zdraví i duševní rovnováhu.

Opakem stresu je uvolnění. Každý se po napětí uvolňujeme jinak dlouho, mnozí nejsou schopni relaxace vůbec. Nejpřirozenějším uvolněním by měl být pro nás spánek. Ten se však v době velkého napětí nemusí dostavit. Tělo a duše začne strádat. Stejně jako meditaci i relaxaci lze navodit určitými technikami. Každý člověk by je měl znát a umět využívat.

*Meditace.* Naše vnitřní samomluva je běžnou záležitostí. Hlavně večer po náročném dni na nás doléhá všechn hněv a nepříjemnosti dne: nedokončená práce, nepřátelství kolegů, silniční zácpa, stres. Tím problémy ani trochu neodbouráme, ale neustálým omíláním myšlenek se špatné věci stávají ještě horšími. Problémy se nám vrší a důsledkem jsou obrovské výčitky a sebeobviňování, které ruší náš noční spánek (TRÁZNÍKOVÁ, 2007).

Zmíněný vnitřní dialog můžeme zastavit, pokud se naučíme v tu chvíli myslet na jedinou myšlenku. Nejúčinnější je soustředit se na nějaké osobní štěstí, na hezký pocit. Abychom se odprostili od myšlenkového balastu, musíme zvládnout techniku hlubokého reflexního spánku (TRÁZNÍKOVÁ, 2007).

Hluboký spánek můžete vyvolat i přes den. Pomocí mentální techniky se můžete zcela uvolnit a zregenerovat během několika minut. Tato technika je určena hlavně těm, kteří se během dne často přepínají a v noci se nemohou zklidnit. Příkladem schopnosti usnout kdykoli z vlastní vůle a získat osvěžení z hlubokého krátkého spánku je Napoleon.

Tato technika se přirovnává k létání a pocit, který přivodí je znám z dětství. Pokud tohoto stavu jednou dosáhnete, stanete se náruživými a budete na něm závislí, protože vám přinese absolutní pocit uvolnění a rychlé nabytí sil.

*Relaxace.* Smyslem relaxačních technik je dosažení lepší psychické pohody prostřednictvím uvolnění. Výzkumy ukázaly, že mezi tělesným a duševním napětím existuje velmi úzký vztah (TRÁZNÍKOVÁ, 2007). Relaxačních technik známe mnoho.

Dnes nejčastěji používané techniky jsou:

- *Autogenní trénink* (pochází z Německa)

Jedná se o nejrozšířenější relaxační techniku. Jde o nácvik a uvědomování si pocitů tíhy a tepla v těle, zklidnění srdeční a dechové činnosti. Nácvik trvá několik týdnů a měl by probíhat vícekrát denně po 5-15 minut.

- *Progresivní relaxace* (pochází z USA)

Tato metoda se také nazývá Jakobsonova a učí rozlišení mezi napětím a uvolněním svalů těla. Pracuje se se svalovými skupinami celého těla a nácvik je postupný.

- *Jóga* (pocházející z Asie)

Technika přispívá k udržení fyzické a psychické kondice, energetické harmonizaci, pozitivnímu myšlení. Zahrnuje meditaci, práci se smysly a myslí. Přináší člověku sílu, energii, zdraví, vitalitu, duševní rovnováhu, klid a radost.

V rehabilitaci a v ordinacích psychologů se dnes velmi často využívá dechové gymnastiky. Pod vedením terapeutů začnete správně využívat svůj dech. Prodýcháte celé tělo a společně s protahovacími cviky se dokonale uvolníte. Aby vše správně fungovalo, je nutný pravidelný trénink tohoto cvičení. Soustředěním na cvičení odvedete pozornost od problémů duše a bolestech těla.

## 5 PSYCHOSOMATIKA

*„Duše člověka roste až do smrti. Pokud se duše zažehne společně s nemocí, stravuje tělo.“*

*Epid. VI. 5. 2. 1.*

Pojem psychosomatická medicína vychází z širšího pojmu psychosomatika, který byl poprvé použit na začátku 19. století (DANZER, 2001). Pojem psychosomatika vznikl složením dvou řeckých slov: „psyche“ a „soma“. „Psyche“ můžeme chápat jako duševno či psychično, zatímco „soma“ znamená tělo – *„psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševnem a tělesnem“* (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 11) a jejím cílem je tyto dva aspekty vzájemně propojit a chápat je celistvě. Vztahy mezi tělesnem a duševnem v širším slova smyslu se nezabývá pouze psychosomatika či psychosomatická medicína, ale je to zároveň problém filosofický, rozebíraný filozofy už od dob antiky (HOGENOVÁ, 2006).

Jestliže hovoříme o psychosomatické medicíně, hovoříme o medicíně interpersonální, která *„posuzuje člověka celého v jeho somatické, psychické a sociální souvislosti“* (TRESS, 2008, s. 43).

Za důležité je považováno vidět jedince v kontextu s jeho prostředím a vztahy (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004).

Antropologická, behaviorální, psychofyzická, komplexní, celostní medicína a další se ztotožňují s názvem psychosomatická medicína. Hovoříme o jakémsi psychosomatickém rozhovoru, což je soubor napsaných a vyslovených výroků spojených s oblastí psychosomatiky – četnost názvů nás vede k přemýšlení a pochopení přesnějších psychofyzických vztahů (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004).

Medicíně se nedaří díky rozdělení oborů pohlížet na člověka celostně. Proto v poslední době přichází na specializovaná pracoviště, zabývají se psychosomatikou, stále více pacientů. Již na počátku jejich nemocí měli být svým praktickým lékařem poučeni o tom, aby svou nemoc brali jako signál, který jim říká, jak nesprávně o své tělo či duši pečují. Za přispění odborníků má pak

pacient sám nalézt objektivní příčinu svého problému a pokusit se ji ovlivnit pomocí přírodních a humanitních věd. Musíme se naučit řešit naše problémy duše i těla společně, neoddělovat je. Neměli bychom se stydět, říci si o pomoc psychologům. Společně s dalšími odborníky, ale také my sami, bychom měli v sobě nacházet pojmy jako intuice, vcítění a porozumění. Většina lidí stále nachází problémy kolem sebe. Své strasti přisuzují nejbližším, politikům, nadřízeným. Zapomínají se však podívat na sebe, na to, jak oni sami reagují na své okolí, čím pozitivním oni přispívají společnosti. Pokud v sobě nalezneme radost, odpuštění a lásku k sobě, nebudeme daleko od pochopení toho, proč jsme tady a jaký je náš smysl a cíl na tomto světě.

## **5.1 Bolest v psychosomatickém přístupu**

Pokud budeme procházet delší dobu jakoukoliv zátěží, ať už psychickou či fyzickou, dojde poruše našeho vnitřního rytmu. Tento přirozený rytmus je: aktivace – čin – vyřešení situace – úspěch – relaxace. Činnost je nejčastějším úkolem našeho pohybového aparátu. Pokud se bude v našem organismu hromadit neodreagované napětí ve svalech, dojde k vyčerpání, bolesti, únavě a jiným funkčním poruchám, psychosomatickým. Zpočátku většinou pohybového aparátu. Vysoké procento pacientů přichází s typickou bolestí v oblasti šíjových a bederních svalů. Přicházejí pro bolesti a točnou hlavu, tinitusem, brněním prstů na končetinách, tlakem na hrudníku, dechovou nedostatečností, problémy s trávením a celkovou sníženou imunitou. Spolu s nadváhou, nedostatkem pohybu či jednostranným přetěžováním dostáváme výčet typického odrazu dnešního stresového životního stylu (HNÍZDIL aj. 2005).

Ať už se jedná o akutní či chronickou bolest musíme pohlížet vždy na pacienta komplexně. Proto je pro nás velmi důležitý i vstupní pohovor, dobře udělaná anamnéza s ukazateli genetickými, vlivy výchovy, sociálním prostředím a momentálním psychickým rozpoložením. Jakákoliv bolest nás stresuje a prohlubuje negativní psychické rozpoložení.

*„Bolest, která není přiměřenými prostředky včas odstraněna, se stává problémem, který startuje děje, které zásadně mění celý způsob pacientova života“ (HNÍZDIL aj. 2005, s. 46).*

Sama léčba bolesti musí začít s pomocí odborníků, v hledání vlastních zdrojů. Úkolem těchto odborníků je především psychoterapeutická mobilizace těchto zdrojů a nikoliv jen farmaceutická. I když nelze zatracovat účinnost léčiv či využívání moderních diagnostických technologií. I ty zařazujeme do komplexního přístupu k léčbě samotného pacienta (HNÍZDIL aj. 2005).

Mezi faktory, které velmi narušují fyzický a psychický stav pacienta dnešní doby patří stále více poruchy spánku. Často se objevuje porucha, kdy pacient usíná, spí celou noc, ale po probuzení se nedostavuje pocit odpočinku a relaxace. To vede ke snížení jeho výkonnosti. A vzhledem k dostupnosti léků na spaní a úzkosti na našem trhu, dochází k nekontrolovanému nadužívání těchto léčiv a zvětšující nárůst návyku na těchto preparátech. Oddalováním řešení problému se spánkem či bolestí se začne stav pacienta po nějaké době rychle zhoršovat.

*„Spánek je nutný k vyrovnání duševních rezerv. Jestliže někdo nemůže oddělit svoje vědomí od těla – usnout, je nadprůměrně připoutaný k dějům hmotného života, nemá dostatek odevzdanosti, pradůvěry, má strach před iracionalitou, tj. před světem, kde nemůže nic zdůvodňovat. Je přeceněna aktivita, spojená s dočasností. Proto je to v současnosti častý symptom“.(STANĚK a BRZOBOHATÁ, 1999, s. 23).*

## **5.2 Poruchy a nemoci patřící do psychosomatiky**

Jakákoliv porucha těla může být psychicky podmíněna. To i v případě např.: obrny, psychogenní slepoty, tělesné napětí, pocení, zimnice, kolísání tlaků, únavy (PONĚŠICKÝ, 2002).

K dalším psychosomatickým onemocněním patří poruchy štítné žlázy, zvláště její zvýšená činnost, bronchiální astma, potíže se srdcem, jako je jeho rytmus, dále žaludeční potíže a dvanáctníkové vředy, choroba tlustého střeva

vředová, zácpy či průjmy, některé revmatické kloubní choroby, kožní ekzémy, poruchy krevního oběhu, jako nízký a vysoký krevní tlak, v dnešní době narůstající anorexie a bulimie.

*„Někdy dojde k celkovému zhroucení tělesné a duševní rovnováhy, jež může mít za následek snížení celkové obranyschopnosti organismu a snadné onemocnění infekčními chorobami nebo dokonce nádorovými onemocněními“* (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 36).

### **5.3 Kdo onemocní psychosomaticky?**

Kdo onemocní psychosomaticky, závisí na individuálních faktorech pacienta, na jeho vnímání sebe i okolí. Je velmi důležité, jak zvládá zátěžové situace, jakou formou je zpracovává či jen potlačuje. Máme tendenci potlačovat hlavně negativní a zátěžové stavy. Pokud ale tyto stavy nezpracujeme a neodpovíme na ně patřičně svými emocemi a chováním dojde k jejich ztělesnění. Proto je nutné poslouchat své tělo a mysl a neustále sledovat reakce našeho na různé situace.

PONĚŠICKÝ (2002) uvádí, že:

1. Důležitost zkušenosti s konfliktem, na kterém si postavíme vlastní pocit a názor oproti názoru rodičů. Pak je důležité, zda dítě například výchova emočně traumatizovala, či naopak nevedla k řešení a překonávání problémů a nepříjemností. Jedná se tedy o nevhodné výchovné vlivy, které nevybavily dítě k řešení složitých mezilidských situací.
2. Společenské podmínky a normy, které si určujeme my sami, nás nutí k tomu, abychom podávali v zaměstnání co nejvyšší výkon neberoucí ohled na slabiny. Pakliže nejsme schopni tíživou či pracovní situaci zvládnout, máme tendenci onemocnět tělesně, protože jediné to



společnost toleruje. Zástupně za nás naše tělo něco řeší. Získáváme neschopenku, čas k oddechu.

3. Muži jsou od dětství vedeni k tomu, aby neplakali, snášeli bolest, neprojevovali slabost. Čím dřív se nenaučí s těmito emocemi zacházet, tím spíš na ně budou reagovat tělesně.
4. Ženy jsou zase méně vychovávány k projevům agrese, mají být v této oblasti zdrženlivější a podobné je to i se sexualitou. To může vést k ponížení nebo odmítnutí energické reakce či vyhýbání se sexualitě. Typické jsou pro takové ženy migrenózní bolesti hlavy.

*„Naslouchání řeči našeho těla nás může vést k zájmu o naše vnitřní prožívání, ke zvědavosti na to, co nám chybí a jakým způsobem bychom mohli na sobě pracovat. A tak je možno onu úvodní otázku zodpovědět tím způsobem, že za psychosomatické onemocnění nese zprvu vinu osud, avšak tím, že dospějeme, přebíráme rozhodující měrou odpovědnost za náš další vývoj, jsme schopni se nad sebou, nad svou situací zamýšlet, svobodně se rozhodovat a v krizových situacích hledat lidskou či odbornou pomoc“ (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 42).*

V praxi se setkáváme s pacienty, kteří nám naslouchají, dělají přesně to, co jim řeknete, a libují si, jak vše funguje a zapadá do sebe. Po terapii se vrací do svého zaběhnutého životního stereotypu. Většinou v období jara a podzimu se opět vrací se stejným problémem, se kterým k nám přišli. Nenavštívili doporučeného psychologa, stačila jim úleva na úrovni těla. Tito pacienti se budou stále vracet a zatěžovat naše zdravotnictví.

## **5.4 Psychosomatika a rehabilitace**

Staří lékaři, kteří měli k dispozici jen minimální technické vybavení, říkali: *„Naslouchejte svému pacientovi, říká vám totiž diagnózu.“* Dosud je v medicíně základem vyšetření anamnéza. Anamnéza je často jen formální a není jí přikládán velký význam. Je potřeba poslouchat pacienta celou dobu jeho

návštěvy u lékaře. Sledovat jeho emoční rozpoložení, temperament, prožité události, vnímání jeho vlastní ceny. Často jsou jeho kladené otázky již jeho odpovědí, na problém, který ho k lékaři přivedl (HNÍZDIL aj., 2005).

Řada nemocí je typická pro určitou skupinu pacientů, kteří se projevují podobnými emočními stavy či podobným chováním.

Neměli bychom podceňovat objektivní biologické nálezy a výsledky lékařských vyšetření, ale správně ho umět zasadit do souvislosti pacientova života. Mělo by být v našem zájmu volit nejvhodnější způsob léčby pacienta (HNÍZDIL aj., 2005).

V rehabilitaci má každý příznak, držení těla, bolest svůj smysl a význam. Pokud není životní situace vyřešena na psychosociální úrovni, je předpoklad, že se budou naše problémy stále objevovat a to ve formě tělesných bolestí a psychických rozpoložení.

*„Psychosomatická rehabilitace se snaží o vědomé a cílené zaujímání tělesných pozic, sestav cviků a pohybových programů a naopak prostřednictvím psychiky řešit psychosociální problémy, které budou směřovat k nalezení přirozené osobní rovnováhy „(HNÍZDIL aj., 2005, s. 198).*

Neměli bychom zapomínat na důležitost dovedností a odborných znalostí terapeuta a na nutnost jeho celoživotního vzdělávání. Tento vklad by měl přispět k vytvoření důvěrného vztahu, který potřebuje k získání a udržení spolupráce s pacientem. Jen tak může přispět k vhodné motivaci pacienta ke změně přístupu k jeho zdraví.

## 6 PRAKTICKÁ ČÁST, PŘÍPADOVÁ STUDIE

Do této části bych ráda zařadila kazuistiku pacienta, se kterým jsem měla možnost pracovat bez čárky jako fyzioterapeut, v zařízení, které se zabývá komplexním přístupem k pacientům.

Pacient vyhledal naše zařízení sám, bez doporučení jiné osoby. Uvedl, že dlouho hledal zařízení, kde je na pacienta nahlíženo komplexně.

Osobní případovou studii jsem zvolila, protože mi nejlépe umožnila podat případ tak, jak ho vidím já jako fyzioterapeut a jako student psychosociální školy.

### 6.1 Výběr případu

V následujícím textu popisuji pouze jeden klinický případ a to z toho důvodu, abych ukázala způsob vedení terapie a komplexního náhledu na onemocnění pacienta. Vybírám tento případ proto, že se s podobnými rysy takto postižených pacientů setkávám ve své praxi v oboru fyzioterapie stále častěji. Každý pacient je však individuum, a proto je třeba tak k němu i přistupovat. Tento případ mě velmi inspiroval a obohatil.

### 6.2 Metody sběru dat

V jednotlivých oblastech výzkumu jsem používala tři základní přístupy:

**Hermeneutický** - znalosti jsem získala na základě interpretace a porozumění dostupných materiálů, jako byla například pacientova dokumentace.

**Empirický** - znamená, že jsem shromažďovala údaje na základě smyslových vjemů. Jsou jimi například některá data kineziologického rozboru a vyšetření (svalový tonus, výskyt reflexních změn, vyšetření svalové síly apod.).

**Fenomenologický** - tento přístup znamená, že jsem něco vnímala empiricky a zároveň údaje hodnotila hermeneuticky. K tomuto přístupu řadím například vnímání pohybu a jeho interpretaci nebo vnímání postury a její interpretaci.

Během práce jsem používala následující metody kvalitativního výzkumu:

### **Kvalitativní pozorování**

Tato metoda mi pomohla zkoumat akce, chování a různé další projevy pacienta. Tyto projevy jak oblasti somatické (např. pohybové chování během kineziologického rozboru), psychické (pozorování úzkostné reakce při stresové reakci). Mezi kvalitativní pozorování jsem zařadila speciální vyšetřovací techniky ve fyzioterapii (např. vyšetření vestoje, vyšetření pohybových stereotypů). Některé vyšetřovací techniky jsem doplnila o kvantitativní hodnocení (např. svalový test nebo vyšetření zkrácených svalů).

Pozorování v sobě zahrnovalo vjemy vizuální, hmatové, sluchové a proprioceptivní. Toto pozorování vnímání je velmi důležité v práci fyzioterapeuta. Je sémantického charakteru, jedná se o specifickou, slovně nesdělitelnou zkušenost.

Pozorování, kterým jsem získala informace, mělo tyto charakteristiky:

- Jednalo se převážně o participační (zúčastněné) pozorování, které zahrnuje přímou účast na dění, pozorování, analýzu dokumentů a introspekci a hodí se pro studium prakticky všech aspektů lidské existence. Při tomto způsobu sběru dat vycházím z předpokladu, že sociální svět je spoluutvářen subjektivními významy a zkušeností konstruovanou účastníky sociální situace (Hendl, 2005).
- Pozorování jsem prováděla jak systematickým způsobem (během kineziologického rozboru prováděného na základě předem daného předpisu), tak i způsobem nesystematickým.
- Pozorovala jsem pacienta, ale zároveň jsem pozorovala sama sebe. Jednalo se o pozorování mých pocitů a fantazií, které ve mně pacient vyvolával.

## **Kvalitativní dotazování**

K získání dat jsem využila tyto přístupy rozdělené podle Hendla (2005) :

- **Neformální konverzační rozhovor**, který spoléhá na spontánní generování otázek v přirozeném průběhu interakce během terapie. Struktura rozhovorů nebyla předem dána. Zjišťovala jsem pak pacientovi názory, pocity, postoje.
- **Anamnestický (klinický) rozhovor**, který se využívá k zachycení biografického průběhu.

Během práce jsem využívala také techniku cirkulárního dotazování, ta vychází z principu cirkulární kauzality. Díky poznatkům G. Batesona ji do klinické oblasti přinesla rodinná terapie. Cirkulární kauzalita nás vede k tomu, že se neptáme, proč se určitá změna děje, ale jak a v jakých souvislostech k ní dochází. To nás nutí uvažovat s větším dosahem ve všech relevantních směrech, zajímat se o okolnosti individuálního vývoje pacienta v původní rodině, o vztahy a vlivy v současném manželství, o psychiku a chování pacienta, o závažné životní události atd. (Baštecký, aj. 1993).

Je třeba upozornit, že metody kvalitativního výzkumu nesloužily pro pouhý sběr dat, ale měly též intervenční charakter.

## 7 SBĚR A ANALÝZA DAT

### 7.1 Anamnéza

#### Osobní anamnéza

Jméno: T. N.

Narozen: 13. 3. 1964 v Praze

Stav: jednou rozvedený, z tohoto vztahu dvě děti (20 let syn, 17 let dcera), nyní podruhé ženatý, jedno dítě (syn 2 roky).

Bydliště: Praha.

Návyky: nekouří, nepije alkohol, léky občas analgetika na bolest, pohyb žádný ve smyslu sportu.

#### Rodinná anamnéza

Otec: knihovník, nežije tři roky, vztahy s ním chápe jako vždy napjaté.

Matka: učitelka, žije, vztahy dobré, vždy cítil spíše jako chladné.

Sourozenci: žádní.

#### Pracovní anamnéza

VŠ vzdělání, pracoval léta jako profesionální fotograf pro deníky, hodně vždy v rámci svého povolání cestoval. Nyní na „volné noze“.

#### Sociální anamnéza

Manželé mají velmi napjaté vztahy, cítí je po narození syna. Mají řadu přátel, se kterými se již delší dobu nestýkají. Finanční situace je velmi dobrá, žijí ve starším bytě v centru města, uvažují o malém domku za Prahou.

#### Nynější onemocnění

Pacient přichází do zařízení v Dobřichovicích v únoru 2008. Klinikou si vyhledal na internetu sám, přišel, protože ho již několik let trápí bolesti v oblasti

beder a časté bolesti spojené s trávením. Přináší velkou složku vyšetření nálezů z jiných lékařských zařízení.

Mezi další udávané potíže patří zvýšený krevní tlak, výrazná nadváha, nauzea a stěhovavé bolesti krční páteře a hlavy.

### **Zdravotní anamnéza**

V době rozvodu, tj. cca před 10 lety se poprvé objevily zažívací problémy doprovázeny častými průjmy a nadýmáním. Interní vyšetření opakovaně neprokázalo patologii v oblasti trávicí trubice nebo jater. Léčen antibiotiky a probiotiky. Zhruba před dvěma roky byl pro stejné potíže, pro zjevnou souvislost onemocnění s psychickou zátěží odeslán gastroenterologem k léčbě na psychosomatickou kliniku. V tu dobu konzultaci na klinice odmítá.

### **Terapeutická dohoda**

Jde o životní situaci, v níž se stupňuje chronická zátěž v psychosociální sféře, kterou pacient nevnímá ve všech důsledcích vědomě, a objevují se somatické příznaky. Terapie bude spočívat v nácviku relaxace. Vyšetřujícím rehabilitačním lékařem je též doporučeno užívat lék na spaní na přírodní bázi. A též konzultace s psychologem.

### **Náplň terapie**

Od konce února 2008 docházel pan T. N. pravidelně jednou týdně na hodinovou rehabilitaci, která byla rozdělena do dvou částí: pohybové cvičení a nácvik relaxace.

**Résumé po skončení 5 sesí psychoterapie** (zdravotní dokumentace psychologa):

*„Klient není orientován na introspekci, reaguje vždy pragmaticky. Situaci, kterou si nestrukturalizuje sám, prožívá traumaticky, reaguje se silnou vegetativní odezvou. V souvislosti s pacientovým životním stylem se nabízí život*

*v kontaktu s přírodou, sám si ho organizovat, dávat mu vlastní struktury. Pro další spolupráci již není motivován“.*

T. N. mluví o tom, že bezprostředně po rehabilitaci se cítí většinou hodně unaven, ale tato únava do druhého dne mizí a nastupuje na několik dnů velmi příjemný pocit uvolnění celého těla.

## **7.2 Individuální rehabilitační plán**

### **7.2.1 Vyšetření rehabilitačním lékařem**

Po zdlouhavém vyšetření stanovuje lékař příčinu bolesti zad funkčního charakteru. Příčina může být exogenního charakteru, tedy v důsledku příliš náročné či jednostranné fyzické zátěže, spíše v důsledku vadného držení těla a nevhodného pohybového stereotypu. Toto tvrzení je při vyšetření potvrzeno obrazem typické svalové nerovnováhy v podobě takzvaného dolního zkríženého syndromu, při kterém dochází ke zvýšenému zatížení a zkrácení zádových svalů a flexorů kyčle na straně jedné a k útlumu či chabnutí svalů stěny břišní a svalů hýžděových na straně druhé.

### **7.2.2 Pohybová anamnéza**

Od dětství nikdy nesportoval, ani rekreačně. Vždy byl spíše zavalitější postavy. Fyzicky i psychicky se cítil vždy dobře, nikdy svou váhu neřešil.

Výška 175 cm, váha 96 kg.

### **7.2.3 Vstupní kinesiologický rozbor**

*Dojem z prvního setkání:*



Při vstupu do ordinace mi pacient podává ruku a silně ji tiskne, podání ruky doprovází oční kontakt. Působí sebevědomě. Mírně neklidný začne být poté, co ho vyzvu, aby si odložil oblečení. Odkládá velký fotoaparát, který má stále zavěšený na krku a velkou brašnu, pomalu se svléká.

### ***Orientačně neurologické vyšetření:***

Nález se jeví bez příznaků kořenového dráždění v oblasti pánve či jiného neurologického postižení.

### ***Vyšetření držení těla***

Hlava je v mírném úklonu k pravé straně, zřejmě následek nošení těžkých břemen přes rameno. Hrudník symetrický, břišní stěna ochablá, zvětšení bederní lordózy. Ploché nohy podélně i příčně.

### ***Vyšetření reflexních změn***

Pokožka s výraznými dermatografy v mezižeberní oblasti hrudníku a mezi lopatkami.

Podkoží. Je zhoršená posunlivost kožní řasy celých zad, palpační citlivost.

Svalstvo. Jsou patrné změny střídání oslabených a zkrácených svalů, jak v oblasti beder, tak v oblasti krční páteře.

Úponové bolesti jsou hmatatelné hlavně na trnech krční páteře, v oblasti periostu linea nuchae a horních okrajích kosti kyčelní.

### ***Vyšetření zkrácených svalů (podle Jandy)***

Vyšetření ukazuje na zkrácení svalů v oblasti lopatek, zádových svalů, ohýbačů kyčlí a lýtkových svalů.

### ***Vyšetření páteře***

Při předklonu cítí omezení pohybu páteře vlivem tahu ischiokrurálního svalstva. Vyšetření předklonu hlavy provádí předsunem.

### ***Vyšetření chůze***

Mírně antalgická chůze značí bolestivost v oblasti beder. Délka kroku je kratší, kladení chodidel v mírné zevní rotaci.

Diagnostické funkční změny v pohybovém systému ovlivňují dynamickou aktivitu svalů, a tím i změny v držení těla. V posturální aktivitě je výrazná nerovnováha mezi ohybači a natahovači. Jde o kombinaci horního a dolního zkříženého syndromu dle Jandy.

### **7.2.4 Vlastní průběh fyzioterapie**

#### **1. Terapie**

Pacient velmi klidně reaguje na můj dotyk. Patrná je úzkost, kdy je předemnou vysvlečený.

Svalové napětí při dotyku povoluje a pacient působí odevzdaně.

T. N. popisuje své pocity, jako velmi příjemné, má potřebu usnout. Omlouvá se, kdyby se tak stalo.

Při prvním sezení mi šlo o navázání důvěryhodného a bezpečného prostředí.

#### **2. Terapie**

T. N. nedostatečně vnímá rozdíl mezi svalem v tensi a relaxovaným. Využíváme proto metodu relaxačních technik. Palpačně monitoruji svalový tonus a podávám mu ústně zpětnou informaci.

Provádím techniku hlazení podle Herrmachové k vyrovnaní tonusových dysbalancí.

#### **3. Terapie**

Pacient mi sděluje hned mezi dveřmi, že i když je bezprostředně po každé terapii velmi unaven, vždy se na další schůzku těší. Cítí se víc uvolněný a zároveň je motivován ke cvičení relaxačních technik v domácím prostředí. Doporučuji mu naučit se sledovat více své tělo a následné reakce těla na stresové

situace, kterým se nemůže v životě vyhnout. Atmosféra je mezi námi přátelská, dnes poprvé velmi živě diskutuje o svých cestách po světě.

#### 4. Terapie

Přichází v dopoledních hodinách, cítí se velmi unaven. Poprvé během terapie začíná hovořit o problémech v jeho nové rodině. Jeho mladší žena nemá pro jeho náročnou práci pochopení a i ji samotnou již neuspokojuje být na mateřské dovolené. T. N. toto vnímá, jako ohrožení další své rodiny. Je si vědom, že k rozpadu jeho první rodiny přispěla právě jeho častá absence v rodině a tím pádem nedostatečně uspokojené potřeby rodiny. Cítí se opět ohrožen a opět se vracejí problémy se zažíváním.

*„Průjmy jsou často spolupodmíněny stresem, jenž přesahuje schopnost a možnost jeho zpracování. To podmiňuje úzkost s pocitem selhání a bezmocnosti...V psychické oblasti se takový člověk vyhýbá řešení a zpracování problémů a interpersonálního napětí“ (PONĚŠICKÝ, 2002, s. 65).*

Terapie probíhá v duchu prohlubování relaxačních technik.

#### 5. Terapie

Pacient přichází v celkem dobré náladě. Sděluje mi, že se mu po minulé terapii ulevilo i „jinak“. Tento pocit však neumí více popsat. Pokračujeme v rehabilitaci nácviku správného dýchání, s posilováním oslabených svalů a uvolňováním svalů zkrácených. Tento den zařazuji do programu rehabilitace vzhledem k posilování plochonoží i stimulaci plosek nohou.

#### 6. Terapie

Pan T. přichází s úsměvem na tváři. Podařilo se mu získat v konkurzu pracovní půlroční projekt. Je velmi šťastný a velmi živě hovoří o plánech ohledně své práce. Zeptám-li se ho, jak vypadá situace doma, zesmutní a pouze dodá, že se „tam“ necítí dobře, proto volí raději variantu přehršle práce.

Během terapie mi vypráví, jak mu byla na minulém sezení terapie nohou nepříjemná. Cítil se velmi nepohodlně a bylo mu hloupé, že mu někdo sahá na holé nohy. Napětí ve svalech mu však velmi záhy zmizelo a dostavil se silný pocit uvolnění a tepla v celém těle. Tento pocit popisuje jako velmi příjemný, avšak doposud jemu neznámý.

Zajímá se o správnou obuv a ujišťuje se opakováním cviků o jejich správném provedení.

## 7. Terapie

Po příchodu klienta do ordinace se mě tento ptá, co by mohl udělat pro to, aby se stále cítil tak dobře jako po terapii. Začíná poprvé mít zájem o změnu svého dosavadního životního rytmu. Hovoříme o tom, jak bychom měli mít rádi své tělo, jak bychom se měli učit poznávat své tělo podle různých reakcí. Dále hovoříme o stravě a spánkovém režimu. Klient uvádí, že po cvičení se cítí lépe a má pocit, že jeho spánek je hlubší. Celkově na mě dělá dojem spokojeného, i když ho stále velmi znepokojuje partnerská situace.

## 8. Terapie

Klient mi sděluje, že začal chodit dvakrát týdně plavat. Cítí se dobře a rád by navštívil nutričního terapeuta v našem zařízení. Doma s manželkou živě diskutují o opuštění centra města a odstěhování se do okrajové lokality poblíž lesa. Velmi se těší. Plánují společně. Cítí, že napětí doma povoluje. Zjistil, že ho velmi stresuje jeho zaměstnání, a proto by se rád vrátil do klidného místa někde blízko přírody.

Po několika týdnech terapie sleduji výrazné změny jak na úrovni pohybového systému, tak ve sféře psychické.

Funkčních změn bylo docíleno hlavně v oblasti beder, a to posílením břišních partií a hýždí a protahováním zkrácených partií. Kůže se při dotyku posouvá a lépe se prokrvuje.

## 9. Terapie

Pacient mi oznamuje, že poslední týden necvičil. Necítil se pod tíhou pracovního náporu dobře. Opět si stěžuje na mírné zažívací problémy a lehce se opět ozývají bederní bolesti. Popisuje, že je to hlavně po ránu, než odejde do práce. Během dne je necítí a druhý den se vše opakuje.

Hovoříme o tom, že je nutné změny v systému fixovat delší čas a je normální, že neustále pracuje na svém problému. Opět užíval analgetika. Navštívil svého obvodního lékaře a dostal léky. Stav se prý na dva dny zlepšil. Vysvětlila jsem mu, že užíváním léků ničemu nepomůže, že se jeho problémy budou stále vracet. Analgetika ho nejen ohrožují nežádoucími účinky, ale především ho zbavují ochranného signálu bolesti.

## 10. Terapie

Po minulé terapii mě pacient donutil přemýšlet o jeho „selhání“. Došlo mi, že člověk, který nemá od mládí zafixovaný příjemný pocit z pohybu, z výhry, ze zdolání nějaké překážky nemá ani potřebu tento pocit vyhledávat. Musí se ho vlastně naučit poznávat. Hovořili jsme o tom, jak je tedy možno vidět cvičení v jiném kontextu, chápat je a přijímat jako příjemnou součást každého dne a ne jen jako pouhou nutnost.

## *Červen 2008*

V tomto měsíci dochází na rehabilitaci méně vzhledem k pracovnímu vytížení. Hovoří o tom, že měl čas přemýšlet a srovnávat své pocity před, během a po terapii, a že nyní necvičí v takovém rozsahu, jako dřív, ale vytvořil si určitý cvičební plán, kde opět zařadil i plavání. Je-li po práci velmi unavený, místo plavání či cvičení zvolí nějakou z naučených relaxačních technik. Dochází jednou za měsíc k nutriční terapeutce a s její pomocí se bude snažit snížit svou nadváhu.

Domluvili jsme se, že pokud nebude mít pacient nějaké akutní potíže, bude docházet jednou za tři týdny na rehabilitaci.

### *Terapie v květnu 2009 ukončena*

## **7.3 Analýza a interpretace dat**

V oblasti pohybového systému jsem během kineziologického rozboru diagnostikovala funkční poruchu pohybového systému. V souvislosti s tonusovou svalovou dysbalancí v různých svalových skupinách jsem vyšetřila řadu chybných motorických stereotypů.

Držení těla a celkový pohybový projev považuji za nositele důležitých informací o pacientově psychické a sociální situaci. Nález lékaře a mé postřehy lze interpretovat jako projev pacientových psychických postojů a problémů na somatické úrovni.

To, co se odehrává v terapeutickém vztahu, je podle mého názoru obrazem toho, co se odehrává v dalších interpersonálních vztazích pacienta. To, co se odehraje při prvním setkání, to se jako základní motiv odehrává i po celou následující dobu setkání. Proto jsou mé pocity, postřehy a dojmy tak důležité pro mou další práci.

O sociální sféře mohu říci, že byla zřejmě významným zdrojem pacientovy zátěže. Byla to převážně přemíra práce a neuspokojivá rodinná atmosféra.

Terapeutickým cílem nebylo pacienta změnit, ale pomoci mu, aby si sám zorganizoval a upravil své vlastní prostředí.

Předpokládala jsem, že individuální pohybová terapie a terapie zaměřená na tělo bude vhodná pro pacienta s těmito obtížemi. Tělesný kontakt a tělesné prožitky pomáhaly celkově motoricky i psychicky přeladit pacienta.

Obzvláště citlivě reagoval pacient na dotyk chodidel. Toto je v terapii důležitý moment, kdy sebe jako nástroj nastavuji na hranice specifické pro každého pacienta. Jsem přesvědčena, že tyto hranice je třeba hledat ve společném

dialogu pacienta s terapeutem. Expertem na pacientovo tělo není terapeut, ale pacient sám.

Během terapie se objevilo několik momentů, ve kterých si pacient začal uvědomovat, že pokud chce ve svém pohybovém systému navodit trvalejší změny, musí na svém problému pracovat velmi dlouho. Jde o tzv. fenomén propracovávání, kde musíme neustále upevňovat nové vzorce a způsoby chování.

Z pohledu fyzioterapie základ mé práce počítal s ovlivněním chybných pohybových stereotypů daných svalovou dysbalancí v těle. Doma pacient pokračoval v nácviu progresivní relaxace. Napětí v těle jsme pak uvolňovali pomocí metod reflexní terapie. Z okruhu těchto metod jsem použila masáž a postizometrickou relaxaci, která uvolňuje hlavně spasmus ve svalech.

Facilitačně a inhibičně jsem pracovala technikou podle Herrmachové a ovlivňovala jsem svalové hypotonie.

K inhibici hyperalgieckých zón jsem využila metod reflexní terapie, a to převážně: protažení kůže a hlubokých tkání, Kyblerovu masáž.

Domnívám se, že dobrá spolupráce s pacientem byla charakterizovaná důvěrou a emoční vřelostí.

Jako terapeut jsem byla v kontaktu s pacientem aktivní součástí zpětnovazebného okruhu systému. Snažila jsem se pacientovi vytvořit prostor, ve kterém se mohl učit poznávat své prožívání, hranici bolesti, vnímat se.

Během spolupráce s pacientem jsem si uvědomila, že dochází k řadě přenosových fenoménů. Měla bych proto umět vnímat, co se děje s pacientem při tělesném kontaktu v rámci fyzioterapie, a jakým způsobem na něj reaguje.

## Závěr

Vypadá to, že nám současná doba nenabízí žádné pozitivní stránky bytí. Tato diplomová práce měla poukázat na faktory, které podle mého názoru nejvíce ovlivňují dnešní uspěchanou dobu a jaké následky, pokud nebudeme poslouchat naše vlastní tělo, na nás může zanechat.

Velkým vkladem do života každého z nás je bezesporu výchova a životní styl našich rodičů. Od nich jsme převzali návyky do svých životů. Sledovali jsme, jak zvládají zátěžové situace, jak reagují na stres. Pokud se však rodina rozpadne, tyto vzory nám chybí a my musíme hledat náhradní.

Již od dětství bychom měli být vedeni k naslouchání svých vnitřních potřeb a uspokojovat je. Sledovat reakce našeho těla a duše na zátěž a naučit se tyto reakce vyhodnocovat a správně zpracovávat. Jejich potlačováním můžeme našemu tělu ublížit.

Stres je složka, která nejde z našeho života vymazat a proto je velmi důležité se celý život „otužovat“. Starat se správně o své tělo pohybem, naučit se odpočívat. Svou duši naučit relaxovat, meditovat. Najít správný poměr mezi tělesnou a duševní zátěží.

Vytvářet pozitivní podmínky pro kvalitní spánek.

Neobtěžovat sebe ani své okolí věcmi, se kterými nemůže pohnout, ale soustředit se na věci, které nás posunou v životě o kousek dál. Získáme tím nové zkušenosti, nové přátele. Pokud to jen trochu jde, pusťme do svého života trochu nadsázky a humoru. Mnohým z nás se určitě uleví.

V této práci jsem vycházela především ze své praxe fyzioterapeuta, kde si stále více uvědomuji význam fyzioterapie v komplexním přístupu k pacientovi. Uvědomila jsem si, že je možné provádět fyzioterapii v psychoterapeuticky definovaném vztahu. Během své práce jsem v podstatě dospěla k psychoterapeutickým efektům v kontextu s rehabilitačními metodami.

Vzhledem k tomu, že není možné, aby jeden člověk zvládl všechny odbornosti, které vyžaduje komplexní přístup k pacientovi, je nutné pracovat v týmu.



## LITERATURA

- BAŠTECKÝ, J. aj. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 950-29-085-7-0.
- BAUMAN, Z. *Myslet sociologicky*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. ISBN 80-86429-28-8.
- CAPRA, F. 2002. *Bod obratu*. Praha: DharmGaia a Mat'a, 2002, s. 75. ISBN 80-85905-42-6.
- ČECHOVÁ, M. 1998. *Komunikační a slohová výchova*. Praha: Jazykověda (ISV), 1998, s. 94. ISBN 80-85866-32-3.
- DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-4567.
- DIENER, E., LUCAS, R. E., OISHI, S. *Handbook of positiv psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2002, s. 98.
- DOSTÁLOVÁ, O. *Zdraví a nemoc II*. Přednášky pro druhý ročník bakalářského studia sociální politiky a sociální práce. Praha: PVŠPS, 2010.
- FRANKL, V. *Člověk hledá smysl*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, s. 65. ISBN 80-901601-4-X.
- FROMM, E. *Umění milovat*. Praha: Český klub, 2006, s. 70. ISBN 978-80-86922-32-4.
- GIDDENS, A. *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. ISBN 80-85850-62-1.
- GJURIČOVÁ, Š. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003, s. 144. ISBN 80-247-0415-3.
- HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Budka, 1996, s. 160. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HNÍZDIL, J., ŠAVLÍK, J., BERÁNKOVÁ, B. *Bolesti zad*. Praha: Triton, 2005, s. 46-198. ISBN 80-7254-659-7.
- HOGENOVÁ, A. *Postmoderna a fenomenologie*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-861-1.

- HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V. *Krise v životě, život v krizi*. Praha: Road, 1994, s. 64-69. ISBN 80-85385-60-00.
- HROMÁDKOVÁ, J. aj. *Fyzioterapie*. Praha: H a H, 2002, s. 36. ISBN 80-86022-45-4.
- CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stress*. Praha: Avicenum, 1970. ISBN 80-90-1601-4.
- CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7367-561-5. f
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- KALLWAS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007, s. 9-34. ISSN 80-7367-299-5.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 76-121. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada: Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009, s. 9-174. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004, s. 56-609. ISBN 80-7178-835-X.
- LINHART, J. aj. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2003, s. 219. ISBN 80-7382-005-6.
- LYOTARD, J. *O postmodernismu*. Praha: Filosofický ústav AV ČR, 1993, s. 8-97. ISBN 80-7007-047-1.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 1999, s. 216. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 112-184. ISBN 80-7178-548-2.
- MARUŠIAK, M. *Rodina a manželství*. Praha: Svobodné slovo, 1964, s. 212.

- MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 5. dopl. vyd. Praha: SPN, 1988, s. 42-96. ISBN 80-7178-063-4.
- POETHE, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: Zde a nyní, 1999. ISBN 80-86103-21-8.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002, s. 11-65. ISBN 80-7254-216-8.
- PONGS, A. *V jaké společnosti vlastně žijeme?* Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-59-5.
- POTTEROVÁ, A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 1997, s. 87. ISBN 80-7198-211-3.
- REBER, A. *The Penguin dictionary of psychology*. London: Penguin Books, 1985, s. 810. ISBN 0-14-051079-6.
- RUSHKOFF, D. *Život v kyberprostoru*. Praha: Sdružení na podporu vydávání časopisů, 2000, s. 312. ISBN 80-85239-34-5.
- SINGLY, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999, s. 43. ISBN 80-7178-249-1.
- STANĚK, J., BRZOBOHATÁ, J. *Duchovní příčiny nemoci*. 3.vyd. Brno: Agape, 1999, s. 23. ISBN 80-238-3704-4.
- STRUNZ, U. *Žijeme zdravě*. Praha: Svojkva, 2000, s. 49-52. ISBN 80-7237-327-7.
- SULLEROTOVÁ, E. *Krize rodiny*. Praha: Karolinum Český spisovatel, 1998. ISBN 80-7184-647-3.
- TAYLOR, I. *The psychology of reading*. New York: Academic Press, 1983, s. 14. ISBN 0-12-684080-6.
- TRÁZNÍKOVÁ, M. *Relaxační techniky*. Přednášky pro třetí ročník bakalářského studia fyzioterapie. Plzeň: FZSKFE, 2007.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.
- TRESS, W. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008, s. 43.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenosti*. Praha: Socioklub, 2001. ISBN 80-86484-00-9.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 4. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995, s. 358-47. ISBN 80-85800-28-4.

WELSCH, W. *Postmoderna-pluralita jako etická a politická hodnota*. Praha: Preface, 1993, s. 23. ISBN 80-901508-4-5.

