REVIEW

ZÁTĚŽOVÉ ASPEKTY ONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ A MOŽNOSTI PSYCHOSOCIÁLNÍ POMOCI V RÁMCI SOCIÁLNÍ PRÁCE A SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN

Stressing aspects of oncological diseases and possibilities of psychosocial help within the framework of social work and self-helping groups

Helena Záškodná[1], Gabriela Bolková[2]

[1]Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra psychologie a speciální pedagogiky
[2] Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, katedra sociální pedagogiky

Summary
The study presents an outline aimed at mental stress induced by a tedious situation of life – oncological disease – and at possibilities of managing this stress to a certain extent through the mediation of a participation in a self-helping group. It acquaints the reader with the concept of the stress and crisis in general. It offers an outline of different concepts concerning stress with emphasizing the conceptual development of stress, at the beginning of which there were classical biological standpoints by W. B. Cannon, H. H. B. Selye (supplemented by the evolutional psychology viewpoint – H. S. Brachy) and later the transaction theory of stress by R. Lazarus. It describes the crisis as a temporal and dynamic concept and condition. It subsequently presents the Caplan four-phase crisis model according to the emotional equilibrium indicator and five-phase model by M. J. Horowitz according to the nature of experiencing physiological, emotional and behavioural symptoms. It furthermore characterizes the concept and possibilities of social work in oncology and delimits the psychosocial rehabilitation of oncological patients focused on the adaptation to new conditions of functioning and life due to the disease and treatment. Attention is paid to the social support, which is a considerable contribution to the ability of patients to actively cooperate in the therapy. The fact is pointed out that a proportion of oncological patients and their family members perceive the disease as a handicap associated with social isolation and possible problems at the working site. The social support is considered in context of an important form of the psychosocial help – self-helping groups. Main attributes are listed exerting beneficial effects on their members including sharing of experience, relieving of accumulated emotions in supporting and understanding atmosphere, and exchange of information. Characters of self-helping groups according to M. L. Moeller (size, continuity, one´s own involvement and symmetry of relationships) are described, the self-helping groups are classified and targets of their activities are specified in general and in relationships to oncological diseases.

Key words: stress in oncological disease – mental crisis in oncological disease – social work with oncological patients – self-helping groups – social support

Submitted: 2012-06-11 ▪ Accepted: 2012-07-25 ▪ Published online: 2012-12-21
KONTAKT: 14/4: 444–455 ▪ ISSN 1212-4117 (Print) ▪ ISSN 1804-7122 (Online)

Souhrn
Přehledová studie se zaměřuje na psychickou zátěž vyvolanou náročnou životní situací – onkologickým onemocněním – a na možnosti tuto zátěž do určité míry zvládat prostřednictvím účasti ve svépomocné skupině. Seznamuje s pojetím stresu a krize v obecné rovině. Představuje v přehledu různé názory na stres, připomíná koncepční vývoj stresu, na jehož počátku stála klasická biologická hlediska W. B. Cannona, H. H. B. Selyeho (doplněná pohledem evoluční psychologie – H. S. Brachy) a později transakční teorie stresu R. Lazaruse. Popisuje krizi jako časový a dynamický pojem i stav. Následně uvádí Caplanův čtyřfázový model krize podle indikátoru emoční rovnováhy a pětifázový model M. J. Horowitze podle charakteru prožívaní fyziologických, emocionálních a behaviorálních symptomů. Dále charakterizuje pojetí a možnosti sociální práce v onkologii, vymezuje psychosociální rehabilitaci onkologicky nemocných, zaměřenou na adaptaci vůči novým podmínkám fungování a života v důsledku onemocnění a léčby. Pozornost věnuje sociální opoře, která představuje významný příspěvek ke schopnosti nemocných aktivně spolupracovat na terapii. Poukazuje na to, že část onkologicky nemocných i jejich rodinných příslušníků vnímá onemocnění jako handicap spojený se sociální izolací i případnými problémy na pracovišti. Sociální oporu klade do kontextu významné formy psychosociální pomoci – svépomocných skupin. Provádí výčet jejích hlavních atributů a pozitivního vlivu na své členy, k nimž patří sdílení zkušeností, uvolnění nahromaděných emocí v podpůrné a chápající atmosféře a výměna informací. Popisuje znaky svépomocných skupin podle M. L. Moellera (velikost, kontinuitu, vlastní postižení a symetrii vztahů), klasifikuje svépomocné skupiny, uvádí cíle jejích činností obecně a ve vztahu k onkologickým onemocněním.

Klíčová slova: stres při onkologickém onemocnění – psychická krize při onkologickém onemocnění – sociální práce s onkologicky nemocnými – svépomocné skupiny – sociální opora

ÚVOD

Onkologické onemocnění představuje ve všech svých stadiích mimořádnou životní událost, která postihuje jedince a která klade zvýšené požadavky na jeho adaptaci. Nepříznivé, náročné životní události a okolnosti, na něž jedinec odpovídá psychologickou, fyziologickou, behaviorální i sociální reakcí, netvoří jednolitou kategorii. Zahrnují zvláště stres a psychickou krizi. V následujícím textu se proto budeme věnovat otázkám spojeným s uvedenými formami zátěže a dále možnostmi, jak psychickou zátěž zvládat nebo mírnit.

Pojetí stresu jako formy zátěže

Obecně akceptované pojetí stresu jej vymezuje jako specifickou formu zátěže, při níž reálné, případně subjektivně prožívané nároky přesahují, anebo nejsou využívány, adaptivní možnosti jedince tak, že je ohrožena či narušena jeho subjektivní pohoda, zdraví i sebehodnocení (např. Mikšík, 1985; Hladký a kol., 1993; Kebza, 2005; Paulík, 2010).

V této souvislosti Neufeld (1982) uvádí přehled různých hledisek ve vztahu ke stresu.

- Stres je *stav* člověka, který se projevuje specifickým syndromem a sestává ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému (Selye).
- Stres znamená ohrožení pohody a zahrnuje *negativní emoce* (Lazarus).
- Stres předpokládá *vysoké fyzické nebo sociální požadavky prostředí* (McCrath).
- Stres se objevuje v situaci, kdy *požadavky prostředí přesahují jedincovy zdroje* nebo v situaci osobního zmaru, kdy jedincovy zdroje nenacházejí v okolí dostatečnou odezvu (French, Rogers, Cobb).
- Stres představuje *deviaci informačního vstupu za jeho regulérní hranice*, která vyvolává nepříznivou rovnováhu mezi aktivací a kapacitou organismu zpracovávat informace vzhledem k „provoznímu rozpětí pozornosti" (Teichner).
- Stres souvisí s *reakcemi ve vazbě na ACTH* (adrenokortikotropní hormon), které lze určit faktorovou analýzou. V osobnosti souvisí se *schopností čelit dané situaci*, adaptovat se na ni, nebo naopak s tendencí nechat problém nevyřešený, případně se stáhnout (Cattell, Scheier).

- Stres zahrnuje obsáhlé subjektivní prožitky jako „ohrožení ega“, „bolest“, „hrozbu trestu“ či „neživou hrozbu“, „vinu“ apod. (více autorů v letech 1973–78).

Koncepčně prošel pojem stres mnohaletým vývojem, na jehož počátku stálo ve třicátých letech 20. století klasické biologické hledisko Cannona a o dvacet let později pojetí Selyeho. Cannon (1929; Záškodná, 2008), objevitel zákonitosti homeostázy u živých organismů, popsal dva rozdílné způsoby odpovědi na působení stresoru, tj. reakci vyjadřující připravenost organismu reagovat bojem a/nebo útěkem („fight-or-flight reaction“).

Doplněnou a upravenou prvotní Cannonovu koncepci o pohled evoluční psychologie později předložil Bracha (2004). Tento autor se spolupracovníky navrhl doplnit stresovou reakci „fight-or-flight“ o tři další součásti do modelu *„pěti F“*. V rámci tohoto modelu odlišil pět úseků, které se evolučně vyvinuly u lidí (i zvířat) a objevují se v uvedeném pořadí. Tyto sekvence obranné reakce odpovídají adaptačnímu chování ve střetu se stresorem (ohrožením):

1. Freeze (strnutí)
2. Flight (pokus o únik)
3. Fight (boj)
4. Fright (předstírání mrtvého)
5. Faint (mdloby)

Například reakci mdlob (fainting), která následuje po pohledu na krev, vykládá Bracha jednak tím, že mdloby zvyšují vyhlídky na přežití (způsobují náhlý pokles krevního tlaku, který snižuje úbytek krve), jednak tím, že tato sekvence stresové reakce je obvyklá u žen a dětí. Důvod tvoří skutečnost, že ženy a děti většinou představují v situaci ohrožení nebojující populace, pro něž je adaptivně výhodné omdlít při první známce zranění. U mužů (obvykle bojujících) jde o vysoce neadaptivní reakci, a proto se téměř nevyskytuje.

Třífázový koncept obecného adaptačního syndromu Selyeho (*General Adaptation Syndrom – GAS*) zásadním způsobem ovlivnil na dlouhé roky světovou odbornou literaturu. Ve stručnosti lze tento koncept popsat jako způsob odezvy organismu na nadměrnou zátěž. Jde o soubor nespecifických fyziologických reakcí organismu, vyvolaných různorodými typy zátěže. Obecnou odpověď organismu tvoří *poplachová fáze*, s typickou mobilizací obranných adaptačních systémů, vyvolaných náhlým narušením vnitřního prostředí organismu. Organismus se po šoku připravuje reagovat útokem nebo únikem („fight-or-flight“).

Fáze rezistence spočívá v boji se stresorem. Síla stresoru přitom určuje charakter, průběh a délku trvání této fáze.

Prolongované využívání adaptačních mechanismů jedince navozuje *fázi exhausce*. Ta nastupuje v případě neúspěchu fáze druhé, znamená podlehnutí organismu v boji se stresorem, vyčerpání a zhroucení adaptačních mechanismů.

V Selyeho koncepci sehrává významnou roli z hlediska prožívání a možného chování odlišení dvojího typu stresu podle dvou kritérií. Distres charakterizují projevy negativních emocí a nízký stupeň volby situace, zatímco eustres provází pozitivní emoce a možnost svobodného výběru situace, při níž eustres vzniká (Selye, 1983).

Zatímco přibližně do sedmdesátých let 20. století byl stres chápán jako „závažné narušení vyrovnanosti mezi nároky prostředí a schopnostmi organismu na ně reagovat“, pak v psychologických koncepcích stresu od sedmdesátých let minulého století převládají prvky *kognitivního behaviorismu* (např. Meichenbaum, 1977). Zásadní vklad psychologie pro porozumění průběhu stresu přinesla široce uznávaná *transakční teorie stresu* Lazaruse (1966) se spolupracovníky (Lazarus, Folkman, 1984).

Pojmem transakce tito autoři označují integraci situačních a osobnostních elementů (stresor – stres). Klíč k pochopení stresu jako souboru negativních emocionálních odpovědí subjektu na ohrožující podnět představuje individuální hodnocení stresující situace a okolností. Transakční model stresu předpokládá, že jde o jev, který zahrnuje proces hodnocení přicházející informace, dále vjem ohrožení homeostázy, a konečně vyvolání vzorců kompenzačního homeostatického úsilí. Z těchto pozic se pak rozhoduje o strategii intervence vedoucí ke zvládání stresu (Mohapl, 1992).

Při transakcích s vnějším světem se subjekt řídí vlastním užitkem a prospěchem. Pomineme-li transakce vyplývající z eustresu, pak u distresových transakcí může subjekt rozlišovat poškození, ztrátu, hrozbu a výzvu.

Transakční model zahrnuje trojí hodnocení.

- Výchozí, primární hodnocení představuje proces, ve kterém subjekt definuje událost jako potencionálně ohrožující nebo opačně jako prospěšnou. Ohrožující podněty subjekt primárně posuzuje z hlediska jejich personální závažnosti, důležitosti a možných rizik. V úvahu přitom bere jak momentální ohrožení, tak i jeho případné důsledky v budoucnu.
- Sekundárně subjekt posuzuje ohrožení vzhledem k výběru vhodné copingové strategie, zaměřené na problém samotný nebo negativní emoce s problémem spojené. Funkce copingové strategie spočívá v redukování nebo eliminování anticipovaného ohrožení. To znamená, že v rámci sekundárního hodnocení subjekt zvažuje vlastní možnosti zvládnout situaci, volí vhodné postupy a anticipuje další možný vývoj. V procesu sekundárního hodnocení subjekt oceňuje vlastní individuální vybavenost (osobnostní, interpersonální, zdravotní, materiální a další výbavu a kompetence), která umožní přiměřeně reagovat na ohrožení nebo výzvu.
- Terciární hodnocení zahrnuje nové vyhodnocení situace a je spojeno s přetvořením způsobu myšlení či myšlenkového postupu. Mění se kognitivní hodnocení stresové ohrožující situace (Kebza, 2005).

Souhrnně řečeno, zásluha transakčního modelu spočívá v pochopení a podtržení kognitivní role v interpretování významu vnějších událostí a ve schopnosti subjektu si s nimi poradit.

Pojetí krize

V psychologii se za krizi považuje extrémní psychická zátěž, kritický, náročný, ohrožující stav či životní událost. Krize může být provázena narušeným průběhem vnitřní nebo vnější adaptace jedince nebo systému. Může však také znamenat rozhodný obrat, změnu událostí a být zdrojem pozitivních výsledků – vysvobození, růstu (Kebza, 2005; Paulík, 2006, 2010). Například Vymětal a kol. (2000) vymezují krizi jako „časový a dynamický pojem, ale i stav určitého vyvrcholení děje, který dospěl do rozhodující chvíle obratu. Je to předěl, zlom, bod zvratu v nějakém dění a jeho řádu“. Protiklad krize jako stavu osobní nepohody (discomfort) tvoří stav osobní pohody, blaha (well-being).

Známý výzkumník Caplan (1964) ve své teorii mimo jiné uvádí, že normální zdravý člověk může prožít psychickou krizi, setká-li se s krajním ohrožením své vlastní existence nebo života blízkých osob. Uvedeným tvrzením, že závažná psychopatologie se může projevit i za nepřítomnosti „časného traumatu“ z dětství, překročil hranice klasické psychoanalýzy Freuda. Dlouho před kognitivní psychologií předložil tezi o podstatě krize jako důsledku otřesení pocitu kontroly nad událostmi a jako první vyzdvihnul významnou roli sociální opory ve stresové situaci (Záškodná, 2008).

Životní krize se projevují vždy komplexně, dotýkají se všech aspektů lidské existence. Jejich účinek na lidské prožívání a chování podmiňuje celá škála okolností, k nimž patří vedle situačního kontextu také význam, který jedinec přisuzuje průběhu a dopadům krizové situace (Kebza, 2005).

Podle předvídatelnosti, průběhu a charakteru spouštěče odlišil Vymětal se spolupracovníky (2000) tři *typy* krizí:

- krize vývojové versus traumatické;
- krize latentní versus zjevné;
- krize akutní versus chronické.

Podle podobných klasifikačních kritérií třídí krize Špatenková a kol. (2004), která diferencuje:

- krize vývojové (nebo také krize z očekávaných životních změn, normativní krize);
- krize situační, epizodické (nebo také traumatické krize);
- krize kumulované (nebo také chronické krize).

Krizová odezva probíhá v několika *fázích*. Caplan (a) uvádí ve svém modelu čtyři fáze podle indikátoru emoční rovnováhy, zatímco Horowitz (b) odlišuje pět fází podle charakteru prožívání, fyziologických, emocionálních a behaviorálních symptomů (Caplan 1964; Horowitz, 1979).

Ad a) Podle Caplana dochází v první fázi krize k ohrožení emoční rovnováhy subjektu. Zvýšenou tenzi (někdy nevědomou) mohou redukovat běžné vyrovnávací, kompenzační strategie, které subjekt obvykle používá pro dosažení emoční rovnováhy.

Druhou fázi provází prohlubující se pocit úzkosti a ztráty kontroly nad danými okolnostmi. Emoční stabilitu je možné nastolit pouze vědomým úsilím.

Třetí fázi charakterizují, vedle úzkosti a celkové emoční nepohody, také nově se utvářející vzorce a postupy chování, směřující k navození rovnovážného stavu.

Ve čtvrté fázi se začínají projevovat známky dezorganizace psychiky. Masivní úzkost přerůstá v paniku, emoční změny vyvolávají kognitivní zkreslování reality.

Ad b) První fázi, označenou Horowitzem jako *výkřik*, charakterizuje mohutná emoční reakce na spouštěč. V popředí negativně laděného emočního obrazu dominuje panika, zděšení, ohromení, úžas. Druhá fáze – *negace* – slouží k odmítnutí či utlumení spouštěče, k popření obsahu zraňující skutečnosti. Provází ji ohromné úsilí odstranit z vědomí vše, co vyvolalo otřes psychiky. Jedinec vnějškově projevuje netečnost, otupělost, nemotivovanost. Poté nastává fáze *intruze*, pro kterou jsou typické nutkavé, vtíravé myšlenky, spjaté s osudnou událostí. V této třetí fázi projevuje subjekt výkyvy v arousabilitě i únikové reakce typu denního snění. Ve čtvrté fázi – *vyrovnání* – zkouší jedinec různé vzorce chování, které by mohly navodit adaptaci na krizovou situaci. Jestliže k adaptaci nedojde, pak se mohou projevit příznaky tělesných nebo duševních potíží, které při dalším tlaku na adaptační mechanismy mohou vést k vyčerpání organismu a k následnému propuknutí psychosomatické nemoci. V páté fázi dochází ke *smíření*, vyrovnání se s krizovými okolnostmi. Jedinec akceptuje případné změny v životě, přijme je s vědomím nutnosti, nevyhnutelnosti a eventuální nezměnitelnosti. Tato poslední fáze již není doprovázena silnými emocemi.

Zátěž v souvislosti s onkologickou nemocí a možnosti sociální práce

„Pro sociální práci a další pomáhající profese je výchozím atributem jejích činností **pomoc klientům** v obtížných životních situacích, které neumějí nebo nemohou zvládat vlastními silami či za pomoci svého nejbližšího sociálního okolí" (Schneiderová, 2005, s. 137). Jednou z početných skupin v populaci, která tuto pomoc potřebuje a očekává, jsou pacienti s onkologickým onemocněním.

Rakovina znamená život ohrožující chorobu, kdy nemocný ztrácí dosavadní jistoty, jsou ohroženy jeho každodenní zvyklosti i plány do budoucna. Musí čelit různým omezením i reakcím sociálního okolí na nově vzniklou situaci. Boj s vážnou chorobou nekončí pro nemocného chirurgickým zásahem a následnou terapií. Nastupující psychosociální rehabilitace je stejně významná jako léčba somatická. Pacienti se vyrovnávají nejen s nepříznivou diagnózou, ale často také s následky protinádorové léčby (Klener, 2002). „Pokud návrat k homeostáze není v silách jednotlivců či skupin, je zde místo pro **intervence** v oblasti sociální pomoci k obnově nebo udržení snesitelné míry sociálního fungování" (Schneiderová, 2005, s. 139).

První metody psychosociální intervence pro onkologicky nemocné vznikaly v devadesátých letech 20. století. Jejich původní koncepce se orientovala pouze na léčbu depresí. Snahou současného pojetí je depresivním stavům předcházet, systematicky a průběžně podporovat psychický stav pacienta (Nezu a kol., 2004). Odborná psychoonkologická intervence se do medicínské praxe dostává ve dvacátém prvním století. Využívá poznatky z psychologie, psychoterapie, medicíny a onkologie. Psychoonkologie se zabývá nejen onkologickými pacienty, ale také jejich rodinami a zdravotnickými pracovníky – lékaři a sestrami na onkologických pracovištích. Jedná se o nový interdisciplinární obor, který je z odborného pohledu průsečíkem lékařských a dalších humanitních oborů a naznačuje, že problematika nádorového onemocnění je multikauzální. Jedním z hlavních cílů tohoto vědního oboru je zjistit, v jakých oblastech je možno nemocným pomoci při překonávání potíží spojených s chorobou (Tschuschke, 2004).

Komplexní péče o nemocného vychází z týmové spolupráce všech zainteresovaných pracovníků, kteří se na ní podílejí, tedy včetně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník – profesionál by si měl být vědom skutečnosti, že adaptace pacienta na fakt onkologického onemocnění není neměnný stav, ale spíše probíhající úsilí o vyrovnání se s tím, co se stalo a děje. Proto by celý proces měla posuzovat jedna osoba, která bude schopna odlišovat rozdílné situace s potřebou vždy nové adaptace (Vodvářka, 2001; Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004). Interakce s vážně nemocným je psychicky velmi náročná. Vyžaduje specifický přístup, a tedy i specifickou přípravu zdravotníků i sociálních

pracovníků. Oblasti působení, které sleduje odborná příprava, lze shrnout do tří skupin:

- oblast kognitivní (míra znalostí, jejich pochopení, akceptování a praktické využití);
- oblast afektivní (změna postojů k ohrožujícímu onemocnění, životu a smrti, hodnotám);
- oblast psychomotorická (osvojení a aplikace potřebných dovedností).

Při dostatku kvalifikovaných sociálních pracovníků by sociální opora měla přispívat jednak ke smíření se s nevyhnutelným, ale současně by měla znamenat zásadní příspěvek ke schopnosti pacienta spolupracovat při léčbě a aktivně se podílet na případném uzdravení (Vodvářka, 1997; Vorlíček, 1998; Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004).

Souhrnně lze chápat cíl psychické a sociální opory v onkologii jako snahu navrátit nemocnému autorství vlastního života. Poučení, která pacienti dostávají od lékařů, nemusí být vždy vyčerpávající a srozumitelná, aby se pro ně mohla stát dostatečným informačním zdrojem pro fungování v běžném životě. Jde o sdělení, která mají nemocného chránit před potížemi spojenými s léčbou. Na tomto místě se otevírá prostor pro sociální fungování v onkologii, jež je možno chápat také jako soulad mezi schopností člověka provádět úkony denního života způsobem, který je uspokojivý pro něho samotného i pro jeho okolí (Dostálová, Šiklová, 2004, s. 485–504). Sociální fungování u onkologických pacientů je podmíněno povahou nemoci, která je často kauzálně neléčitelná a terapie spočívá především v paliativní a podpůrné péči (Payne et al., 2007).

Na rozsahu sociálního fungování se podílí rovněž sociální pracovník. Ten zjišťuje, co může nemocnému po propuštění ze zdravotnického zařízení poskytnout rodina, reálně posoudí možnosti, které může nabídnout klient sám. Měl by být zdrojem informací, podpory a povzbuzení, nutných k tomu, aby si nemocný vytvořil k informacím vlastní postoj, jenž mu pomáhá najít návod na chování v nové a nejisté situaci. Sociální pracovník vede nemocného k ujasnění jeho představ o dalším uplatnění ve změněných rolích a z toho vyplývajících sociálních vztazích, pomáhá mu při jejich realizaci. Cíl jeho praktické pomoci však nemá mít charakter trvalé paternalistické péče podporující klientovu pasivitu a závislosti na svém okolí (Dostálová, Šiklová, s. 485–504).

Také proto je v mnoha vyspělých zemích podporováno úsilí o zvyšování kvality mimoústavní pomoci. Zaznamenáváme snahu o úzké propojení odborné ústavní péče s ambulantní a domácí péčí, kterou si však nelze představit bez účasti sociálního pracovníka (Vorlíček a kol., 2006). V oblasti sociálních i zdravotních služeb u nás je zaznamenávána snaha o zvyšování podílu nemocného v rozhodování o vlastních aktivitách. Doposud převažující praxe stavěla nemocného do pozice pasivního účastníka léčebného procesu, o jehož činnostech rozhodoval sociálně zdravotní pečovatel či rodina. Pečující osoba v současnosti pomáhá posoudit, čeho a jak je nemocný schopen, ale převládá názor podporující ponechání širokého prostoru pro rozhodování samotnému klientovi. Záleží na něm, kterým činnostem se chce věnovat. Dokladem tohoto tvrzení je také oblast činností ve svépomocných skupinách.

Misjak (2002) definuje cíle moderní sociální práce ve vztahu k onkologicky nemocným takto:

- zvyšování samostatnosti klientů, schopnost řídit svůj život a efektivně řešit problémy, které vznikají;
- vytváření takových podmínek, při kterých mohou klienti maximálně ukázat své schopnosti a získat vše, co jim právem patří;
- vytvoření podmínek, ve kterých může klient bez ohledu na nemoc žít v úctě a souladu se sebou;
- dosažení takového výsledku, kdy se podpora sociálního pracovníka minimalizuje.

Velká zdravotnická zařízení mají většinou zřízena oddělení či úseky zdravotně sociálních nebo sociálních služeb. Zkušenosti pacientů i zdravotnického personálu se sociální službou na onkologii hovoří o prospěšnosti jejího fungování. Přesto je mnohdy přítomnost sociálních pracovníků na onkologických pracovištích podceňována. Bio-psycho-sociální model člověka a medicíny však zřetelně podtrhuje nutnost léčebného působení ve všech dimenzích. Péče ve smyslu jednotného působení na jedince v oblasti biologické – lékaři, sestry, ošetřovatelé; psychologické – psychologové a psychiatři a sociální – sociální pracovníci je nezbytná (Vodvářka, 2004). Tento model nemá za cíl snižovat důleži-

tost prověřených postupů biologické medicíny, pouze je uvádí do komplexnějších souvislostí (Baštecký et al., 1993).

Profesionalizace psychologické pomoci onkologickým pacientům začala v 70. letech 20. století. Psychoterapeuti-praktici začali sdílet zážitky terminálně nemocných. Ve výzkumech se zaměřila pozornost na rizikové faktory onkomutací, včetně osobnosti, kvality života apod. (Yalom, 1980). Tyto aktivity začaly postupně měnit postoj společnosti k nádorovým onemocněním a toto onemocnění přestalo být tabuizováno.

Počátek onkologického onemocnění znamená pro člověka různě velkou změnu sociální situace v rodině, v zaměstnání i na veřejnosti. Dosavadní sociální role nekončí, ale podstatně se mění. Onkologická léčba jak v rámci hospitalizace, tak také následné ambulantní a další terapie vyžadují různě dlouhý čas. To má za následek další redukci sociálních rolí, změnu společenského postavení nemocného jedince a vznik nové role – role pacienta. Z této role pro nemocného vyplývají omezení, jejichž šířku určuje charakter nemoci a podřízenost zdravotnickému personálu, který převzal odpovědnost za jeho uzdravení. Role se mohou stát zároveň zdrojem uspokojení, bez ohledu na povahu onemocnění, neboť jsou základem prožívání sebe sama. Zvládání změněných rolí je nesmírně náročný proces a vyžaduje od nemocného jedince vynaložení značného psychického a často i fyzického úsilí, má-li ve změněných poměrech, které jeho nemoc způsobila, obstát. Teoretická východiska k této problematice popisují např. Křivohlavý (2002) a Vymětal a kol. (2007).

Onemocnění by nemělo dominovat, proto jsou u nemocného od počátku velmi důležité postoje, jaké zaujme k nemoci, resp. k přijetí sdělení o nepříznivém zdravotním stavu. Z psychologického hlediska se toto období považuje za zásadní, neboť determinuje, jak bude terapie nemocným zvládnuta a jak na ni bude reagovat (Adam a kol., 2003).

Choroba nekomplikuje život pouze nemocným, ale nová nepříznivá situace má vliv i na blízké osoby. Fungování nepsaných pravidel v rodině i ve všech vztazích je podrobeno zkoušce. Představy všech zainteresovaných o tom, jak a kdy se mají jednotlivci na fungování podílet, nejsou jednotné. Tím může docházet ke kolizím a přehodnocování vztahů právě v době, která vyžaduje opření se nemocného o stabilitu blízkých. Proto i příbuzní nemocných a jejich blízcí potřebují hovořit o svých emocích a potřebách. Psychosociální opora je šance pro všechny zúčastněné, a to vzhledem k citlivým a závažným skutečnostem. Snahou všech zúčastněných je adaptace na nově vzniklé okolnosti a významnou pomoc může představovat rodinná terapie (Dostálová, 1993). Závažná nemoc blízkého člověka znamená ohrožení i hodnoty, kterou je vztah k nemocnému člověku. Stejně jako nemocný, i rodinní příslušníci reagují na sdělení nepříznivé diagnózy úzkostí a strachem z budoucnosti. Cítí se bezmocní, zmatení, nevědí, co by měli dělat a co se bude dít dále. Adaptace rodiny na maligní onemocnění člena rodiny je určována zejména rodinným stylem reagování na stres, tzn. tím, jak je zvyklá řešit konflikty, jak zachází s emocemi, jak jednoznačně je zvyklá vyjadřovat postoje apod. (Matoušek a kol., 2003).

Většina onkologicky nemocných i jejich rodinných příslušníků vnímá primárně onemocnění jako handicap či sociální izolaci a podle toho volí různé strategie chování. Zvažují, jak naložit s přijetím informace o nepříznivé diagnóze, jestli se mají se svým okolím podělit nebo naopak nemoc tajit. Mnohdy se stává, že zejména na pracovištích není plnohodnotně přijímán fakt periodické dispenzarizace, která je u většiny pacientů doživotním procesem. Opakované kontroly v onkologických zařízeních jsou i pro dlouhodobě stabilizované pacienty psychicky velmi zatěžující. Na pracovištích jsou tito jedinci většinou posuzováni již jako „zcela vyléčeni“, možné projevy únavy či výkonnostní „výkyvy“ bývají přisuzovány spíše hypochondrii, přecitlivělosti. Při otevřeném sdělování svých zdravotních problémů a s nimi spojených psychických stavů se setkávají s necitlivým přístupem, zlehčováním situace a dokonce podrobným líčením situace podobně postižených jedinců (O'Connor, Aranda, 2005; Abrahámová a kol., 2009).

Svépomocné skupiny jako forma psychosociální pomoci

V současné době jsou svépomocné skupiny považovány za jednu z forem velmi účinné psychosociální pomoci nemocným i jejich blízkým. Hnutí svépomocných skupin se v posledních letech rozšiřuje a jistě si zaslouží pozornost. Do

fungování určité části svépomocných skupin jsou nějakým způsobem zapojeni odborníci – jako vedoucí skupiny, konzultanti, lektoři nebo jako pozorovatelé. Těmito odborníky by měli být především sociální pracovníci, jejichž nejčastějším úkolem bývá zajištění místa, pravidelnosti setkávání a bezpečného zázemí pro práci skupiny. Neméně důležité je pak také zajištění kvalitního kontaktu na následné služby odborníků.

Svépomocná skupina bývá nejstručněji definována jako „skupina lidí pociťujících nějaký společný problém, kteří se sdružili, aby s ním něco udělali" (Bútora, 1990, s. 33). Odborníci tento pojem definují obdobně i v zahraničí. Např. Trojan (1986, s. 38) uvádí, že je to „obecný nadřazený pojem pro všechny individuální a kolektivní formy jednání ‚postižených', které slouží k předcházení a lepšímu zvládání nemocí, psychických a sociálních problémů bez nároku na placené profesionální služby". Obdobně definuje svépomocnou skupinu Söllner (1995, s. 651): „Svépomocnou skupinou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která není vykonávána v profesionální oblasti společenství. Přitom se hovoří také o tzv. potenciálu laických pomocníků nebo o primárních sociálních sítích. Patří sem rodina, přátelé, sousedé a důvěrné osoby na pracovišti, ve spolcích nebo konfesijních seskupeních."

Moeller (1992) vymezuje svépomocné skupiny podrobněji:

1. U psychologicko-terapeutických svépomocných skupin (např. AA – anonymní alkoholici, anonymní neurotici apod.) je snaha řešit osobní konflikty a psychické poruchy.
2. Právně a lékařsko-technicky orientované skupiny (např. Sdružení nemocných revmatem, diabetici apod.) se pokoušejí pro sebe mobilizovat pomoc z těchto zmiňovaných oblastí. Přitom sledují také terapeutické cíle.
3. Specifické svépomocné skupiny pro ženy nebo muže (např. emancipační hnutí, homosexuální skupiny) sledují především sociálněpolitické, ale také terapeutické cíle.
4. Život utvářející svépomocné skupiny se zabývají novými životními formami, které jsou zaměřeny na obsáhlé humánní utváření života (např. územní komunity, bytová společenství).
5. Svépomocné skupiny orientované na práci se pokoušejí najít možnosti výdělku (např. nezaměstnaná mládež).
6. Svépomocné skupiny zaměřené na učení a vzdělávání vyvíjejí nové formy vzdělávání a zpracovávají poruchy učení.
7. Občanské iniciativy se pokoušejí poukazovat na nepořádky ve veřejném životě a změnit je (např. výchova ve škole, plánování města, ochrana životního prostředí).

Obecně lze tedy rozlišit dva druhy skupin:

- zaměřené na životní problémy (duševní nebo sociální);
- zaměřené na nemoc (nemoc nebo postižení).

Hlavní cíl svépomocných skupin spočívá ve snaze zmírnit pocit odcizení a izolace členů skupiny. K jejich podstatným *atributům*, které pozitivně ovlivňují své členy, zvláště patří sdílení zkušeností, uvolnění nahromaděných emocí v podpůrné a chápající atmosféře a výměna informací. Další důležitý znak svépomocných skupin tvoří „postižení" jejích členů. V praxi to znamená, že všichni členové jsou zároveň „dodavatelem" i „odběratelem" pomoci současně. Významnou vlastností je rovnocenné postavení účastníků. Kterýkoliv z členů je sám odpovědný za své záležitosti a jeho aktivitu nijak neovlivňuje vnější situace. Každá svépomocná skupina funguje v tzv. občanské dimenzi – její členové jednají pouze ve vlastním zájmu. Čerpají energii z toho, že zastupují sami sebe, nabývají potřebných zkušeností z prožívání a řešení svých vlastních problémů. Jde v podstatě o samostatné a odpovědné jednání ve vlastní tísni (Bútora, 1990).

Katz a Bender (1976) přidávají dalších šest znaků svépomocných skupin, které je odlišují od jiných organizací:

1. svépomocné skupiny se vždy vyznačují interakcí „tváří v tvář";
2. jejich vznik je obvykle spontánní;
3. významným prvkem je osobní účast, byrokracie je nepřítelem svépomoci;
4. členové jsou zvyklí dohodnout se na určitých akcích a angažovat se na nich;
5. skupina obvykle začíná své působení v situaci bezmocnosti;
6. skupina představuje pro své členy referenční skupinu, je místem styku a prostorem pro identifikaci s ostatními.

Mezi deskriptivní znaky svépomocných skupin řadí Moeller (1992): velikost, kontinuitu, vlastní postižení a symetrii vztahů:

- *Velikost*, typické psychologicko-terapeutické svépomocné skupiny mají 6 až 12 členů. Tento malý počet členů na jedné straně v sobě skrývá nebezpečí vlastní izolace a koncentrace na sebe sama, na druhé straně mohou postižení (členové) v malých skupinách spíše hovořit o problémech, které je osobně tíží.
- *Kontinuita* svépomocné skupiny se ukazuje v pravidelnosti setkání. Členové takových malých skupin se často setkávají jednou až dvakrát do měsíce asi na dvě hodiny. Rozhovory jsou většinou vedeny bez profesionálních pomocníků. Předností této pravidelnosti je kontinuální zpracovávání osobních problémů a zátěže členů skupiny. Pro skutečný princip svépomoci jsou dynamika malé skupiny a její vysoce frekventovaná setkání rozhodující.
- *Vlastní postižení* jako rozhodující společný znak všech svépomocných skupin vede na jedné straně ke kohezi, na straně druhé členové jednají ve vlastní věci. Je třeba se mít ale na pozoru před příliš silnou identitou skupiny, kdy by individuální identita ustupovala do pozadí a člověk by žil jen pomocí skupiny.
- *Symetrie* vztahů mezi členy skupiny znamená, že ve skupině neexistuje žádný vedoucí nebo určený pomáhající, ke kterému by člověk vzhlížel a byl mu vděčný. Každý je ve své věci sám aktivní a sám zodpovědný.

Znaky svépomocných skupin lze tedy shrnout následovně:

- všichni členové skupiny jsou si rovni;
- každý rozhoduje sám o sobě;
- skupiny rozhodují na vlastní zodpovědnost;
- každý přichází do skupiny dobrovolně;
- o čem se ve skupině hovoří, to má ve skupině také zůstat a nic nemá proniknout navenek;
- účast ve skupině je bezplatná;
- skupina se neorientuje na žádný zisk.

V zahraničí mají svépomocné skupiny již dlouholetou tradici. První svépomocná skupina jako psychologicko-terapeutická skupinová aktivita bez profesionální pomoci se vyvinula v roce 1935 ve Spojených státech amerických díky skupině „Anonymní alkoholici“ (AA). Tuto skupinovou aktivitu založil po povzbuzení C. G. Jungem „Bill a Dr. Bob“. Od té doby se miliony lidí po celém světě sdružovaly ve svépomocných skupinách. Těmto skupinám je společné, že svou záležitost vyřizují vlastní iniciativou a s vlastní odpovědností. V onkologické následné péči to znamená opustit převážně pasivní pozici pacienta a zvládat aktivně své onemocnění rakovinou a jeho důsledky (Wutte, 1998).

Rozhodujícím znakem svépomocných skupin je jejich *účinek* dovnitř. Svépomocné skupiny sdružující nemocné, například onkologicky, vidí svůj hlavní cíl v osobní změně jednotlivců za pomoci skupiny (Herkner, 1991). Podle Moellera (1992) spočívá účinek svépomocných skupin v principu kontinuity, principu skupiny a principu svépomoci:

- *Princip kontinuity* je základem práce svépomocné skupiny. To znamená, že na stejných konfliktech lze pracovat po delší časové období. Princip kontinuity také umožňuje členům odstranit rozdělení a dbát na narcistickou dimenzi uzdravovacího procesu (uzdravení poškozeného Já). Členové dále získají schopnost kontinuity jako snést napětí, vydržet strach a přijmout silnější negativní pocity jako např. agresi, depresi nebo ublížení.

- *Principem skupiny* se chápe šance afektivně a intelektuálně v malých kontinuálních skupinách uvést své vlastní problémy. Nejdůležitější funkcí a účinkem skupiny je odstranění vnější a vnitřní izolace lidí. Toto téma je u onemocnění rakovinou prsu zvlášť aktuální, neboť ženy se po diagnóze, příp. primární terapii často stáhnou do ústraní a nejsou schopné sdělit svému okolí své starosti, strach a potřeby. Příslušnost ke svépomocné skupině může tuto izolaci odstranit, neboť když člověk navštěvuje svépomocnou skupinu s konkrétním obsahem a cílem, může to mít pro jednotlivce s ohledem na sociální interakci velký význam a má tedy vysokou terapeutickou hodnotu.

- *Princip svépomoci* je obecným principem života. Ve skupině osoba pomáhá sama sobě sebeurčením, učením přes vlastní prožitky, odhalováním sebe, a tak vlastním výkonem působí na druhé jako model. Modelové učení a procesy identifikace mají v terapeutickém procesu velký význam.

Mezi znaky úspěšnosti svépomocných skupin onkologicky nemocných lze zařadit snížení deprese a jiných duševních obtíží, snížení tělesných potíží, nárůst iniciativy, autonomie a spokojenosti, zřetelný nárůst schopnosti navazovat kontakty, intenzivnější vztahy k druhým a zvýšená připravenost a schopnost pomoci sobě i jiným.

Jaké jsou *důvody připojení se ke svépomocné skupině*? Jak píše Nothaft (1998), například u rakoviny prsu se jedná v případě radikální operace o zvládnutí značné ztráty, k němuž patří i smutek a jeho zpracování. Způsob zvládnutí je individuální a závisí na subjektivním vnímání této zátěže. Z hlediska prognózy se ukázaly jako výhodnější aktivní a bojovné způsoby chování v kombinaci s pozitivně-optimistickým základním postojem. Také aktivní vyhledání svépomocné skupiny je výrazem aktivního zpracování nemoci. Podstatným předpokladem individuální motivace k příchodu do skupiny je blízké sociální prostředí jako skutečně existující psychosociální zdroj pomoci. Pacientky jsou si často vědomy plného rozsahu svého onemocnění teprve po propuštění z nemocnice. Nemoc a s ní spojená omezení a změny v každodenním životě mohou vést k tomu, že si ženy náhle připadají neužitečné a znehodnocené. V důsledku toho může dojít k depresím a ty zase zapříčiňují stažení se ze sociálního života. Svépomocná skupina zde může být užitečnou ochranou před nesprávným zpracováním nemoci. Ovšem na druhou stranu může ve skupině docházet i k vytváření vědecky nepodložených teorií, které mohou mít negativní vliv na uzdravovací proces. Pro skupinu je také zatěžující, jestliže jeden její člen se náhle stáhne do ústraní, poněvadž to staví před oči ostatních členů nejistotu o průběhu nemoci. Ještě horší zátěží pro skupinu je smrt jednoho jejího člena.

ZÁVĚR

Při zvládání stresové situace, kterou onkologické onemocnění bezesporu představuje, člověk disponuje různorodými zdroji posily a pomoci. Pomineme-li vnitřní zdroje, pak mezi vnějšími stojí na prvním místě sociální opora. Miliony let trvající evoluce člověka se realizovala v sociálních podmínkách, ve kterých spolupráce a solidarita s jinými lidmi znamenala významnou podmínku k přežití. V ohrožující situaci hledá člověk u jiných nejen pomoc, ale také oporu. Sociální opora může ovlivnit vyhodnocení stresorů, případně přispět ke vhodné reakci na stresory. V běžném životě se pozitivní účinek sociální opory projevuje nezávisle na tom, zda se jedinec nachází ve stresu. Dobré vztahy k lidem, projevovaná přízeň, porozumění a sympatie vytvářejí situaci vzájemnosti, pohody, která může působit přímo na zdraví bez ohledu na to, zda jedinec stres prožívá nebo ne. K objektivním momentům patří dostupnost pomoci a míra, v jaké se jedinec může v případě potřeby na ni spolehnout. Pro získání aktuální sociální opory jsou důležité jak pocit blízkosti jedné osoby, tak pocit svazku s širší sociální skupinou – tuto roli mohou velmi vhodně převzít skupiny svépomocné. Sociální opora poskytovaná svépomocnou skupinou působí jako mediátor mezi stresem a výsledkem jeho působení. Uspokojivé sociální vazby inhibují maladaptivní obranné reakce, snižují úzkost, bezmocnost a beznaděj onkologicky nemocného. Poskytovaná psychosociální opora má pozitivní vliv na snahu bojovat s chorobou, zvyšuje chuť žít, nevzdávat se a aktivně se podílet na vlastním uzdravení. Psychosociální opora nenahrazuje lékařské postupy, pouze je v průběhu doléčování doplňuje a zvyšuje tak kvalitu života a naději na přežití.

LITERATURA

1. Abrahámová J a kol. (2009). Co byste měli vědět o rakovině prsu. Praha: Grada.
2. Adam Z, Vorlíček J, Koptíková J (2003). Obecná onkologie a podpůrná léčba. Praha: Grada.
3. Baštecká B, Goldmann P (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
4. Baštecký J, Šavlík J, Šimek J (1993). Psychosomatická medicína. Praha: Grada.
5. Bracha HS (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spektrum. CNS Spektrum 9: 679–685. In: Kebza V (2009). Chování člověka v krizových situacích. Praha: Česká zemědělská univerzita.

6. Bútora M (1990). Překročit svůj stín: kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví. Praha: Avicenum.
7. Cannon WB (1929). Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Research into the Function of Emotional Excitement, 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts. In: Kebza V (2009). Chování člověka v krizových situacích. Praha: Česká zemědělská univerzita.
8. Caplan G (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basis Books.
9. Dostálová O (1993). Jak vzdorovat rakovině. Praha: Grada.
10. Dostálová O, Šiklová J (2004). Sociální práce v paliativní medicíně. In: Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y a kol.: Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing.
11. Herkner W (1991). Lehrbuch Sozialpsychologie. 1. Aufl. Stuttgart: Huber Verlag.
12. Hladký A a kol. (1993). Zdravotní aspekty zátěže a stresu. Praha: UK.
13. Horowitz MJ (1979). States of mind. New York: Plenum Press. In: Paulík K (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
14. Katz AH, Bender EI (1976). The strength in us: self-help groups in the modern world. New York: New Viewpoints.
15. Kebza V (2005). Psychosociální determinanty zdraví. 1. vyd. Praha: Academia.
16. Kebza V (2009). Chování člověka v krizových situacích. Praha: Česká zemědělská univerzita.
17. Klener P (2002). Klinická onkologie. Praha: Galén.
18. Křivohlavý J (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
19. Křivohlavý J (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
20. Lazarus RS (1966). Psychological stress and coping process. New York: McGraw-Hill.
21. Lazarus R, Folkman S (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub.
22. Matoušek O a kol. (2003). Metody a řízení sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál.
23. Meichenbaum D (1977). Cognitive-behaviour modifacation: An interactive approach. New York: Plenum Press.
24. Mikšík O (1985). Psychická integrita osobnosti. Praha: UK.
25. Misjak SA (2002). Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов. [online]. 2. přepracované a doplněné vydání. Херсон: Айлант. 216 p. [cit. 04-05-2011]. Dostupné z: http://www.spirehab.com/?soc
26. Mlčák Z (ed.) (2005). Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty. Spis FF OU č. 158. Ostrava: FF OU.
27. Moeller ML (1992). Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
28. Mohapl P (1992). Úvod do psychologie nemoci a zdraví. Olomouc: AUPO.
29. Neufeld RWJ (ed.) (1982). Psychological stress and psychopathology. New York: McGraw-Hill. In: Baštecká B, Goldmann P (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
30. Nezu AM a kol. (2004). Pomoc pacientům při zvládání rakoviny. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
31. Nothaft A (1998). Faktoren, welche Mammakarzinompatientinnen veranlassen/abhalten einer selbsthilfegruppe beizutreten. Wien: Universität Wien.
32. O'Connor M, Aranda S (2005). Paliativní péče – pro sestry všech oborů. Praha: Grada.
33. Paulík K (2005). Sociální práce jako vědní obor, činnost a profese. In: Mlčák Z (ed.) (2005). Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty. Spis FF OU č. 158. Ostrava: FF OU, s. 7–27.
34. Paulík K (2006). Determinace lidského zvládání zátěže. Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Ostraviensis. Ostrava: FF OU.
35. Paulík K (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
36. Payne S, Seymour J, Ingleton CH (2007). Principy a praxe v paliativní medicíně. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
37. Selye HHB (1983). The stress concept. Past, present and future. počet stran? In: Paulík K. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
38. Schneiderová A (2005). Pomáhající interakce jako základ sociální práce. In: Mlčák Z (ed.) (2005). Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty. Spis FF OU č. 158. Ostrava: FF OU, s. 137–152.
39. Söllner W (1995). Lehrbuch der psychosozialen Medizin. Wien: Springer Verlag.
40. Špatenková N a kol. (2004). Krize – psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada.

41. Trojan A (1986). Wissen ist Macht, eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
42. Tschuschke V (2004). Psychoonkologie. Praha: Portál.
43. Vodvářka P (1997). Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkologie. Ostrava: OU.
44. Vodvářka P (2001). Třiadvacet dialogů o rakovině. Praha: Galén.
45. Vodvářka P (2004). Podpůrná léčba v onkologii 2003. Praha: Galén.
46. Vorlíček J (1998). Paliativní medicína. Praha: Grada.
47. Vorlíček J, Adam Z, Pospíšilová Y a kol. (2004). Paliativní medicína. Praha: Grada.
48. Vorlíček J, Abrahámová J, Vorlíčková H a kol. (2006). Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada.
49. Vymětal J a kol. (2000). Speciální psychoterapie. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
50. Vymětal J a kol. (2007). Speciální psychoterapie. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada.
51. Wutte A (1998). Einfluss der Scham und sozialer Interaktion auf den Besuch von Selbsthilfegruppen am Beispiel der Mammakarzinompatientinnen. Wien: Universität Wien.
52. Yalom ID (1980). Existential Psychotherapy. New York: Basic Books.
53. Záškodná H (2008). Odolnost vůči zátěži a závislost na drogách. AUSPICIA. V/1: 80–87.

✉ **Kontakt:**
Doc. PhDr. Helena Záškodná, CSc., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra psychologie a speciální pedagogiky
E-mail: zaskodna@seznam.cz