



# STUDIE Z PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ



ERMAT





Fakulta humanitních studií UK Praha

# STUDIE Z PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Editoři:  
Václav Břicháček  
Markéta Habermannová

**ER MAT**  
PRAHA s.r.o.



© ERMAT Praha, s.r.o., Praha

ISBN 978-80-87178-00-3





---

# Obsah

## **PŘEDMLUVA**

### **I. UVEDENÍ DO STUDIA PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ**

*Václav Břicháček, Fakulta humanitních studií UK, Praha* ..... 11

### **II. THE CONCEPT OF CIVILIZATION**

*Jaroslav Krejčí, Lancaster, Great Britain* ..... 45

### **III. Z GALERIE PŘEDCHŮDCŮ**

*Václav Břicháček, Fakulta humanitních studií UK, Praha* ..... 65

### **IV. STRES, JEHO ZVLÁDÁNÍ, PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY A IMUNITNÍ PROCESY**

*Iva Šolcová, Psychologický ústav AV ČR, Praha*

*Vladimír Kebza, Státní zdravotní ústav, Praha* ..... 91

### **V. NĚKOLIK POZNÁMEK O BUDDHISTICKÉ PSYCHOLOGII**

*Sylva Šimsová, Londýn* ..... 113

### **VI. SOCIOEMOTIONAL BEHAVIOR AND THE AMYGDALA**

*Ludíše Málková, Georgetown University, Washington DC, USA* ..... 123

### **VII. PSYCHICKÝ VÝVOJ V RANÉM POSTNATÁLNÍM OBDOBÍ – JAK POMÁHAT ZDRAVÉMU VÝVOJI**

*J. Dittrichová, D. Sobotková, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha* ..... 153

### **VIII. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ AMTHAUEROVA TESTU I-S-T U ADOLESCENTŮ**

*Markéta Habermannová, Fakulta humanitních studií UK, Praha* ..... 163

### **IX. HIERARCHIE MÝTŮ VE VÝVOJI JEDINCE**

*Václav Břicháček, Fakulta humanitních studií UK, Praha* ..... 183

### **X. DLOUHODOBÉ DŮSLEDKY POVODNĚ V ROCE 2002 PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ**

*Helena Kučerová, Fakulta humanitních studií UK, Praha* ..... 193





**XI. MEZIGENERAČNÍ ROZDÍLY VE VYBRANÝCH  
HODNOTOVÝCH PREFERENCÍCH**

*Kateřina Pečtová, Fakulta humanitních studií UK, Praha . . . . .*209

**XII. PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ŽIVOTNÍCH OKOLNOSTÍ  
ŽADATELŮ O AZYL V ČR V POBYTOVÉM STŘEDISKU**

*Markéta Polášková, Fakulta humanitních studií UK, Praha . . . . .*233

**XIII. PŘÁNÍ DĚTÍ Z DĚTSKÝCH DOMOVŮ**

*Lenka Tomaidesová, Fakulta humanitních studií UK, Praha . . . . .*247





# PŘEDMLUVA



Ve školním roce 2002/2003 se díky pochopení a podpoře vedení Fakulty humanitních studií UK v Praze poprvé realizoval certifikovaný bakalářský program psychologie zdraví. Při jeho koncipování jsme si uvědomovali, že současná psychologie se zaměřuje převážně na rozbor různých negativních jevů (selhávání dětí, oslabování rodin, růst agresivity i kriminality ve společnosti, psychopatologické procesy, zvýšená zranitelnost atd...). Mnohem méně poznatků máme o zdravém vývoji osobnosti, o zdravé rodině, škole, pracovních podmínkách či obci, o lidské odolnosti či o pozitivním myšlení a emocích (láska, soucit, altruismus, spolupráce, prosociální jednání atd...). Víme poměrně málo o tom, co lidské zdraví posiluje, co rozumět pod pojmem subjektivní zdraví, jaká preventivní opatření jsou žádoucí pro různé skupiny obyvatel, jaká je odpovědnost za vlastní zdraví, jak posilovat odolnost dětí i dospělých apod...

Ve světě se v posledních třiceti letech rozvíjí psychologie zdraví jako relativně samostatná disciplína. V ČR jsme v tomto ohledu pozadu. Soudili jsme, že právě Fakulta humanitních studií je vhodnou vysokoškolskou základnou pro studium i pěstování této disciplíny. Transdisciplinární charakter studia, do kterého se prolíná filosofie, kulturní antropologie, sociologie a ekonomie, může posluchačům usnadnit širší orientaci v otázkách obecně humanitních a zároveň překonávat často nepřiměřenou specializaci a vzájemnou izolaci jednotlivých vědních disciplín.

Při přípravě studijního programu psychologie zdraví jsme měli jeden sen: Pokusit se o jakousi analogii středověkých univerzit, které usilovaly o zdraví duše (theologická fakulta), zdraví těla (lékařská fakulta) a zdraví společnosti (právnícká fakulta) a to vše ve svorníku filosofických studií. Universitas magistrorum, scholarium et sodalium – společenství učitelů, žáků a spřízněných duší při společném hledání poznání a pravdy. Usilovali jsme v rámci výuky o spolupráci s týmem externích spolupracovníků. Hledali jsme kontakty mezi přáteli, kteří jsou disponováni ke spolupráci; mnozí z nich pracují v různých občanských sdruženích ve prospěch zdravého života („od kolébky až ke hrobu“), hledají a postupně realizují formy pozitivní práce. Zároveň jsme se snažili vést posluchače k vytváření akceschopného týmu a ke vzájemné kooperaci. Témata seminárních i bakalářských prací jsme zaměřovali jak k otázkám teoretickým, tak k aktivitám ve





prospěch osob, které se ocitají v nouzi, k posilování jejich životní pohody a to i v obtížných životních situacích.

Předkládaný sborník je prvním plodem našeho úsilí. Čtenář v něm najde studie interních i externích učitelů (Břicháček, Dittrichová, Habermanová, Kebza, Sobotková). Velmi si ceníme, že nám přispěli někteří průvodci v našem usilování – v první řadě profesor Krejčí z Lancasteru, který nám ochotně věnoval část textu připravované monografie. Dále je to paní Šimsová z Londýna, která pravidelně přijíždí na naše semináře s tematikou zaměřenou na buddhistické pojetí zdraví a duševního života, kolegyně Málková z USA, která studuje biologické aspekty psychologie zdraví, PhDr. Šolcová spolu s doc. Kebzou přispěli důkladným přehledem problematiky psychoimunologické. V neposlední řadě předkládáme výtahy z několika bakalářských prací (Čermáková, Kučerová, Pečtová, Polášková, Tomaidesová), které naznačují různé oblasti aplikace psychologie zdraví. I několik dalších absolventských prací by si zasloužilo v budoucnosti publikaci. Výsledky jejich studia jsou pro mne povzbudivé a těším se z toho, že epilog mé odborné činnosti je spojen s prologem činnosti nastupující generace.

Závěrem děkuji všem autorům a řadě studentů za pomoc při technické přípravě textů i celého sborníku. Za velkou podporu děkuji vedení Fakulty humanitních studií UK, prof. PhDr. Janu Sokolovi, CSc., PhD., doc. PhDr. Zdeňku Pincovi a prof. PhDr. Miloši Havelkovi. Také děkuji Mgr. Janu Kašparovi za technickou redakci a Janě Rezkové ze pečlivé přepisování a úpravy všech textů.

Mentem sanam et salutem legentibus!

**Václav Břicháček**  
**(ke konci školního roku 2005/2006)**





*Tím nejzákladnějším, co kdy můžeme zažít, je tajemno. Je to ten nejzákladnější pocit, který je vždy na začátku jakéhokoliv opravdového umění a vědy.*

*Albert Einstein*





# I. UVEDENÍ DO STUDIA PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

*Václav Břicháček,  
Fakulta humanitních studií UK, Praha*



## Souhrn

Úvodní text se zaměřuje na základní problémy současné psychologie zdraví. Vykládá se pojem zdraví a jeho základní definice. Pozornost se zaměřuje na pozitivní zdraví. Postupně se naznačují vývojové etapy psychologie zdraví a její současný stav, jak se jeví v tématech mezinárodních kongresů. Stručně se shrnují vývojové etapy: časný vývoj dětí, dospívání, zdravé rodiny, školy a očekávaný budoucí vývoj.

### **Klíčová slova**

Psychologie zdraví, definice zdraví, odolnost, teorie připoutání, zdravá rodina.

### ***Introduction to the topic of Health Psychology***

*Introductory text is focused around the basic issues of contemporary Health Psychology. Concept of Health is defined and explained, with special attention being paid to its positive aspects. The article briefly touches developments stages of Health Psychology and reflects on its current state, defined by the topics of international congresses. Life development stages are also mentioned: The early childhood, adolescence, healthy families and schools and expectance towards the future.*

### **Key words**

*Health Psychology, Definition of Health, Resistance, Theory of Attachment, Healthy Family.*

## Úvod

Zdraví jedince je jedním ze základních předpokladů k tomu, aby se člověk rozvíjel v pohodě, aby zvládal nároky vývojových etap od časného dětství až po stáří a aby prožíval produktivní, společensky prospěšný a osobně šťastný život.

Pojem „zdraví“ se intuitivně zdá zcela zřejmý a neproblematický. Jedná se však o jev velmi komplexní a obtížně definovatelný. Zdraví je v čase proměnlivé, má řadu indikátorů biologických a objektivně zachytitelných, ale snad ještě více složek subjektivních, podmíněných osobnostně, sociálně, ale i historicky. Rozbor aktuálního zdravotního stavu jedince nebývá přiměřený, pokud se neuvažuje zároveň jeho minulý vývoj ontogenetický a pokud se nesleduje budoucí očekávatelný směr, životní plány, cíle či obavy. Protikladem zdraví bývá nemoc či různé formy selhání. Definice nemoci však bývá stejně obtížná a nejednoznačná.

Skutečnost, na kterou poukazujeme pojmem zdraví, má celou řadu vzájemně propojených aspektů. Patří sem výrazná podmíněnost genetická, ve které je zakotven život i zkušenosti minulých generací a v podstatě i celé evoluce lidstva. Můžeme sledovat řadu aspektů biologických, které se opírají o objektivní zjištění stavu jedince a to jak co do jednotlivých funkčních systémů, tak i jejich složitých vztahů. Můžeme sledovat zážitkový aspekt této skutečnosti a analyzovat subjektivní pocity a vjemy zdravého či nemocného jedince. K tomu přistupují procesy emoční – od strachu z nemoci až po uspokojení při uzdravení; odpovídají aktuálním prožitkům, ale mohou být i anticipující. Můžeme zachytit vnější projevy, to jest chování člověka ve zdraví i v nemoci. Existují nápadné sociální momenty; nemoc mění vztahy člověka k jeho okolí, rodině, u dětí ke škole a později v dospělosti k širšímu sociálnímu zázemí. Nemoc působí na životní plány jedince i na jeho životní styl. Do života zasahují mnohé události, jak krátkodobě, tak dlouhodobě působící a vzájemně se překrývající. Ovlivňují průběh života a někdy dochází ke změně sociálních rolí či dokonce k obrátům v životě. V neposlední řadě působí celkový stav společnosti, sociální solidarita, úroveň zdravotnictví i obecná vzdělanost. Složitě předivo naznačených vztahů vede k pochopení, že problematika zdraví člověka je obtížně uchopitelná,

předpokládá výzkumy dlouhodobé a zároveň sledující jedince v řadě různých vnitřních i vnějších souvislostí a vazeb.

Existují velké rozdíly mezi lidmi jak v adaptaci, tak i ve schopnosti s nemocí se vyrovnat či rozumnou prevencí ji předcházet a případnou změnou životního stylu ji překonávat. Uvedené aspekty se různě prolínají, v čase se mění a vzájemně se ovlivňují.

O zdraví lidstva se uvažovalo odedávna, ale jako odborná disciplína ve smyslu moderní vědy je oborem velmi mladým. Pokud ji sledujeme v posledních cca 30 letech, prochází bouřlivým vývojem – tak jako celá psychologie.

## Zdraví a nemoc

Po dlouho dobu převládalo pojetí, že zdraví a nemoc jsou vzájemně neslučitelné, kvalitativně odlišné a teoreticky dobře oddělitelné stavy organismu. Tradičně bývají stavěny do protikladu fyziologické („normální“) procesy a patologické procesy. Lékařství i současná psychologie se převážně soustřeďují na problematiku závažné patologie jedince či jeho okolí. Problematika zdraví a jeho upevňování stojí většinou mimo centrální pozornost vědy i celkové praxe. Aplikovaná psychologie sleduje nejrůznější poruchy vývoje, formy školního, pracovního či morálního selhání, obtíže v mezilidských vztazích či ve stárnutí, ale mnohem méně víme o odolnosti člověka, který se dokáže vyrovnat s řadou obtíží, rizikových situací, negativních životních okolností a žije v přiměřené pohodě. Stejně tak víme jen málo o dětech zdravých, které nepřichází ani do lékařských ordinací ani do psychologických poraden, protože se vyvíjejí bez větších potíží a nepotřebují odbornou pomoc.

S postupujícím poznáváním a s rozvojem srovnávací a vývojové metodologie se tradiční pojetí zdraví a nemoci postupně opouští. Nejsou to většinou trvalé a vzájemně se vylučující stavy, ale proměnlivé procesy, které mají složité a mnohdy zcela individualizované dynamické zákonitosti. Hranice mezi nimi nejsou ostré a jednoznačné. Jak zdraví, tak nemoc mají celou řadu relativně odlišných stupňů, individuálně příznačných forem

i intraindividuálních změn jak krátkodobých, tak probíhajících v průběhu celé ontogeneze.

Zdraví a nemoc chápeme v prvním přiblížení jako jisté body na bipolárním kontinuu plynule proměnlivých stavů organismu. Tato škála, kterou pracovně označujeme jako zdravotní stav organismu, je na jednom pólu ohraničena optimálním stavem plného zdraví a na druhém pólu těžkým poškozením, vedoucím až k zániku organismu (Břicháček, 1999). Mezi těmito extrémy existuje celá řada přechodných stupňů: stav snížené zdatnosti, vznik rizikových faktorů, subklinické syndromy, latentní onemocnění, vznik a rozvoj manifestních nemocí s možností uzdravení, chronické onemocnění, závažná onemocnění s trvalými následky, vznik nemocí nezvratných až po paliativní péči v posledních fázích života.

Jedinec může být na této škále umístěn buď podle aktuální situace v době vyšetření, anebo může být sledován vývojově po delší dobu, resp. po celý život. Vhodnými zásahy preventivními, léčebnými, výchovnými, rehabilitačními, sociálními, ale i organizačními může být zdraví člověka posilováno, upevňováno a zjištěná porucha včas podchycena a léčena. Je možno systematicky sledovat, jak nevhodný životní styl, změny v sociální situaci jedince, náhlé životní události či působení škodlivých jevů v okolí zhorší zdravotní stav jedince. Z těchto poznatků lze odvodit rozumná nápravná opatření a to jak pro jedince, tak pro širší skupiny či pro celou populaci v rámci různých preventivních, zdravotních, sociálních či výchovných programů.

Naznačená škála zdravotního stavu organismu je značně zjednodušena a je třeba mít na zřeteli následující omezení:

- a) Mezi jednotlivými body myšlené čáry zdravotního stavu nejsou ostré předěly. Existuje celá řada hraničních stavů, které jsou mnohdy obtížně zařaditelné. Přibližně stejně zdraví a zdatní jedinci se mohou od sebe lišit v mnoha imunologických, fyziologických či sociálně psychologických parametrech. Stejně projevy nemusí mít stejné příčiny a naopak kvantitativně i kvalitativně stejný faktor se za různých podmínek a v různých souvislostech odlišně prosazuje ve zdravotním stavu a v jeho vývoji, který může být individuálně odlišný.

- b) Jednodimenzionální škála je pouze didaktický model. Ve skutečnosti se jedná vždy o větší počet dimenzí, které jsou ve vzájemných vztazích a různě se kombinují. Patří sem např. stav jednotlivých funkčních somatických systémů, vlivy okolí, ekologické, ekonomické či sociální podmínky života jedince, věk, zaměstnání, rodinný stav, aktuální životní události či minulá traumata aj. I nemoc se může projevit různorodě. Nejčastěji vnímáme různé formy bolesti, ale mohou to být také jevy jako je subjektivní únava, sociální nejistota, napětí v sociálních vztazích, strach či úzkost, pocit osamění či bezmocnosti a pesimismu, ztráta zájmu o vlastní práci či o své okolí, zhoršené sebeocenění apod.
- c) Pojem zdraví je dále relativizován dalšími dimenzemi jako je historický čas (ke kolika změnám došlo po r. 1989), ekonomické podmínky života, kulturní tradice určité věkové kohorty, rodinné konstelace či osobnostní struktura člověka. Stejná kritéria posuzování zdravotního stavu nelze užívat u adolescentů stejně jako u osob stárnoucích. Řada příznaků, jejichž hodnoty a projevy jsou v určitém věku přirozené a biologicky přiměřené (třeba degenerativní změny na páteři, nápadná unavitelnost aj.), mohou být v jiném věku příznakem nemoci. Jestliže věk 50 let byl v Evropě před 100 lety již věkem kmetským, dnes jej považujeme za věk plné pracovní kapacity. Stejná kritéria zdravotního stavu nelze mechanicky přenášet z ekonomicky rozvinutých zemí do oblastí chudých a nerozvinutých. Jisté zvyklosti hygienické, výživové, výchovné, sociální aj. mohou být v jedné kulturní tradici přiměřené, ale nedají se bez úprav přenášet do oblastí s jinými tradicemi či jinými podmínkami života.
- d) Většina klinických onemocnění, ale i pracovních či morálních selhání, se kterými se v praxi setkáváme, se většinou jeví jako kvantitativně odstupňované poruchy. Na jejich vzniku a průběhu se podílí složité předivo biologických i sociálních procesů, které jsou rozvíjeny či naopak tlumeny řadou vzájemně propojených mechanismů zpětných vazeb. Dochází tak během vývoje často k výrazným změnám. Mnohé agresivní děti se časem přizpůsobí sociálním normám a jednají později plně ve shodě s nimi (viz přehled Maugham, Rut-



ter, 2001, Matějček a spol., 1999). Silně deprivované děti se v dobře fungujících adoptivních rodinách výrazně zlepšily – viz výrazné zkušenosti z adopcí dětí z rumunských domovů (O'Connor, Rutter, 2000, Břicháček, 2005 či zkušenosti z vesniček SOS, Matějček, 1999). Naopak ve funkčních rodinách může dojít k řadě výchovných omylů, které poškodí zdravý vývoj dětí a vedou k jejich selhávání či maladaptaci.

Z naznačených úvah vyplývá, že model zdravotního stavu organismu je nutně vícedimenzionální a u každé dimenze je potřebné sledovat jak objektivní údaje, tak i subjektivní projevy. Vycházíme z modelu kombinujícího minimálně šest rozměrů, které se vzájemně prolínají. Polovina z nich je zachytitelná objektivně, druhá polovina má subjektivní charakter. Základní rozměry jsou: a) zdravotní stav organismu, b) časová dimenze (většinou věk, ale i historický čas), c) životní okolnosti, které na člověka neustále působí a mění jeho jednání. V literatuře se však obvykle setkáváme se zjednodušenými koncepty, které vedou sice k dílčím poznatkům, ale nemohou zachytit problematiku zdravotního stavu člověka v jeho složité podmíněnosti a v hierarchii působení řady ukazatelů.

## Definice zdraví

Při definici zdravotního stavu nelze vycházet ani ze subjektivních údajů či vlastních pocitů zkoumaných osob, ani pouze z objektivních údajů o biologickém stavu jedince. Subjektivně zkreslené vnímání objektivního zdravotního stavu může člověka invalidizovat a „činit nemocným“, stejně tak jako nereflektování objektivně prokazatelných údajů o zhoršení tělesného stavu jej může poškozovat, aniž by sám sebe za nemocného považoval. Ještě výrazněji to platí o selhání v oblasti mentální, školní, rodinné či morální. K tomu přistupuje ohled na nejrůznější okolnosti života jedince – ať již v minulosti, v současné době, ale i v pohledu na budoucnost, který se může někdy jevit optimisticky, jindy je spojen s různými obavami až úzkostmi. I věk člověka je podstatnou složkou ve zdravotním stavu. Jsou lidé, kte-

ří se cítí zdraví nezávisle na věku, jiní naopak podléhají různým pověrám o změnách, souvisejících s věkem.

Definice zdraví, stanovena Světovou zdravotnickou organizací již před téměř 60 lety (WHO, 1948) nesleduje jen objektivní zdravotní údaje, ale opírá se i o data subjektivní. „Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody.“ Tuto definici chápeme jako jisté naznačení ideálního stavu, ke kterému lékařství, ale i společenské vědy a výchova svým působením směřují a více či méně jej aproximují, nikoli jako přesné, formálně logické vymezení pojmu zdraví. V uvedené definici by však bylo nutné podrobněji a přesněji stanovit pojem dobré pohody (viz např. Diener, 1984, Heady a spol., 1984, Křivohlavý, 2001 a řada dalších). Bývá chápán mnohdy velmi vágně a jen obtížně se vyjadřuje. Dále v této definici postrádáme úvahu o duchovním rozměru lidské pohody a o historické i sociální podmíněnosti základních paradigmat lidského údělu (viz Krejčí, 1998, 2002).

Přednost uvedené definice vidím v tom, že zdůrazňuje pozitivní stránku zdraví, tj. uspokojení základních potřeb člověka, jeho sociálních vztahů i osobních aspirací a cílů. V celé řadě studií se prokázalo, že biologické zdraví pozitivně koreluje s pocitem uspokojení a dobré pohody a to nezávisle na metodách, použitých pro měření obou proměnných (viz přehledy Zautra, Hempel, 1984, Okun, 1984 aj.). Zvyšování celkové subjektivní spokojenosti a pohody jedince tvoří výrazný vklad pro posilování jeho zdravotního stavu. Při tom se mnohdy jedná o zásahy, které jsou ekonomicky nenáročné, výchovně poměrně snadné a obecně prospěšné. Předpokládají však většinou aktivní a často i dlouhodobé úsilí jedince a mnohdy i jeho okolí.

Posun ve vymezení pojmu zdraví je zřejmý v pozdější výzvě WHO „Zdraví pro všechny v roce 2000“. Zdraví se v ní definuje jako „schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“ Přestává tak být samo o sobě cílem, ale stává se prostředkem k uskutečnění plného života člověka. Psychologie zdraví je součástí sociální praxe, zaměřené na uspokojování základních potřeb člověka. I když zmíněná výzva byla do jisté míry pouze idealizovaným sloganem, přece jen zaměřila pozornost lékařských i sociálních disciplín dvojnásobným směrem: a) Potřeba aktivní prevence, která se zaměřuje

na posilování základních předpokladů zdraví, tj. na faktory, které zvyšují odolnost člověka při zvládání nejrůznějších svízelných a zátěžových okolností života, b) Pozitivní aspekt zdraví, zaměřený na rozbor vlivů, které udržují a posilují zdraví člověka, pomáhají odbourávat důsledky řady nemocí či poruch a podporují kladné mezilidské vztahy.

V USA Úřad pro prevenci nemocí a propagaci zdraví formuloval v roce 2000 program „Zdraví lidé v roce 2010“ se dvěma cíli: a) zvýšit kvalitu života a prodloužit věk, kterého se lidé dožívají, b) eliminovat rozdíly v nemocnosti (mezi etniky, muži a ženami, sociálními skupinami či osobami s různou úrovní vzdělanosti aj.).

Roku 2005 Konference evropských ministrů zahraničí položila důraz na rozvoj duševního zdraví a vyzvala vlády, aby se této problematice systematicky věnovaly (Psychiatrie, 2005). V preambuli přijatého dokumentu se uvádí, že duševní zdraví a pocit duševní pohody jsou podstatné pro kvalitu života a pro produktivitu jedinců, rodin, komunit a národů. Umožňují vést užitečný život a stát se tvůrčími a aktivními občany. Hlavním cílem doporučených aktivit je upevňovat pocit fyzické a duševní pohody lidí a působit cíleně na jejich silné stránky a vnitřní zdroje, posilovat odolnost a zpevňovat vnější obranné faktory. Zároveň ministři vyjadřují obavy, že zátěž, působená duševními poruchami v Evropě nepolevuje a u mnohých jedinců není zajištěna potřebná terapie a péče. Narůstá nutnost více investovat do duševního zdraví jako nedílné součásti prosperity národů. Deklarace dále uvádí řadu důležitých bodů a priorit a formuluje řadu aktuálních úkolů. Mezi závěry se kromě mnoha jiných bodů uvádí podpora nevládních organizací působících v této oblasti. Péče se má zaměřit na děti, mládež, starší jedince a osoby s chronickými a těžkými psychickými problémy, dále na nezaměstnané, bezdomovce, ale i na zlepšování rodičovství. K celému programu byl vypracován akční program o dvanácti bodech pro podporu duševního zdraví v Evropě na léta 2005–2010. I když i tento dokument má charakter spíše politického manifestu, přece jen naznačuje, že potřeba podpory duševního zdraví se prosazuje do společenského vědomí v celém regionu.

Není cílem tohoto úvodního sdělení detailně analyzovat různé definice pojmu zdraví a nemocí, které se v nejrůznější podobě objevují v současné

literatuře (viz Najman, 1980, Křivohlavý, 2001, Kebza, 2005 aj.). V poslední době se prosadilo úsilí spojovat objektivní ukazatele se subjektivními či sociálními údaji. Záměrem je zachytit komplexně celkový stav jedince, jeho proměnlivost v čase a v různých životních okolnostech. Zdůraznění jediného pohledu – buď jen objektivních dat či jen subjektivních údajů – problémy zdraví zjednodušuje. Podobný pohled může ve svých důsledcích jedince poškozovat. Platí to i pro úvahy preventivní a z nich plynoucí praktická opatření. Mnohdy je možno vystopovat a do jisté míry i kvantifikovat rizikové momenty či preklinické symptomy, které bývají v rozporu se subjektivními pocity člověka a jsou vyvolávány nevhodným životním stylem (pohybový režim, dietní návyky, kouření atd.). Subjektivní pocity a jejich proměnlivost v čase mohou být varovnými signály somatického či duševního onemocnění, které často nedovedeme včas objektivně a jednoznačně zachytit.

## Pozitivní zdraví

Ze stručně uvedených úvah vyplývají závěry pro zaměření současné psychologie zdraví:

- a) Celková strategie péče o člověka se mnohdy přesouvá od tradičního léčení k prevenci. Měla by se postupně rozšiřovat a snad i časem získávat převahu nad tradiční kuratelou a odstraňováním již vzniklých poruch. Prosazuje se pojetí salutogeneze, která se snaží zachytit a postihnout faktory, které podporují zdraví, prosazuje se holistický přístup, který chápe zdraví jako celek, byť i složený z řady dílčích aspektů. V psychologii se prosazuje úsilí o pozitivní uvažování (viz Mareš, 2001, Plaňava, 1998 aj.). Řeší se otázky hledání smyslu života, porozumění možnostem různých metod pro zvládnutí obtížných úkolů, schopnost orientovat se ve složitém a proměnlivém dění kolem sebe a vytváření pozitivních vztahů mezi lidmi i sociálními skupinami.
- b) Zdůrazňuje se aktivní prevence. Pozornost – v podstatě výchovná a osvětová – se zaměřuje na vyhledávání, definování a systematic-

- ké posilování základních předpokladů pozitivních složek zdraví. Záměrně se věnuje pozornost faktorům, které zvyšují odolnost jedince (Masten, Coatsworth, 1998, Luthar aj. 2000, Rutter, 1999 aj.). Primární prevence se chápe jako racionální úsilí, jak včas předcházet různým formám selhání jedince. Hledají se i cesty, jak vhodně upravit přírodní či sociální prostředí člověka.
- c) Zdraví má svůj pozitivní aspekt. Zaměřovat pozornost pouze na sledování momentů, které člověka poškozují, bývá jednostranné. Sleduje se, jaké faktory udržují a posilují jeho zdraví, a hledají se postupy, které jsou věcně přiměřené jeho věku, vzdělání, zkušenostem, ale i sociálním podmínkám skupin, ve kterých se pohybuje.
  - d) Uvažuje se o cestách výchovy ke zdravému životu. Pozornost se věnuje časným fázím vývoje dítěte, školním podmínkám, adolescenci, pracovním okolnostem i přípravě na produktivní stáří. Biodromální pojetí zdraví se prosazuje a hledají se cesty pro jeho aplikaci na zdravé a přiměřené chování v různém věku. I když pohled na aktuální stav jedince převažuje a i v budoucnosti bude rozhodující, přece jen jsou žádoucí informace o minulém vývoji člověka i o jeho budoucím zaměření, o jeho nadějích, cílech i obavách.
  - e) Zdravotní stav jedince není záležitostí jen izolovaného člověka. Je spoluurčován jeho sociálním prostředím i strukturou a dynamikou jeho sociálních vztahů a rolí. Uvažuje se o zdravé rodině, škole, sociálních skupinách, obci a v neposlední řadě i o ekologicky zdravé přírodě, která nás obklopuje.
  - f) Pozitivní zdraví je v čase proměnlivé a složitě podmíněné. Velkým rizikem je ztráta smyslu života a pocit, že člověk ztrácí kontrolu nad vlastním životem. Naproti tomu pocit dobré pohody, jistý nadhled nad všednodenními obtížemi, dobré mezilidské vztahy a život ve shodě se svědomím zvyšuje odolnost.

Při úvahách o posilování a upevňování pozitivního zdraví se vychází z následujících předpokladů:

- a) Některé formy našeho jednání vytvářejí rizika pro vznik závažných onemocnění. Patří sem nevhodný životní styl, nevhodné dietní návy-

- ky, nefungující či hroučící se sociální vztahy, pracovní obtíže, nepřiměřené obavy z budoucnosti aj.
- b) Chování jedince se může záměrně měnit a výchovou vést k postupnému snižování rizikových momentů, které poškozují zdraví (výchova ke zdraví, vzdělání, osvěta, kladné příklady aj.).
  - c) Účelně volené programy změn chování jedince jsou většinou finančně nenáročné a ekonomicky výhodnější než později často náročné léčení již vzniklých nemocí.
  - d) Programy bývají účinnější, jestliže jsou aplikovány ve skupinách, ve kterých se účastníci mohou vzájemně napodobovat, posilovat, kontrolovat a vyměňovat zkušenosti.
  - e) Velký význam má včasná prevence již od dětského věku, mnohdy již v době prenatální. Vzdělávání budoucích rodičů by nemělo být v tomto směru zanedbáváno.

Obecné poznatky o pozitivním zdraví se promítají v konkrétních podobách do různých skupin populace (různé skupiny věkové, různé skupiny sociální, různé soubory osob hendikepovaných, různé minority aj.). V posledních desetiletích se pozornost věnuje systematickému sledování vývoje dětí již od časného věku a analyzují se prudké a složité změny, ke kterým dochází v různých fázích života. Do popředí se dostává etapa adolescence, spojená opět s velkými vývojovými změnami při přechodu z dětství do dospělosti. Sledují se rodiny – ať již funkční, narušené, neúplné, náhradní či rozpadlé. Uvažuje se o perspektivách stárnutí, o důsledcích různých nemocí, o rehabilitaci po úrazech či po závažných chorobách, o bodech obratu v životě aj.

K cílům psychologie zdraví patří zkoumání, jak lidé hledají a plánují své životní cesty. Člověk často ví, co nechce, ale obtížně si formuluje vlastní záměry a cíle. Mnohdy se spokojí s tím, že jeho zaměření za něj vytváří kdosi jiný – učitelé, nadřízení, lékaři, jeho okolí, televize, reklama aj. Proti tomu stojí úsilí jiných lidí aktivně se prosadit, založit rodinu, nebýt závislý na okolí, pochopit sám sebe, nebýt pasivním divákem, vést potomky, být užitečný, časem dospět i k jistému nadhledu nad všednodenností a snad i k jisté moudrosti. I když budoucnost bývá jen tušená či pouze promíta-



ná do přání, tvoří součást lidského jednání – ať již v krátkodobé a všední perspektivě, tak i v dlouhodobém uvažování. Ovlivnit budoucnost je starý lidský sen, v individuálním životě patří podobné úsilí ke zdravému stylu. Z budoucnosti můžeme mít obavy – a pak často rezignujeme – anebo máme vlastní zaměření a plány, které nás povzbuzují a podněcují k aktivitě. Povzbuzování rozumné aktivity patří k cílům současné psychologie zdraví.

## Vývojové etapy psychologie zdraví

O lidském zdraví a o jeho udržování uvažovalo lidstvo odedávna. Jen na okraj poznamenávám, že v jednom fragmentu Herakleita se říká: „Nemoc činí zdraví příjemným a dobrým, hlad nasycení, únava odpočinek.“ Stavěl (1971) soudí, že se zde prosazuje náběh k subjektivnímu prožívání zdraví. Citový přízvuk (libost či snad pohoda) je závislý na předchozím stavu nelibosti či na redukci potřeby spojené s pocitem negativní nelibosti. I řecké lékařství dospělo k poznání, že zdraví se zakládá na rovnováze a přiměřeném poměru složek a činitelů, konstituujících fysis či přirozenost člověka, nemoc pak na porušení rovnováhy, tj. na tom, že některý prvek začne neúměrně převládat. U Platona se objeví myšlenka, že zdraví duše spočívá ve správném poměru a harmonické spolupráci složek pod vedením té nejvyšší...

Nejde nám o sledování, jak se úvahy o zdraví vyvíjely historicky, ale pouze o naznačení, jak se tato tematika prosazuje v současné psychologii. V roce 1978 se v Americké psychologické společnosti ustanovila sekce Psychologie zdraví, která záhy měla přes 700 členů. Předcházely tomu již po řadu let se odvíjející úvahy o záměrném zkoumání efektivity psychoterapie, o biologické zpětné vazbě, o výcviku v různých relaxačních postupech, o úpravách chování osob s různými poruchami aj. (Adler, Stone, 1971). Podobné úvahy se objevovaly též v pediatrii a ve vývojové psychologii.

První prezident sekce Psychologie zdraví J. Matarazzo (1979) ji ve svém úvodním programovém projevu definoval takto: „Psychologie zdraví je kombinace speciálních výchovných, vědeckých a profesních příspěvků psychologie k udržení zdraví, prevenci nemocí či dysfunkcí a k rehabilitaci



oslabených jedinců.“ V dalším vývoji se kromě zdravotních systémů zaměřovala i na rizika, která se objevují v životním prostředí, a na důsledky různých katastrof, ať přírodních či způsobených činností člověka.

V další fázi vývoje (zhruba od 90. let) se pojetí psychologie zdraví rozšiřuje na problematiku sociálně psychologickou, na otázky výchovy v celoživotní perspektivě, na pracovní činnosti člověka i na jeho celkový životní styl. Uvažuje se o rozhodovacích procesech v životních obtížích, o vztazích mezi lidmi (v rodině, v přátelských skupinách či ve vztazích nadřízení – podřízení, učitel – žák) a o otázkách lidské spirituality. Dochází k těsnější spolupráci s řadou dalších vědních disciplín (neurochirurgie, imunologie, rehabilitace, manažerské systémy aj.). Dnes sledujeme propojování s pozitivní psychologií, která zaměřuje pozornost na kladné charakteristiky člověka, na jejich vytváření a na kladnou životní orientaci člověka v současnosti i v budoucnosti. Sleduje se též pozitivní působení malých skupin, lokálních komunit, různých občanských sdružení i velkých populací na lidské zdraví.

Tematika psychologie zdraví se postupně rozšiřuje a proniká do mnoha zemí. Na Evropském kongresu Psychologie zdraví, který se konal v roce 2005 v Irsku, byly zastoupeny prakticky všechny evropské země i řada autorů zámořských. Účastníků bylo kolem 700 a bylo předloženo kolem 400 posterů a přednášek. Z jejich obsahového rozboru lze odvodit současné tematické okruhy, které se nejčastěji objevují (viz speciální číslo časopisu *Psychology and Health*, 2005). Analogická situace se objevila na dalším kongresu ve Varšavě v roce 2006.

Na prvním místě byla zastoupena tematika užití psychologických poznatků v somatickém lékařství. Nejčastěji se objevuje aplikace v kardiologii, v onkologii, v kožním lékařství a v souvislosti se šířením HIV. Tematika je různorodá: péče o nemocné děti a adolescenty, rizikové faktory vzniku různých onemocnění a jejich prevence, první setkání s nemocí, reakce na různé projevy a formy nemocí či na různé operační zásahy a rehabilitační postupy, osudy a charakteristiky osob, které nemoc překonaly, ať již samy či v rodinách nebo s pomocí sociálních sítí. Tematika je velmi různorodá a odpovídá zhruba obsahovému zaměření časopisu *Psychology and Health*. V podstatě se řeší dílčí problematika – a to mnohdy v zemích s různými



nou strukturou a úrovní zdravotnictví. Zobecnění předkládaných nálezů je dnes obtížné.

Druhá tematická oblast se týká různých aspektů zdravého vývoje osob v průběhu ontogeneze. Často se sleduje podpora kojení a hlavně vazby matka – dítě. Výjimečně se sledují problémy školního věku; mnohem více se sleduje adolescence, studie o dospělosti jsou řídké, ale poměrně hodně se analyzuje proces stárnutí až po paliativní péči. Převažují studie jednorázové či vyšetření ve dvou časových bodech, často od sebe značně vzdálených. Někdy se využívá strategie příčných řezů, tj. srovnání zdravotního stavu či jednání osob z různých věkových kohort. Slabina těchto výzkumů je v tom, že nekalkulují čas osobní ani historický a nesledují se životní plány a zaměření sledovaných osob.

Další tematický okruh míří na otázky zdravého životního stylu za různých životních okolností. Relativně často se objevuje tematika pracovní z hlediska náplně různých profesí, z pohledu zátěže manažerů i zaměstnanců, otázky vzniku i prevence chronické únavy aj. Zde se psychologie zdraví úzce sblíží s činností „occupation medicine“ či s psychologií organizace. Zdá se, že tyto větve zkoumání i praxe se v budoucnosti propojí – ku prospěchu celého oboru.

Do čtvrté kategorie patří studie, které se objevují i u nás. Jde o otázky holistického pohledu na zdraví, zdravého životního stylu, výchovy ke zdraví, prevence rizikového chování, posilování duševní odolnosti, zvládnutí stresů v běžných i mimořádných situacích, primární prevence různých poruch, rehabilitační i preventivní cvičení, intervenční programy aj. Patří sem témata jako je sociální opora v různém věku, v různých komunitách či mezi partnery, přátelské vztahy, výživa, některé rysy osobnosti a jejich sledování v běžných či svízelných situacích, subjektivní vnímání zdraví a pohody a mnohdy i složité interakce mezi naznačenými proměnnými. Objevuje se teorie plánovitého chování (jak se jedinec snaží měnit své chování) a ověřování přiměřených modelů budoucího jednání. Je to téma pro psychologii dnes velmi přitažlivé, potřebné, ale málo sledované.

Jen několik studií a výzkumných týmů se zabývá dlouhodobě plánovanými zdravotními studii. Je to problematika metodologicky i organizačně obtížná, ale pro naše poznání velmi potřebná a perspektivní. Objevu-

jí se národní prospektivní studie vývoje dětí z hlediska sociálních vlivů, které posilují zdraví. Většinou však chybí sledování intraindividuální variability, která je pro člověka příznačná. Nelze ji sledovat jednorázovým šetřením či výlučně psychometrickými metodami, ale předpokladem je postupné vyvíjení přiměřených metodik, které mohou být snadno a opakovaně aplikovány. Nadějně jsou různé posuzovací škály, listiny vnitřních stavů a nálad, objektivní záznamy chování v čase, záznamy mezilidské komunikace, životních příběhů a různé formy narativních postupů.

Je zřejmé, že současný stav psychologie zdraví zahrnuje velmi rozsáhlou tematiku. V mnoha oblastech zatím mapujeme problematiku a hledáme přiměřené a vhodné cesty k systematickému poznání. Nadějně je, že se jedná o disciplínu mladou – na kongresech se setkáváme převážně s mladší generací psychologů. Mají zřejmě pochopení pro týmovou práci. Většina sdělení má více autorů – mnohdy i celé široké týmy. Odpovídá to současné tendenci obecné vědní metodologie. Objevuje se snaha srovnávat data získaná analogickou metodologií v různých zemích. Zdaří-li se psychologii zdraví pronikat i do dalších kulturních oblastí, můžeme doufat, že se rýsuje jedna z cest, jak rozumně pronikat a pomáhat řešit složité problémy globalizovaného světa, překonávat různé předsudky a neporozumění v mnoha oblastech současného světa.

## Odolnost – pozitivní pohled psychologie zdraví

*Životní osudy odolných dětí nás naučily, že odolnost, důvěra a péče mohou vykvétat i za špatných podmínek, jestliže děti potkají člověka, který jim dá jistotu, důvěru, autonomii a iniciativu.*

E. E. Wernerová

Jedním z předpokladů budoucího vývoje společnosti je úsilí, aby dnešní novorozené děti vyrostly v produktivní, zdravé a kompetentní občany. Jsme bohužel svědky toho, že ve světě žije velký počet dětí v krajně obtížných a zátěžových podmínkách – extrémní chudoba, hladomor, přenosné ne-

moci, válečná násilí a celkové zanedbání i zneužívání. U nás sledujeme časté rozvody, provázené nenávisť partnerů, neúplné rodiny, ekonomické potíže mladých rodin, děti nechtěné, zanedbávané či dokonce týrané, násilí páchané na dětech, vývoj agresivních sklonů, školní neúspěchy, později kouření, alkohol, drogy, přijímání negativních vzorů, nezdravý sexuální život, extrémní organizace a jiné pro mladou generaci rizikové momenty. Naznačené problémy jsou velkou výzvou jak pro výchovné úsilí, tak pro současnou psychologii zdraví – a vlastně pro celou společnost. Vynořuje se celá řada otázek pro výchovu, vzdělávání dětí i dospělých, pro zdravotnictví, pro sociální práci, pro ekonomii a vlastně pro celou obecnou politickou praxi.

V psychologii se před 30 lety vynořilo téma odolnosti člověka – od dětství přes školní vzdělávání, vytváření rodin, pracovní podmínky až po stárnutí. Odolnost se většinou chápe jako trs propojených schopností, které i v obtížných životních podmínkách umožní překonat zdánlivě nezvládnutelné nesnáze (Masten, 2001, Masten, Coatsworth, 1988, Masten, Reed, 2000). Dnes víme mnohé o tom, jak diagnostikovat i léčit vzniklé poruchy a snižovat vývojová rizika všeho možného druhu – nesnáze v časném vývoji, různá onemocnění a handikepy, vývojová zanedbání, školní neúspěchy, nedostatek kladných životních modelů, podléhání nebezpečným lákadlům jako jsou extrémistické party, alkohol, drogy, nezralý či promiskuitní sexuální život, nezáměr o vzdělávání, nedostatek pohybu a vysedávání u televizorů či počítačů apod. Víme mnohé o tom, jak podobné poruchy vznikají a rozvíjejí se. Víme mnohé o dětských nemocech, o jejich důsledcích pro osobnost i pro životní styl rodin. Víme mnoho o sporných výchovných stylech – v rodinách i v sociálním okolí. Mnohem méně však víme o dětech zdravých či o dětech, které překonaly nejrůznější zdravotní, sociální či výchovné nesnáze a vyvinou se relativně dobře. Víme málo o jedincích odolných, kteří zvládnou těžké životní události, nároky či traumata.

Začíná se systematicky sledovat, jak je možno snižovat různá vývojová rizika, povzbuzovat a rozvíjet pozitivní vlastnosti, vytvářet podmínky pro lepší adaptaci na velmi složité a nepříznivé prostředí. Je to jistě problematika složitá a mnohorozměrná. V úvahu přichází faktory genetické, vlivy sociálního prostředí, věku, pohlaví, tradic, celkové kultury i stav společnosti

v dané etapě. Pozitivní výsledky psychologického uvažování mají různé dimenze: lepší vzdělání, postavení mezi vrstevníky, aktivita ve volném čase, rozumné vztahy přátelské atd. Nejde však jen o aktuální zlepšení, ale hlavně o budoucí vývoj člověka. Cílem není usilovat o jakési super výkony, ale o přiměřenou adaptaci k životní situaci jedince.

Odolnost v obecné rovině či kompetence v určitém aspektu života se postupně vytváří ve složitých vztazích mezi jedincem a jeho okolím a mění se s věkem i se změnou životních podmínek. Mění se nejen nejrůznější okolnosti, na které jedinec musí přiměřeně reagovat, ale mění se i vývojové výzvy proměn života. Do rozporu se často dostávají aktuální kapacity dítěte s proměnlivými okolnostmi, ve kterých žije. Je nezbytná opora dospělých, která umožňuje, aby děti přiměřeně rozvíjely své možnosti a časem se dokázaly samy orientovat a vytvářet si rozumný životní styl. Analogické požadavky se nevztahují jen na dětský věk, ale platí pro každou životní etapu i pro každé změny, kterým jsme během života vystavováni.

Odolnost člověka nemusí být obecně platná. Dítě může být zdatné v jednom směru – třeba ve školním vzdělání – ale v jiném směru se mu nedaří – třeba v sociálních vztazích či v emočním životě. Jiné jsou nároky na budoucího fotbalistu, jiné na houslistu a opět jiné na zdatného řemeslníka.

V úvahách o odolnosti člověka se prolínají dva pohledy: významná ohrožení dítěte (narození v chudobě, mladá matka bez zkušeností, porodní obtíže, nemocnost, nefungující rodina atd.) a závažné interakce s okolím (různá traumata, smrt či nemoc rodičů, rozvod plný konfliktů, nerozumný výchovný styl atd.). Psychologie zdraví hledá cesty, které jsou pro dítě pozitivní, usiluje o snížení různých rizik a o vhodná preventivní či nápravná opatření. V mnoha výzkumech se prokazuje, že vysoce rizikové faktory nemusí vést u dětí nezbytně ke špatné adaptaci, delikvenci či k beznaději pro budoucí vývoj. Jeden z těchto útěšných a často citovaných experimentů (Wernerová 1989a, 1989b aj.) stručně popíše.

## Odolné děti z ostrova Kakai

Zhruba před 50 lety zahájila E. E. Wernerová se spolupracovníky výzkum, který trval 32 let. Probíhal na ostrově Kakai, který patří do havajského souostroví. Životní podmínky tam byly velmi neúspěšné – chudoba, nezaměstnanost, etnicky smíšené obyvatelstvo, mnoho rozvodů, kriminality atd. Celkové výsledky péče o děti se zdály bezútěšné: časná potraty, mnohé děti umíraly, trpěly mnoha nemocemi, ve školách selhávaly a jejich šance do budoucnosti byly prabídlné. Na ostrově narůstala dětská delikvence, poruchy chování a do jisté míry i negramotnost. Současně se však autorka při podrobném klinickém šetření setkávala se zájmem matek a s ochotou k dlouhodobé spolupráci.

Výzkum byl zahájen v roce 1955, kdy se na ostrově (cca 45 000 obyvatel) během roku narodilo 698 dětí. Nezanedbatelný počet z nich zemřel během prvního roku. Autorka vytypovala 201 dětí, které se narodily do vysoce rizikových podmínek (perinatální stres, chronická chudoba, nízké vzdělání a věk rodičů, rozpad vztahu partnerů, alkohol, mentální nemoc rodičů aj.). Téměř u dvou třetin z těchto dětí se skutečně vyvinuly vážné potíže chování či učení, později delikvence, mentální problémy, těhotenství ve věku méně než 18 let aj. Naproti tomu se třetina z nich (celkem 72 dětí) vyvinula dobře. Rodiče je milovali a alespoň jedna osoba o ně systematicky pečovala v prvním roce, hrály si později aktivně s vrstevníky, žádné výrazné potíže ve škole, poměrně klidná adolescence, realistické školní i životní plány, absolvovaly celou střední školou, a jejich pozdější rodinný život byl spokojený. Odolní jedinci tedy vítězili nad obtížnými okolnostmi života.

Soubor odolných dětí byl systematicky sledován až do 32 let. Z nálezů stručně uvedu základní poznatky: Objevila se celá řada protektivních faktorů v rodině, mimo rodinu i v dětech samotných. Děti byly charakterizovány jako aktivní, mazlivé, bezstarostné, bez nápadných potíží se spánkem či s jídlem. Ve druhém roce hledají aktivně nové zkušenosti a jsou pohotové k různým hrám. Ve škole se lépe koncentrují, dobře čtou, lépe řeší problémy, přiměřené věku. I když se neprojevovalo žádné mimořádné nadání, mají řadu koníčků, které sdílí s vrstevníky.

V okolí se objevovaly následující momenty: sourozenci se narodí až za dva roky, a tak se během prvního roku života vytváří poměrně pevný vztah k matce, která může o dítě plně pečovat. Mnohdy jako pečovatel vystupuje babička či jiná osoba z rodiny. Díky péči širší rodiny zvládnou bez větších potíží i případný odchod otce a vznik náhradní rodiny. Většinou je v okolí jasný mužský vzor. V domácnosti mívaly jasné úkoly, které dobře plnily.

Emoční podporu nacházely i mimo rodinu; mezi spolužáky měly více kamarádů, podporu nacházely u učitelů, v církevních skupinách, u vedoucích mimoškolních organizací. Často působily ve školních aktivitách hudebních i ve sportovních skupinách a uměly relativně brzy spolupracovat i se staršími dětmi. Vytvářel se pocit, že svůj osud kontrolují, zvládají různé stresy a žijí s pocitem naděje do budoucnosti, který byl výraznější než u dětí, kde převládal pocit marnosti a beznaděje.

V roce 1985 – tedy ve věku 30 let – jich většina žije stále na ostrově, dokončily většinou střední školu, pracují na plný úvazek, založily rodiny a chlapci se osvědčili i na vojně, kde někteří získali další kvalifikaci. Zhruba tři čtvrtiny z nich se cítí zcela spokojeni a šťastni, cítí podporu partnerů a blízkých osob, jsou aktivní v církevním životě a našli smysl života. Ukazuje se, že neformální opory při překonávání nesnází i kritických bodů v životě bývají důležitější než zásahy odborníků z oboru mentální hygieny či ze sociálních organizací.

Výsledky studií Wernerové velmi podstatně změnily péči o děti na havajském souostroví. Je z nich možno odvodit závěr, že důvěra, kompetence a péče o děti se prosadí i ve špatných sociálních podmínkách, jestliže děti potkají včas lidi, kteří jim poskytnou jistotu pro budoucí vývoj, důvěru, autonomii a umožní jim vlastní iniciativu.

## Důsledky pro současnou psychologii zdraví

Výsledky řady výzkumných studií, mezi které patří u nás prováděné dlouhodobé studie Matějčka a spol. (1990), Dunovského (1989) a řady jiných, naznačují, že rizikové faktory či traumatizující podmínky života nevedou nutně ke špatné adaptaci a k selhání jedince. V kterékoli etapě života existuje

tuje proměnlivá rovnováha mezi stresovými podmínkami života či událostmi, které zvyšují zranitelnost člověka, a protektivními momenty, které zvyšují odolnost a umožňují dobrou adaptaci. Jestliže však stres či traumata převyšují protektivní a obranné faktory, pak i odolný jedinec může selhat. Vhodnými zásahy je možno posunovat hranici mezi odolností a zranitelností každého člověka. V podstatě jsou dvě cesty: buď snižovat rizikové faktory a předcházet stresujícím událostem, anebo posilovat individuálně jedince i jeho okolí. Existují však velké individuální rozdíly mezi lidmi, které jsou zvýrazňovány životními zkušenostmi, věkem a postupným chápáním smyslu vlastního života. Velkou roli hrají neformální opory, které pomáhají řešit problémy, posilovat sebevědomí a životní jistoty. Mnohé může docílit rodina – vlastní rodiče, prarodiče, sourozenci, různí pečovatelé. Mnohé dokáže zvládnout systematická pomoc učitelů, vychovatelů v různých zájmových organizacích – církevních, turistických, sportovních, kulturních, zájmových či skautských. Jejich úsilí bývá účinné a je mnohem lacinější než přesouvání péče o oslabené jedince do velkých dětských domovů, různých sociálních ústavů – a později do velkých institucí vězeňských.

V pozadí úsilí psychologie zdraví stojí jakási idealizovaná úvaha, ke které mířím, byť i s vědomím jistého optimismu: úspěšné děti, ale i úspěšní rodiče, úspěšní dospělí i úspěšní starci žijí a vyrůstají v mnoha sociálních kontextech – rodiny, školy, vrstevníci, přátelské skupiny, náboženské organizace, pomáhající sdružení aj. Mohou být zdrojem jak posilujících, ale také rizikových faktorů. Jestliže dokážeme posilovat kladné vlivy a nacházet útočiště pro osoby, které se ocitnou ve svízelných situacích, pak lidský kapitál celé společnosti bude narůstat.

Před současnou vědou i před společenskou praxí stojí úkol zkoumat, jak se vyvíjí sociálně-adaptivní systémy, jak se prosazují za nejrůznějších okolností, jak mohou působit na jednotlivé děti i na různé osoby ve svízelných situacích. Současné poznatky naznačují pozitivní pohled na možnosti vývoje obecně lidských kapacit, na možnosti rodin, škol a mnoha organizací, ale i na možnosti sebevýchovy jedince při posilování vlastní odolnosti. Kombinace výzkumu lidské odolnosti ve spolupráci s pozitivní psychologií je jednou z cest pro nápravu věcí lidských.

## Časný vývoj dětí jako vklad do zdravého života

Počátky duševního života je možno sledovat již v době prenatální. V mnohém jsme však odkázáni na dílčí poznatky či na jakési dohady, které nejsou průkazně ověřeny. Jisté však je, že dobrý stav a pohoda matky je pro budoucí vývoj dítěte významný. Fedor – Freybergh (1991) na základě řady poznatků soudí, že celé těhotenství je možno chápat jako aktivní a dynamický vztah mezi matkou a dítětem, který začíná již od početí. Citlivá žena přijímá záhy své budoucí dítě jako aktivního partnera, který potřebuje péči i lásku. Hledají se metody, jak připravovat budoucí rodiče na příchod dítěte a objevuje se potřeba výchovného poradenství pro tuto dobu (viz Matějček, Langmeier, 1986).

Debatuje se o změnách při vedení porodu i o prvním ošetření novorozence. Porod by měl být pro matku i pro dítě co nejšetrnější a kromě nutných lékařských i technických opatření respektovat i aspekty psychologické. Objevuje se snaha, aby ústavní porody byly vedeny podobně jako tomu bývalo v domácnostech. Stále častěji se u porodu objevují otcové, pro které to bývá pozitivní zkušenost. Objevuje se snaha, aby budoucí matka byla provázena po delší dobu před porodem i v jeho průběhu stabilní pomocnicí (dulou). Uvažuje se o formách prvního kontaktu matky s novorozeným dítětem a o celé řadě dalších opatření. Již u novorozenců existují značné individuální rozdíly. Prokázalo se, že zdaleka nejsou jen pasivním a nemohoucím objektem péče. Řada poznatků je shrnuta v nových učebnicích vývojové psychologie (Langmeier, Krejčířová, 1998, Vágnerová, 2002, Říčan, 2004 aj.).

V prvních měsících života dítěte se prosazuje mnoho vlivů, které spolu působí na jeho vývoj. Patří sem řada genetických momentů, mezi které se počítá i časný temperament dětí, prosazuje se zdravotní stav dítěte i matky, působí celkové prostředí rodiny, citlivost rodičů k projevům dítěte, kterou vyjádřil Papoušek (2001) pojmem intuitivní rodičovství. Již od raných fází vývoje je dítě bytost sociální. Tento sklon není naučen, ale je součástí biologického vybavení člověka. Ze strany dítěte se prosazuje silná primární motivace být co nejbližší k matce. U rodičů (zejména u matky) působí rodičovský talent, zděděný po prapředcích, který umožňuje rozvíjet s dítětem



vzájemné interakce a každodenní péčí vytvářet postupně jeho základní životní jistotu.

Podrobně se zkoumá základní pevný vztah matky (či jiné pečovatelské osoby) k dítěti. V anglosaské literatuře se užívá pojem attachment (viz Bowlby, 1986, Ainsworthová, 2000 aj.). Je charakterizovaný v prvé řadě vzájemným silným emočním vztahem, snahou být si co nejvíce na blízku v těsném kontaktu. Tento vztah se posiluje v denně mnohokrát opakované interakci matky s dítětem. Posiluje se – či při nevhodném postupu oslabuje – základní pocit bezpečí a jistoty či naopak úzkosti. Vzniká základ pro pozdější samostatnou orientaci v okolí, pro postupné poznávání světa, pro vytváření budoucích vztahů ve věku školním i adolescentním i – jak naznačují poslední dlouhodobé výzkumy – pro budoucí vztahy partnerské i přátelské. Pokud se základní vztah oslabuje či dokonce nezdaří, je to rizikový faktor pro zdravý vývoj dítěte (viz Břicháček, 1999) i pro jeho budoucí vztahy. Zdá se, že dítě, které v časném dětství prožije pevný vztah s matkou, je lépe připraveno i pro budoucí roli rodičovskou (Ainsworthová, 2001).

## Zdravá rodina

O významu rodiny, jak pro spokojenost jednotlivých členů, tak pro zdravý vývoj dítěte, není pochybnost. Do velké míry připravuje zdravý vývoj dětské generace. Může snižovat, ale také prohlubovat působení rizikových faktorů genetických i zdravotních, a zároveň je určujícím činitelem socializace dítěte. Součástí diagnostického posouzení zdraví či jeho poruch je i diagnóza stavu rodiny. Časná výchova je od prvních dnů tvořena koordinovaným vztahem mezi pečovateli a novorozenci. Jedná se o jakýsi dialog, který je předpokladem pro kladný vývoj dítěte. Výměna úsměvů, očních kontaktů, nápodoba řeči i pohybů je pozorovatelným projevem tohoto dialogu, který spolu se základní péčí (krmení, čistota, teplo, ale i podněcování činností), tvoří základ budoucí životní jistoty (Jaffe aj. 2001, van Ijzendoorn, 1997 aj.). Postupně se vytváří východiska pro komplexní preventivní opatření, pro včasné odstraňování možných poruch vývoje, ale i pro začleňování hendikepovaných dětí do běžného života.

Psychologie zdraví usiluje, aby rodina dítěte aktivně působila výchovou v dlouhodobé péči o děti. Nemají být jakýmsi pasivním objektem při rozhodování o výchovném stylu či při odstraňování různých poruch. Sledování stavu a vývoje rodiny v normě i při různých poruchách, sledování jejího záměrného i nezáměrného působení na dítě, ale zároveň i zpětného působení dítěte na rodiče, je nutnou součástí preventivních i výchovných opatření v dětském věku i v pozdějších fázích vývoje. O pozitivním vlivu motivované a milující rodiny při péči o dítě výrazně postižené svědčí dlouhodobá studie Dittrichové a Sobotkové (2003). Prokázaly, že systematickou péčí lze zvládnout i velmi těžké poruchy.

Při úvahách o roli rodiny sleduje současná psychologie zdraví tři cíle:

- a) Stanovit základní funkce současných rodin a odvodit kritéria jejich odolnosti a to s ohledem na sociální i kulturní vývoj současné společnosti.
- b) Analyzovat rizika, která ohrožují zdraví rodin, snižují jejich funkčnost, narušují řád rodin a komplikují až rozbíjejí vztahy mezi jednotlivými jejími členy.
- c) Hledat protektivní mechanismy, které rodinu posilují, snižují rizika selhání a zvyšují plánovanou porodnost.

Je nezbytné sledovat změny rodiny v čase jako relativně samostatné sociální jednotky s vlastní vývojovou dynamikou, ale zároveň zvažovat změny (a někdy i módy), které na funkce rodiny působí v historickém čase.

Mezi znaky zdravě fungující rodiny se zpravidla uvádí (Dunovský, 1999, Petterson, 2002, Rutter, 1987 aj.):

- pozitivní emoční vztahy, které umožňují poskytovat i přijímat vzájemnou sociální oporu a z ní plynoucí sociální jistotu,
- soudržnost a vzájemná spolupráce všech členů,
- vzájemný respekt,
- srozumitelná a otevřená komunikace všech členů navzájem,
- proměnlivá dělba rolí, respektující zájem i zralost členů,
- dynamika vztahů plynoucí z postupných změn rolí, ve kterých se prosazují vývojové fáze rodiny,

- schopnost, dovednost i ochota řešit a překonávat zátěžové i konflikt-  
ní situace jak každodenní, tak i neočekávané,
- opora rodiny v širším sociálním zázemí (širší rodina, přátelské sku-  
piny aj.).

Existují dva rizikové momenty, které zdraví rodiny narušují:

- a) Otevřené konflikty a agrese uvnitř rodin, které zhusta vedou k dlou-  
hým rozvodovým sporům s celou řadou neblahých důsledků pro  
děti.
- b) Ochlazené až odcizené vztahy, které působí dlouhodobě, a právě  
chronickým opakováním bývají destruktivní (Břicháček, 2002).

K úkolům odborníků patří pomoc mladým rodinám při hledání společné identity a stylu soužití v prvních fázích po vzniku rodiny, podpora a mnohdy i výcvik v rodinné komunikaci a pochopení dynamiky i vývojových etap lidské lásky. Na vznikající rodinu postupně působí časné zkušenosti z výchozích rodin, vyvíjející se vztahy s vrstevníky, tápavé partnerské hledání v adolescenci a časem porozumění dynamice partnerských vztahů. Hledají se cesty, jak pomáhat rodičům učit děti sociálním dovednostem v sociálním jednání a v seberegulaci při řešení nejrůznějších problémů, které se objevují v různých etapách dětského vývoje. K dalším úkolům současné psychologie zdraví patří včasné řešení vznikajících konfliktů, tlumení násilného či negativistického chování, hledání i vytváření pozitivních vzorů i emocí pro děti a vytváření rozumného stylu života pro prevenci zdravotních, sociálních či morálních rizik.

Pro naznačené úkoly se hledají a postupně vyvíjí vhodné metodiky pro sledování zdravých i oslabených rodin v dlouhodobé perspektivě. Jednorázové poradenství je sice potřebné, ale často nemá dlouhodobý efekt. Je však zřejmé, že pouze ten odborník, který je sám přesvědčen o potřebě zdravých a odolných rodin, bude v naznačeném úsilí úspěšný.

## Zdravé dospívání

V posledních desetiletích tvoří v psychologii zdraví samostatnou kapitolu úvahy o dnešních adolescentech. Někdy se mluví o době „druhého narození“. Jedinec se odpoutává od vlastní rodiny, hledá místo ve světě, vlastní role i totožnost, budoucí profesi, vlastní pohled na svět a na partnerské vztahy. Zároveň vstupuje do jeho života řada rizikových momentů, které bývají lákavé – alkohol, drogy, předčasný a rizikový sex, střety se starší generací, negativní party, konzumní styl života, podléhání různým módám, přejímání negativních vzorů mnohdy z virtuální reality, televize, zkoušení vlastních sil v rizikových aktivitách (adrenalinové sporty, náročné výkony aj.) atd. Život adolescentů se však mění v rychle se měnící společnosti a máme k dispozici jen relativně málo zobecnitelných nálezů, které odpovídají současným potřebám.

K základním změnám v adolescentním věku patří:

- a) Postupné prodlužování této životní etapy. Na jedné straně se snižuje průměrný věk nástupu biologického dozrání dívek i chlapců. Za posledních 100 let poklesl zhruba o dva roky a dnes se objevuje nezřídka i kolem 10. – 11. roku. Existují však velké individuální rozdíly, což se projevuje v rozdílném vývoji jedinců s dřívějším či pozdějším nástupem biologické zralosti. Současně se odsouvá do pozdější doby dozrání psychosociální. Prodlužuje se školní docházka a plné zapojení do světa práce se uskutečňuje ve věku kolem 19 let – u vysokoškoláků mnohem později. Rozdíl mezi dětmi dvanáctiletými a devatenáctiletými adolescenty je ohromný po stránce biologické, psychologické, sociální i morální. Výchova ke zdravému jednání, k rozumnému stylu života, ke zvládnutí a překonávání různých rizik, ke kvalitnímu partnerství musí vytvářet velmi různorodé formy, které odpovídají věku, zralosti i vzdělání adolescentů, ale i předpokládaným životním nárokům v budoucnosti.
- b) Objevuje se častý rozpor mezi biologickou zralostí a sociálním uplatněním. Sexuální život začíná poměrně brzy, ale vytváření rodin se odsouvá do doby po ukončení vzdělání, po získání jisté finanční či praktické nezávislosti. Výchozí rodiny mnohdy ztrácí autoritu. Na-

hrazuje ji často autorita vrstevnických skupin, které však bývají mnohdy proměnlivé. Dochází často k rozporům rodičů a dětí, které mohou vyústit do těžko řešitelných konfliktů. Riziková lákadla zvyšují nebezpečí selhání školních, sociálních i morálních. Generační rozdíly se prohlubují rychlým vývojem společenským, různými módními styly a mnohdy i celkovou nejistotou, která se objevuje u stárnoucí generace. Kromě toho nastupující generace často ovládá vývoj současné techniky počítačové či komunikační lépe než rodiče a dostávají se mnohdy do jakéhosi vývojového předstihu. To dále prohlubuje generační nepochopení a konflikty.

- c) K základním potřebám zdravé adolescence patří:
- Ověřovat si vlastní síly, schopnosti i role a to mnohdy i za rizikových podmínek.
  - Zmocňovat se obecné kultury – informací, poznatků, různých oborů lidské činnosti, kultury i vědy. K tomu přistupují mnohé aktivity (sociální, kulturní, sportovní aj.), a úsilí hledat vlastní pohled na svět a vytvářet vlastní postoje.
  - Hledání životních vzorů a to zhusta mimo rodinu. Přitom se mohou leckdy prosadit i vzory negativní a rozporuplné.
  - Život ve skupinách a v přátelství, které snadno přechází v partnerské vztahy. Skupiny bývají proměnlivé a adolescent v nich hledá svou identitu a sebepojetí. Riziko vzniku skupin asociálních je velké a snadno může přivést méně odolného jedince na scestí.
  - Hledání budoucí profese, studijního oboru a pracovního zaměření.
  - Postupně se vytváří totožnost jedince, i když mnohdy to bývá proces tápavý, plný náhlých změn.
- d) Vývojových úkolů, které stojí před adolescentem je velmi mnoho. Vnějšímu pozorovateli – a mnohdy i rodičům – se zdá, že dospívající jedinec je přelétavý a nevyhraněný. Ve skutečnosti to je nutný proces, ve kterém se hledají cesty do života. Jen výjimečně se objeví jedinec, který má jasno o svém budoucím zaměření již od staršího školního věku.
- e) V současné době se vynořila další nesnáz a to obtížný odhad budoucího života a perspektiv. V rychle se měnícím světě se obtížně sta-

novují celoživotní plány profesní i osobní. Adolescenti nejasně tuší, že v jejich budoucím životě se budou měnit životní podmínky, získané poznatky rychle zestárnou, budou se muset opakovaně rekvalifikovat, měnit profese, často i bydliště a odcházet za prací třeba i do jiných zemí. Vývojové tendence mohou být spojeny s rozvolňováním vytvořených sociálních sítí i přátelských vztahů a snižovat jistoty adolescentů.

Úkolem psychologie zdraví – a vlastně celé dospělé populace – je naznačovat adolescentům konstruktivní dospělé role, podpořit jejich osobní sebe-pojetí a připravit je na vstup do světa práce a lásky. Je potřebná příprava na proměnlivé životní i profesionální kariéry, ale zároveň nutnost pochopit trvalé hodnoty partnerské, přátelské, spirituální i morální. Jde o proces výchovně velmi náročný. Adolescent si s rodinou nerozumí, nepřijímá často školu jako autoritu a tápavě hledá vlastní stezky. Mnohdy bývají úspěšní neformální vedoucí různých kroužků či organizací, kteří jsou dostatečně citliví k obtížím dospívání.

Naznačené problémy se řeší většinou intuitivně a pro psychology zdraví se rýsují úkoly, které předpokládají zaměřené výzkumné úsilí i jisté zobecnování praktických zkušeností. Zároveň je zřejmé, že mnohé „dobré rady“ v čase rychle zastarávají. U nás se rýsuje dobrý základ poznatků o současných adolescentech ve studiích, které probíhají na brněnské univerzitě v týmu pod vedením Macka (2002) a které umožňují též srovnání dat z různých zemí.

## Zdraví a škola

Opakovaně se ukazuje, že na vývoj mladé generace působí tři základní výchovné složky: rodina – škola – náplň volného času. O zdravé škole, její náplni i metodách práce se debatuje po celá staletí a jistě se v podobných úvahách a sporech bude pokračovat i v budoucnosti. Existuje řada výchovných programů a jejich přehled se vymyká z rozsahu úvodního textu. Proble-

matikou škol podporujících zdraví se u nás po léta systematicky zabývala M. Havlínová s řadou spolupracovníků (1998, 2000).

V této souvislosti pouze naznačím některé problémové okruhy a směry uvažování:

- a) Často se uvažuje, kterým obsahovým směrem zaměřit budoucí vyučování. Zdůrazňuje se kritické myšlení, dovednosti ve vyhledávání a vyhodnocování informací, propojování různých témat či celých tradičních předmětů, podpora úkolů, které ve spolupráci řeší vždy několik žáků. V poslední době se hledají cesty k pochopení kulturních i civilizačních rozdílů s nadějí, že v dětské generaci se mohou zvládat a snad i pochopit snadněji než v dospělé populaci, která je zatížena mnoha předsudky či minulými reminiscencemi.
- b) Podporuje se vytváření menších skupin a týmů, které se vymykají tradičním školním třídám. V nich se cvičí spolupráce, debaty, zkoušení různých metod i forem řešení zadaných úkolů. Žáci hledají a poznávají vlastní role. Při méně formální spolupráci a metodách práce učitelů či poradců (tutoři) se může vytvářet jedna z cest, jak překonávat mezigenerační bariéry a pochopit význam akceschopných skupin.
- c) Snaha, aby každý žák prožil pocit úspěchů a to jako jedinec i jako člen skupiny. Týmy bývají heterogenní co do schopností jedinců, jejich věku i zkušeností. Při vhodném vedení lze dokázat, že každý žák může přispět k řešení zadaného úkolu. Zvyšuje se tím jeho sebedůvěra.
- d) Důkladná příprava učitelů pro naznačený styl práce a hledání cest ke spolupráci s rodiči a s různými odborníky i mimo školu je další předpoklad pro širší rozhled žáků v budoucnosti.
- e) Škola nemá být odtržena od výchovy ke zdraví a k celkové fyzické i mentální zdatnosti žáků. Klade důraz na pochopení života v obci a v řadě dalších organizací, se kterými žáci přichází do styku (církve, kulturní, sportovní i jiné organizace).
- f) Spolupráce v menších skupinách rozvíjí emoční i sociální inteligenci a je jedním z předpokladů rozvoje morálních vlastností. Zodpovědnost za skupinový výsledek umožňuje pochopit základní pravidla

dla spolupráce i dodržování stanovených domluv a odpovědností. Umět naslouchat druhým, navrhnout různá řešení i dodržet zadané či přijaté úkoly je zároveň součástí pro pochopení principů demokracie a základních občanských ctností.

Naznačené záměry předpokládají patřičné vybavení škol, dostatečný počet vzdělaných, motivovaných a finančně zabezpečených učitelů i tutorů, neustálé doškolování, výměnu zkušeností mezi pedagogy, vytváření školního „klimatu“, ve kterém převažuje spíše spolupráce než jednosměrné působení učitelů. Rozumné motivování dětí k výkonu, spojené s potlačováním strachu z neúspěchů, je další úkol školy.

## Další rozměry psychologie zdraví

Řádné vzdělání je jednou z šancí, jak zvyšovat kvalitu života v 21. století (Reich, 2002). Budou se objevovat nové léky či léčebné postupy, které umožní zvládat řadu zhoubných nemocí, prodlužovat délku života a snad i racionálně zasahovat do genetického vybavení. I to se projeví ve školské politice. Podaří-li se na mezinárodní úrovni přijímat a uskutečňovat ekologické programy, může se postupně zlepšit kvalita životního prostředí na celé planetě. Rozumnou globální politikou se snad sníží dětská úmrtnost a v mnoha zemích budou mizet hladomory a těžké epidemie. Bude se měnit náplň volného času dětí i dospělých větší nabídkou zajímavých studijních, tvůrčích, sociálních i rekreačních programů. Jistě se objeví řada dnes ještě netušených vynálezů i technických zařízení. To vše nebude příliš platné; naopak se mohou vyskytnout nová rizika, pokud vývoj nebude doprovázen růstem morálky a dobrých vztahů mezi lidmi, kulturami a duchovním usilováním. Včasná příprava dětí ve zdravých školách i ve volném čase je zřejmým předpokladem pro budoucí pozitivní spolupráci a vzájemné pochopení různých rozdílů mezi dospělými.

Řada problémů se objevuje při sledování vazeb mezi prací a zdravím. Tradiční otázky psychologie práce se dnes posouvají k problematice manažerských profesí, k systematické rekvalifikaci dospělých osob a k hledá-



ní vazeb mezi zdravotními riziky a jednotlivými profesemi či pracovními činnostmi. Specifickou problematiku zdravotní či morální přináší důsledky existence velkých skupin nezaměstnaných osob; v první řadě adolescentů a dále osob před důchodovým věkem. Další úsilí psychologie zdraví míří na otázky produktivního stárnutí. S prodlužováním lidského věku je problematika náplně a kvality života starších osob stále naléhavější. Patří sem i paliativní péče, které hledá cesty ke vhodným postupům starostlivosti o osoby v posledních dnech života.

## Závěrečná poznámka

V úvodním textu nelze naznačit řadu dalších oblastí psychologie zdraví. Pouze namátkou: problémy stresu a jeho zvládnání, životní události i drobné chronické prožitky, dynamika lidských vztahů, obranné mechanismy, kterými se člověk brání různým nesnázím, reakce na těžké úrazy, pravidla mentální hygieny atd.

Pro vlastní studium je nutné si uvědomit několik předpokladů:

- Rychlý a extensivní rozvoj oboru předpokládá studium primárních pramenů, převážně časopiseckých.
- Mechanické přejímání poznatků z cizích pramenů však může být nebezpečné. Je třeba uvažovat vždy o zdejších tradicích, potřebách i o aktuálním stavu české společnosti. Mnohé metodiky – hlavně psychodiagnostické – si vyžadují často adaptaci, nemáme-li se dopouštět chyb.
- Mnohé speciální otázky psychologie zdraví řeší různá občanská sdružení. Spolupráce s nimi je jednou z cest aplikace našeho oboru.
- Při úvahách a aplikaci poznatků platí, že mnohé náměty míří do budoucnosti, která se bude rychle měnit.
- Intraindividuální variabilita je znakem jedince. I zdánlivě pevné vlastnosti se mohou měnit v různých situacích či kolísat i v relativně krátkých intervalech.

## *Poslání na cestu*

*Chtěl bych vás nakonec ještě jednou vyzvat, abyste se pokusili podívat se na svět tak, jak je to určitě možné: Jako na divukrásné místo, které můžeme ještě zlepšit a kultivovat jako nějaký zahradník. Pokuste se být přitom skromní jako zkušený zahradník.*

*Karl R. Popper*

### **Literatura:**

- Ainsworth, M. D. S: Attachments beyond infancy, *American Psychologist*, 1989, 44, 709–716
- Bowlby, J.: *Child care and the growth of love*, London, Penguin Books, 1990
- Břicháček, V.: Zdraví jako biosociální proces, *Čs. pediatrie*, 1987, 42, 390–394
- Břicháček, V.: Mezinárodní zkušenosti z adopce rumunských dětí, *Československá psychologie*, 2005, 49, 412–422
- Crossley, M. L.: Rethinking psychological approaches towards health promotion, *Psychology and Health*, 2001, 16, 161–177
- David, H. P., Dytrych L., Matějček L., Schüller, V.: *Born unwanted*, Praha, Avicenum, 1988
- Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, *Psychiatrie*, 2005, 9, 70–80
- Diener, E.: Subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 1984, 95, 542–579
- Dunovský, J. a spol.: *Sociální pediatrie*, Praha, Grada, 1999
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček Z.: *Týrané, zneužívané a zanedbané dítě*, Praha, Grada, 1995
- Geest, S.: The definition of health, *Culture, Medicine, Psychiatry*, 1985, 9, 289–295
- Havlíková, M. a spol.: *Program podpory zdraví ve škole*, Praha, Portál, 1998
- Havlíková, M. a spol.: *Kurikulum podpory zdraví v mateřské škole*, Praha, Portál, 2000
- Heady, B., Halmström E., Wearing, A.: Well-being and ill-being, *Social Indicative Research*, 1984, 14, 115–139
- Kebza, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*, Praha, Academia, 2005
- Krejčí, J.: *Lidský úděl a jeho proměnlivá tvář*, Praha, Karolinum, 1996
- Krejčí, J.: *Postižitelné proudy dějin*, Praha, Slon, 2002
- Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*, Praha, Portál, 2001
- Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*, Praha, Portál, 1998
- Langmeier, J., Matějček, Z.: *Psychická deprivace v dětství*, Praha, Avicenum, 1974
- Luthar, S. S., Cichetti, D., Berger, B.: The construct of resilience, *Child Development*, 2000, 71, 543–562
- Macek, P.: *Adolescence*, Praha, Portál, 1999
- Mareš, J.: Pozitivní zdraví: Úvod k zamyšlení i výzva, *Čs. psychologie*, 2001, 45, 97–117
- Masten, A. S.: Ordinary magic, *American Psychologist*, 2001, 56, 227–238
- Masten, A. S., Coatsworth, J. D.: The development of competence in favorable and unfavorable environments, *American Psychologist*, 1998, 47, 205–220

- Masten, A. S., Reed, M. G.: Resilience in development, In: Snyder, C. S., Loper, S. J., Handbook of positive psychology, New York, Oxford University Press, 2002
- Matějček, Z., Dytrych, Z.: Kinder aus unerwünschten Schwangerschaft, Lübeck, Hanzisches Verlagskontor, 1994
- Matějček, Z., Langmeier, J.: Počátek našeho duševního života, Praha, Panorama, 1986
- Najman, J. M.: Theories of disease causation and concept of a general susceptibility, Social Sciences and Medicine, 1984, 14, 231-237
- O'Connor, T. G., Rutter, M.: The effects of global severe privation on cognitive competence, Child Development, 2000, 71, 376-390
- Okun, M. A.: Health and subjective well-being – a meta-analysis, International Journal of Aging and Human Development, 1984, 19, 111-132
- Papoušek, M.: Intuitivní rodičovství, In: Dittrichová, J. a spol.: Chování dítěte raného věku, Praha, Grada, 2004, 77-100
- Patterson, J.: Understanding family resilience, Journal of Clinical Psychology, 2002, 58, 233-246
- Plaňava, I.: Manželství a rodiny, Brno, Doplněk, 2000
- Reich, R. B.: Dílo národů, Praha, Prostor, 1995
- Rutter, M.: Pathways from childhood to adult life, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1989, 30, 23-51
- Rutter, M.: Resilience concepts and findings, Journal of Family Therapy, 1999, 21, 119-144
- Rutter, M., Maugham, B.: Antisocial children grown up, In: Conduct disorders in childhood and adolescence, London, Cambridge, Press, 1998, 507-552
- Říčan, P.: Cesta životem, Praha, Portál, 2004
- Snyder, C. S., Loper, J. S.: Handbook of positive psychology, New York, Oxford University Press, 2002
- Sobotková, D., Dittrichová, J.: Narodilo se s problémy a co bude dál, Praha, Grada, 2003
- Stavěl, J.: Antická psychologie, Praha, Státní pedagogické nakladatelství, 1971
- Vagnerová, M.: Vývojová psychologie, Praha, Portál, 2002
- Werner, E. E.: Children of the garden island, Scientific American, 1989, 260, 106-111
- Werner, E. E.: Risk resilience and health: Perspectives from the Kauai longitudinal study, Development and Psychopathology, 1993, 5, 503-515
- Werner, E. E., Smith, R. S.: Kauai's children come on age, University Hawaii Press, 1997
- WHO: Global strategy for all by the year 2000, WHO, 1981
- Zautra, A., Hampel, A.: Subjective well-being and psychical health, International Journal of Aging and Human Development, 1984, 19, 95-110
- Zdraví 21, Praha, Ministerstvo zdravotnictví, 2003