

# Dlouhá cesta - pomoc rodičům, kteří přežili své děti

Bc. Martin Stavjaník

---

Diplomová práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martin STAVJANÍK**

Osobní číslo: **H09295**

Studijní program: **N 7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Dlouhá cesta – pomoc rodičům, kteří přežili své děti.**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti paliativní péče, poradenství a krizové intervence.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace výzkumu.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., OLIVIERE, D., ed. Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.

KOHOUTEK, T. Psychologie katastrofické události. Praha: Academia, 2009. 362 s. ISBN: 978-80-200-1816-8.

PARKES, C.M. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN: 978-80-87029-23-7.

ŠPATÉNKOVÁ, N. Poradenství pro pozůstalé. Praha: Grada Publishing, 2008. 143 s. ISBN: 978-80-247-1740-1.

ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**19. ledna 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**29. dubna 2011**

Ve Zlíně dne 19. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...26. dubna 2011

  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá tématem ztráty dítěte a tím, jak se s touto ztrátou vyrovnávají jeho rodiče. Práce je členěna do dvou částí – části teoretické a části praktické.

V teoretické části práce nejprve vymezuje základní pojmy, se kterými se v rámci tématu pracuje. Hluběji se pak zabývá obecně krizovou událostí, dále smrtí dítěte jako traumatickou událostí pro rodiče i reakcemi, které s touto ztrátou souvisejí; zabývá se také tématem smrti dítěte v historii a procesem truchlení. Poslední dvě kapitoly popisují možnosti pomoci rodičům v této krizové situaci, a to jednak z hlediska krizové intervence, tak následně i z hlediska terapie.

Praktická část popisuje metodiku i průběh kvalitativního výzkumu, zaměřeného na pomoc rodičům, kterým zemřelo dítě. Jeho výsledkem je analýza rozhovorů s rodiči se zkušeností ztráty dítěte, která popisuje to, co při zpracovávání zármutku nad smrtí dítěte nejvíce těmto rodičům pomohlo, co jim naopak nejvíce uškodilo, jaké vplynuly pro jejich život z této situace příležitosti a naopak jaké hrozby.

Klíčová slova:

Krize, krizová intervence, psychoterapie, smrt, zármutek, truchlení, posttraumatická stresová porucha, popření, vytěsnění, ztráta

## **ABSTRACT**

This diploma thesis is focused on the topic of losing child and how parents deal with this loss. Thesis is divided into two parts – theory and practise.

In the theoretical part are main concepts defined. These main concepts are connected to the topic of the thesis. More deeply is the thesis focused on general crisis situation, death of a child as a traumatic incident for parents and reactions that follows. The topic of children's death in history and the process of mourning is involved. Last two chapters describe possibilities how to help parents in this situation – from the crisis intervention point of view and from the perspective of therapy.

Practise part describes methodology and pursuance of the qualitative research, which was focused on the help for parents, whose child died. Its result is analysis of interview with parents with the experience of the loss of their child. This analysis describes what helped parents the most, when they lost their child and what harmed them the most. It is also said, what kind of opportunities for their lives arosed from this experience and on the other hand what kind of threats occured.

Keywords:

Crisis, crisis intervention, psychotherapy, death, grief, grieving, post-traumatic stress disorder, denial, dispel,loss

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Je to stav, se kterým se člověk nikdy nesmíří, ale musí se s ním naučit žít.“*

Chtěl bych upřímně poděkovat Mgr. Radaně Kroutilové-Novákové, Ph.D. za velkou inspiraci potřebnou ke psaní své práce a také za odborné vedení během konzultací.

Práci věnuji všem rodičům s nelehkým životním osudem, kteří mi laskavě poskytli rozhovor a tím si museli znovu projít temným údolím své duše.





## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
<b>1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO POJMOSLOVÍ.....</b>	<b>15</b>
1.1 KRIZE .....	15
1.2 KRIZOVÁ INTERVENCE.....	16
1.3 TERAPIE, PSYCHOTERAPIE.....	17
1.4 TRAUMA .....	18
1.5 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	19
1.6 SMRT .....	19
<b>2 CHARAKTERISTIKA KRIZOVÉ UDÁLOSTI.....</b>	<b>20</b>
2.1 KRIZOVÁ UDÁLOST.....	20
2.2 HISTORIE STUDIÍ KRIZOVÝCH UDÁLOSTÍ.....	21
2.3 KRIZE Z POHLEDU TEORIE KRIZOVÝCH UDÁLOSTÍ .....	22
<b>3 SMRT DÍTĚTE JAKO TRAUMA .....</b>	<b>26</b>
3.1 SMRT DÍTĚTE V KONTEXTU ŽIVOTNÍ DRÁHY .....	26
3.2 SMRT DÍTĚTE V HISTORII.....	27
3.3 SMRT DÍTĚTE JAKO VÝJIMEČNÁ UDÁLOST.....	28
3.4 ZTRÁTA NENAROZENÉHO DÍTĚTE .....	29
3.5 SYNDROM NÁHLÉHO ÚMRTÍ KOJENCŮ .....	30
<b>4 REAKCE NA TRAUMA .....</b>	<b>32</b>
4.1 STRATEGIE TĚLA A PSYCHIKY V BOJI S KRIZOVOU SITUACÍ.....	32
4.2 GENDEROVÉ ROZDÍLY V REAKCÍCH NA SMRT DÍTĚTE .....	32
4.3 PROJEVY SMUTKU JAKO REAKCE NA ZTRÁTU DÍTĚTE.....	33
4.4 VYTĚSNĚNÍ TRAUMATU .....	36
4.5 POPŘENÍ TRAUMATU.....	37
4.6 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	38
4.6.1 Mýty o Posttraumatické stresové poruše .....	40
4.7 KRIZE MEZI MANŽELI JAKO REAKCE NA ZTRÁTU .....	42
4.8 VÝZNAM RITUÁLU POHŘBU A TRUCHLENÍ.....	42
4.9 REAKCE OKOLÍ NA ZÁRMUTEK POZŮSTALÝCH .....	43
<b>5 KRIZOVÁ INTERVENCE.....</b>	<b>47</b>
5.1 VZTAH KRIZOVÉ INTERVENCE A PSYCHOTERAPIE.....	47
5.2 ČASOVÝ RÁMEC KRIZOVÉ INTERVENCE .....	48
5.3 MÝTY O KRIZOVÉ INTERVENCI .....	49
5.4 NÁROKY NA PRACOVNÍKA KRIZOVÉ INTERVENCE .....	51
<b>6 NÁSLEDNÁ PÉČE A TERAPIE .....</b>	<b>53</b>

6.1	TRUCHLENÍ .....	53
6.2	TRUCHLENÍ JAKO PROCES .....	54
6.3	SKUPINOVÉ ZPRACOVÁNÍ SMRTI DÍTĚTE .....	55
6.4	RITUÁLY JAKO PŘIROZENÁ SOUČÁST LOUČENÍ SE S MRTVÝMI .....	59
6.5	PŘÍBĚHY JAKO TERAPEUTICKÉ ZDROJE .....	59
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>61</b>
<b>7</b>	<b>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>62</b>
7.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	62
7.2	CÍL VÝZKUMU .....	63
7.3	POJETÍ VÝZKUMU .....	63
7.4	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	65
7.5	ROZHOVORY STANDARDIZOVANÉ S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI.....	66
7.5.1	Polostrukturované rozhovory .....	66
7.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	67
<b>8</b>	<b>INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>69</b>
8.1	CO POMOHLA RODIČŮM PŘI ZPRACOVÁVÁNÍ ZÁRMUTKU NAD ZTRÁTOU DÍTĚTE? .....	69
8.2	CO UŠKODILO RODIČŮM PŘI ZPRACOVÁVÁNÍ ZÁRMUTKU NAD ZTRÁTOU DÍTĚTE? .....	71
8.3	JAKÉ NEČEKANÉ POZITIVNÍ ŽIVOTNÍ PŘÍLEŽITOSTI PŘINESLA TRAGICKÁ UDÁLOST SMRTI DÍTĚTE? .....	73
8.4	JAKÉ NEČEKANÉ ŽIVOTNÍ HROZBY PŘINESLA TRAGICKÁ UDÁLOST SMRTI DÍTĚTE? .....	74
8.5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	74
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>80</b>

## ÚVOD

Když jsem nastupoval před necelými dvěma lety do nástavbového Magisterského studia, o tématu své budoucí diplomové práce jsem měl celkem jasno. Chtěl jsem pokračovat ve výzkumu bakalářské práce na téma sexuální zneužívání, zejména proto, že se mu pravidelně věnuji v rámci preventivních besed na školách, mám o něm nastudováno spoustu odborné literatury a měl jsem v hlavě nějaké nápady, kterým směrem by se můj výzkum mohl ubírat tentokrát.

Mezitím se však udály věci, které kormidlo mého směřování nastavily úplně jiným směrem...

Pracuji již desátým rokem v občanském sdružení Unie Kompas ve Zlíně, které se věnuje prevenci patologických jevů mezi dětmi a mládeží. A to zejména v rámci nízkoprahových klubů, kterých máme ve Zlíně a v Otrokovicích už celkem čtyři, dále v rámci terénní sociální práce, psychologické poradny pro děti a mládež a já jsem vedoucí projektu prevence na školách – realizuji besedy, přednášky a programy, zejména pro žáky a studenty základních a středních škol. Protože jedním z témat mých programů je interaktivní program zaměřený na vztahy v kolektivu, setkávám se s některými třídami a žáky během jejich studia několikrát a mám s nimi velmi osobní vztah. Stejně tak s jejich třídními učiteli.

Díky své práci jsem se zapojil v roce 2009 do ve Zlíně nově vznikajícího KIP týmu (komunitní intervenční psychosociální tým), jehož úkolem je pomoci lidem v konkrétní krizové situaci, jako například při povodních nebo jiných nečekaných katastrofických událostech. KIP tým ve Zlíně vznikl pod hlavičkou organizace ADRA Zlín a začal prakticky fungovat právě v době, kdy se podobná katastrofa – i když v menším měřítku – stala. Koncem ledna 2009 spadl totiž v centru města Zlína nečekaně mohutný strom právě v době, kdy kolem něj byla spousta lidí a smrtelně zranil dva dvanáctileté chlapce, kteří poté v blízké době na následky svého zranění zemřeli. Událost zasáhla celé město, spousta lidí se o ni zajímala stejně jako o osudy chlapců a jejich rodin.

A tady právě vzniká spojení mezi mou prací na školách a KIP týmem. Na jeho organizační schůzi věnované pomoci rodinám chlapců, kteří zemřeli po pádu stromu, jsem zjistil, že jsem je oba znal z programů pro třídu a zejména jsem dlouhodobě pracoval se třídou, do které chodila sestra jednoho z chlapců. Ta smrt svého mladšího bratra nesla velmi těžce a v celé její třídě panovala velmi smutná atmosféra, v níž nikdo – včetně její třídní učitelky – moc nevěděl, jak se k ní zachovat a jak ji pomoci. Proto jsem pod hlavičkou

nově vzniklého KIP týmu nabídl psychologickou podpůrnou pomoc třídám, kde chodili oba chlapci i sestra jednoho z nich a následně jsem s kolegyní psycholožkou zorganizoval v obou třídách program zaměřený na zpracování zármutku.

Od té doby jsem takových programů absolvoval několik a postupně jsem také začal spolupracovat s občanským sdružením Dlouhá cesta, jehož posláním je po celé České republice pomáhat rodičům, kteří přežili své děti a které zrovna zakládalo svou pobočku ve Zlíně. Osobně jsem mnohé z těchto rodičů poznal, a když mi potom má budoucí vedoucí diplomové práce – Radana Nováková-Kroutilová – navrhla, abych svou práci zaměřil právě na pomoc těmto rodičům a na výzkum zaměřený na zpracování zármutku nad ztrátou dítěte, začaly do sebe zapadat kamínky mozaiky a bylo rozhodnuto.

**Cílem mé práce je jednak odtabuizovat téma smrti dítěte jako něčeho, o čem se lidé nechtějí raději bavit a nevědí, jak mluvit se svými blízkými, kterým se tato tragédie stala; dále si kladu za cíl mapovat situaci, co konkrétně pomohlo rodičům, kteří za sebou tuto zkušenost mají, a také co jim uškodilo a znesnadnilo bezpečně se vyrovnávat se ztrátou svého dítěte.**

Uvědomuji si, že to není úkol snadný, a také jsem to tak prožíval v průběhu psaní své práce i realizace výzkumu. Zejména proto, že jsem se setkával se spoustou stereotypů a mýtů spojených s touto situací a také se spoustou emocí, které v souvislosti s ní nutně přicházejí. Ale nelituji – výsledkem je pro mě velmi silný zážitek setkání s mnoha rodiči a jejich těžkými osudy, který mě obohatil o poznání, co je vlastně v životě důležité a na čem opravdu záleží.

Chtěl bych touto cestou poděkovat všem rodičům, kteří mě pozvali na nelehkou cestu do svého nitra a nebáli se svěřit mi kus svého srdce prostřednictvím vzpomínek na svou životní tragédii. Kéž jim tato práce pomůže k překonávání nepochopení, které často vězí mezi nimi a lidmi kolem nich, kteří nic podobného nezažili. Kéž jim to také pomáhá – a to je, přiznávám, velmi neskromný cíl – k překonávání jejich vlastní bolesti!

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍHO POJMOSLOVÍ

V této kapitole se budeme věnovat všem základním nejdůležitějším pojmům, které se vztahují k práci: pojmu krize, krizová intervence, psychoterapie, trauma, posttraumatická stresová porucha a pojmu smrt. Většina pojmů je z oboru psychologie nebo hraničních oborů sociální psychologie či sociální pedagogika.

### 1.1 Krize

Slovo krize pochází původně z řeckého slova *krisis*, označujícího vrcholnou fázi soudního procesu, kdy dochází k rozhodujícímu momentu a dospívá se k rozsudku. Čínské přísloví pro označení krize by se dalo volně přeložit jako „krize znamená příležitost ke změně“. Již tato dvě dosti dávná pojetí v mnohém odpovídají současnému pojetí krize, tak jak ji chápe dnešní moderní odborná veřejnost (Krejcar, 2002).

Kastová definuje krizi jako „zatěžující nerovnováhu mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnání, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život. Prožitek schopnosti formovat život pro nás má vysokou hodnotu, která je v krizi ohrožena“ (Kastová, 2000, s. 15).

Podle Sillamyho psychologického slovníku znamená krize „náhlý projev porušení rovnováhy. Lidský život je znamenán krizemi, z nichž první je narození (vstup do života je provázen křikem). Později prochází člověk celou řadou kritických období, u nichž hlavní jsou odstavení, vstup do školy, adolescence a menopauza. Prudké emoce a dlouhodobé těžké frustrace vyvolávají nervové krize, záchvaty agitovanosti nebo zlosti.“ (Sillamy, 2001, s. 246)

Z výše uvedené definice vyplývá několik charakteristik přisuzovaných krizi: Za prvé je to subjektivita celé krizové situace. Různí lidé jsou různým způsobem psychicky zranitelní, a proto určitou událost někdo zvládne sám a bez pomoci a někdo jiný ji vnímá jako natolik závažnou a náročnou, že vyhledá odbornou pomoc. Přestože existují nejrůznější přehledy událostí, které mohou vést ke krizi (např. Holmes a Rahe), nemůže žádný odborník ani laik stanovit, zda má jedinec nárok prožívat situaci jako krizi, nebo zda není situace natolik závažná, aby byla za krizi považována. Z kontextu této mé práce však vyplývá, že situace smrti dítěte je pro rodiče natolik závažná, že prakticky všichni respondenti z výzkumného vzorku ji za krizi považují. Myslím, že v dnešní kultuře, která je mnohem více zaměřená na děti než kultury minulé, by si ani nikdo nedovolil smrt vlastního dítěte

nepovažovat za krizi. Názory se zřejmě budou rozcházet až v některých detailech, např. jestli potrat dítěte (ať už samovolný nebo uměle vyvolaný) lze považovat za skutečnou smrt dítěte nebo jen jeho zárodku, který ještě dítětem není.

Jak už jsme v této práci uvedli výše - jako přirozená součást lidského života, která v sobě nese určitý potenciál pro změnu, nastolení nového pohledu na svět či život. Také Vodáčková (2002, s. 52) ve své knize uvádí, že krize podmiňuje zrání a vývoj jako přirozená součást lidského života. Krizi tedy čas od času prožíváme všichni, abychom se ve svém životě mohli posunout o něco dále.

Hartl (2009, s. 279) popisuje krizi jako situaci selhání dosavadních regulativních mechanismů, nefunkčnost v oblasti biologické (spánek, potrava), psychické (ztráta smyslu života), sociální (život s druhými); je to výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě; období přechodu mezi vývojovými stádii.

## 1.2 Krizová intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky z klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ (Vodáčková, 2002, s. 544)

Krizovou intervencí dále definuje Špaténková (2004, s. 15) jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitli v krizi. Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence podle ní zahrnuje především pomoc: psychologickou, lékařskou, sociální a právní.

Krizová intervence ve formě psychologické pomoci spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu zaměřením na problém, který krizi vyvolal. Jedinec je s krizí konfrontován a dochází k jejímu řešení. Eliminace příznaků krize a znovuoobjevení psychické rovnováhy zabraňuje dalšímu rozvoji dezorganizace.



Lékařská pomoc zahrnuje především (ovšem nejen) intervenci psychiatrickou a v případě potřeby také medikaci (např. psychofarmaka) a krátkodobou hospitalizaci.

V rámci sociální pomoci je krizová intervence chápána jako činnost směřující k okamžitému sociálnímu zásahu zaměřenému na osoby, které se ocitly v akutní krizové situaci. Zahrnuje služby sociální prevence poskytované osobám, které se přechodně ocitly nebo žijí v mimořádně obtížných poměrech.

Právní pomoc může být v omezeném rozsahu poskytnuta také sociálním pracovníkem, a to zejména v oblasti sociálně-právní, ale spadá zejména do kompetence právníků.

Krizová intervence představuje tedy komplexní, intenzivní pomoc.

### 1.3 Terapie, psychoterapie

„Psychoterapie je odborná metoda, vhodná v určitém životním období klienta, v němž se zvýšila jeho vnímavost k otázkám kvality vlastního života natolik, že se odhodlal hledat cestu vnitřní změny. Psychoterapie přináší možnost reflektované změny v klientově prožívání a chování prostřednictvím systematické práce s trsem problémů či se strukturou klientovy osobnosti pomocí psychoterapeutického vztahového rámce a dalších specifických nástrojů, umožňující dosáhnout vyšší stupeň náhledu a učinit zkušenost se zralejšími formami chování a prožívání. Psychoterapie se odehrává v rovině systematické změny určitých parametrů klientovy osobnosti.“ (Vodáčková, 2000, s. 62)

Psychoterapie je v současné době pojmem víceznačným (Langmajer, Balcar, 2000, s. 28). V dnešní době má své hlavní uplatnění především ve dvou přístupech k psychologické pomoci člověku. Jeden z těchto přístupů lze označit za objektivizující, „přírodovědný“; ten je příznačný i pro soudobé lékařství.

V tomto pohledu je psychoterapie jedním ze základních druhů léčby (Kratochvíl, 1997). Jejím cílem je vyléčit nemocného člověka nebo mu alespoň pomoci při snášení a zvládnutí nemoci a jejích následků. Klade si otázky po příčinách, mechanismech a následcích u porušených funkcí a porušeného vývoje lidského organismu a osobnosti. Odpovědi využívá k odstraňování poruch a k obnově zdraví v té míře, v níž to stav poznání a účinnost využitelných metod právě umožňuje.

Druhý přístup můžeme označit jako subjektivizující, antropologický, který je příznačný pro humanitní obory vědy. V tomto pohledu je psychoterapie zvláštním druhem setkání a spolubytí člověka s člověkem, které trpícího zprošťuje některých jeho dosavad-

ních vnitřních omezení (Široký, 1969) a přináší mu hlubší porozumění sobě samému, bezprostřednější prožívání smyslu ve svém životě a vede ho k plnějším uskutečňování tohoto smyslu. Hledá odpovědi na otázky hodnot, smyslů a cílů v osobním životě člověka. Jejich objevování a naplňování v každodenním žití jedince je zde explicitním účelem, vůči němuž jsou zároveň s tím dosahované klinické léčebné účinky výsledkem odvozeným.

V diplomové práci se věnujeme, pokud jde o psychoterapii jako jednu z forem pomoci rodičům, kterým zemřelo dítě, větší pozornost druhému přístupu, který úzce souvisí s cíli pracovníka v pomáhajících profesích.

Hartl (2009, s. 488) popisuje psychoterapii jako léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí; je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky; psychoterapie vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici, je vždy úsilím k odpovědnosti, snahou rozšířit subjektivní svět pacientových hodnot.

## 1.4 Trauma

Hartl (2009, s. 626) popisuje trauma jakožto obecný pojem jen jako úraz či poškození. V kontextu této práce však můžeme vzít pojem trauma jako rozšířený pojem psychické trauma. O něm tedy píše, že je to psychické poškození, duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny; může být buď jednorázové - smrt blízké osoby, znásilnění, nebo drobnější, ale opakující se – rodinné hádky, arogantní šéf; pokud je prožito v dětství a trvá dlouho, dochází postupně k vyčerpání serotoninové neurotransmise.

Slovník analytické psychologie (Muller L., Muller A., 2006, s. 427) popisuje pojem trauma spolu s pojmem traumatizace jako velmi komplexní proces, který se skládá z různých komponent a není ještě do všech podrobností prozkoumán. Rozlišuje se traumatické situace, reakce na expozici a traumatický proces. Traumatické situaci lze porozumět na základě vzájemného působení konkrétních objektivních okolností a jim připisovaného subjektivního významu. Ten úzce souvisí s životní historií jedince. Trauma je následkem takových okolností, kdy je člověk uvězněn v ohrožující situaci, která překračuje individuální možnosti zvládnutí a je provázena intenzivním prožitkem a pocitem, že je člověk vydán na milost a nemilost. To vyvolá trvalý otřes v pojetí sebe a světa, kdy oběť považuje vnučenou bezmoc za vlastní selhání a za reprezentativní situaci. K traumatizaci dochází zpro-

středkovane (tedy pozorování atd.) nebo bezprostředním prožíváním událostí, které představují ohrožení vlastního těla a života nebo života jiné osoby.

## 1.5 Posttraumatická stresová porucha

Tento pojem je popsán jako nemoc dle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) 10 jako zpožděná odezva na stresovou situaci hrozivého nebo katastrofického rázu, která vyvolává prakticky u každého pronikavou tíseň; např. přírodní nebo člověkem způsobená katastrofa, boj, vážné neštěstí, přítomnost u násilné smrti jiných osob, znásilnění apod.; predisponující faktory, jak je např. astenie, mohou snížit práh pro vznik syndromu a zhoršovat jeho průběh, nestačí však k vysvětlení jeho vzniku; typickými příznaky jsou náhlé nečekané reminiscence, vyhýbání se situacím a objektům, které připomínají prožité trauma; častá je přidružená úzkost, deprese, sebevražedné myšlenky; přitěžujícím činitelem může být užívání drog a alkoholu.

## 1.6 Smrt

Smrt je dle Velkého psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2010, s. 535) stav, kdy u člověka došlo k nezvratným změnám v mozku a v jejich důsledku k selhání funkce a zániku center řídících krevní oběh a dýchání; smrt je vždy spojena s otázkami filozofickými a etickými. Smrt klinická je zástava činnosti srdeční a dechu, přičemž okamžitou resuscitací je někdy možné tyto funkce obnovit. Smrt mozku je nezvratné vymizení všech funkcí a činností mozku v důsledku odumření mozkových neuronů poté, kdy do mozku přestane proudit krev a nedochází tak k jeho oxidaci, bez ohledu na přetrvávající funkce kardiovaskulárního systému a jiné orgánové funkce; může nastat již po 5 minutách; je prokazována pomocí EEG a arteriografie mozkových tepen.

## 2 CHARAKTERISTIKA KRIZOVÉ UDÁLOSTI

V následující kapitole se budeme nejprve věnovat obecně traumatické a krizové události – to, co v člověku vyvolává, jak na něj působí a jaké změny může způsobit v jeho životě. Dále se také podíváme do historie krizových událostí a jejich zpracovávání.

### 2.1 Krizová událost

Někteří autoři (Kohoutek, Špok, Čermák, 2009, s. 18) píšou o krizové a traumatizující události jako o nevyhnutelné součásti lidského života, jež tvoří polaritu ke struktuře a řádu světa, jak jsme si jej navykli vnímat, k našim zdánlivě neotřesitelným pozicím a představám o jeho fungování, k příběhům, mýtům a teoriím, které nám usnadňují bezpečnou orientaci ve světě a lidském společenství a umožňují se v něm bez větších obtíží vyznat, pochopit jej a přijímat jej alespoň zčásti jako známou a předvídatelnou skutečnost a které nám pomáhají udržet duševní zdraví. Katastrofa či krizová událost tyto jistoty boří. Řád se ztrácí, struktura rozpadá. Naše představy o fungování světa a lidí se ukazují jako omezené, staré příběhy a teorie přestávají platit. Ztrácíme orientaci, svět je nepředvídatelný, nesrozumitelný, nepřátelský a stejně se nám mohou jevit i lidé v něm.

Rodiče, se kterými jsem v rámci výzkumné části své práce vedl rozhovory o tom, jak prožívali traumatickou událost smrti svého dítěte, popisovali často své pocity jako pocity člověka v nějakém špatném snu. Často si ani nevybavují první dny po tragické události, neví, co všechno vlastně dělali a jak ten tlak spojený se ztrátou a potřebou zařizovat pozůstalost mohli zvládnout.

„Stojíme uprostřed materiálního, sociálního a psychického chaosu, v blízkosti smrti, zmaru a destrukce, v kruté blízkosti lidského utrpení a zranění. Vše se zdá být stejně neskutečné jako děsivé. Nepopsatelný a neopakovatelný prožitek narušení a ohrožení bezprecedentně překračuje hranice očekávaného a možného“ (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 364).

Mezi krizové události se řadí (Kohoutek, 2009) události individuální (např. těžké onemocnění, dopravní nehoda, ztráta blízkého člověka, ohrožení kriminálním činem), ale mohou mít i charakter hromadného jevu. Mezi krizové a katastrofické události hromadné povahy patří (podle příčin vzniku): přírodní katastrofy (laviny, sesuvy, záplavy, zemětřesení, uragány atd.); katastrofy technické nebo způsobené lidským selháním (požáry, explo-

ze, dopravní nehody, panika v davu atd.); záměrně způsobené katastrofy (teroristické útoky, sabotáže, válečné události atd.); sociální, případně zdravotní katastrofy (těžké epidemie, hromadné otravy apod.) (Hausmann, 2003, s. 357).

## 2.2 Historie studií krizových událostí

Jednu z prvních studií krizových událostí publikoval v letech 1909 a 1911 Eduard Stierlin. Zabýval se situací horníků, kteří přežili důlní neštěstí, a obětí zemětřesení. Popsal řadu fenoménů, které dodnes spojujeme s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) či s traumatem obecně – fysiologické reakce, úzkost, narušený spánek, spouštěcí efekt obdobných událostí a další (Weisaeth, 1994). Historicky zajímavá je též studie Erichsena (dle Davidson a Baum, 1994), který interpretuje psychické symptomy některých cestujících na železnici jako následek změn v molekulární struktuře nervových buněk, způsobených cestováním vlakem (Weisaeth, 1994).

Trauma a jeho psychické následky však byly zkoumány a popisovány nejčastěji u válečných veteránů americké občanské války a obou světových válek. Pro popis psychických následků byly tehdy používány (Kohoutek, 2009, s. 21) pojmy jako válečná neuróza, šok ze střelby (*shell shock*) či válečné vyčerpání (*battle fatigue*). Bylo známo, že míra popisovaných symptomů, jakými byly např. zvýšená úleková reakce, ochromení, otupělost, úzkost, noční můry a sny s traumatizujícím obsahem, zvýšená dráždivost, agresivní chování nebo naopak stažení se do izolace, souvisela s mírou vystavení přímým bojům, se zraněním nebo s kontaktem se zraněnými a s těly zabitých. Přesto byly tyto projevy často považovány za morální selhání vojáka. Pojetí psychických symptomů traumatu zásadně změnily až výzkumy z dalších válek, především studie „syndromu přežití“ amerických veteránů z Vietnamu. Projevům traumatu přestal být přikládán morální význam a přestaly být rovněž chápány jako výjimečný jev – přestože ne u všech zasažených se trauma rozvine, je považováno spíše za „normální reakci na abnormální situaci“.

Kromě válečných veteránů byla po druhé světové válce věnována pozornost i vězňům z koncentračních táborů, lidem, kteří přežili jaderný útok v Hirošimě, přeživším obětem velkých požárů, povodní a dalších katastrof. Tyto výzkumy opět potvrdily pojetí traumatu jako jevu, který je v lidském životě mnohem obvyklejší, než se do té doby předpokládalo a zdůraznily vliv komunity a jejího narušení na individuální prožívání krizových událostí. V odborné psychologické terminologii se postupně objevují pojmy „traumatická neuróza“ (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – DSM-I, 1952), „přechod-

né situační poruchy“ (*transient situational disturbances*), a „poruchy přizpůsobení“ (*adjustment reactions*) (DSM – II, 1968). Z těchto diagnóz se postupně začíná vyvíjet dnešní pojetí PTSD (posttraumatická stresová porucha – *posttraumatic stress disorder*). Už první studie si všímají dvou typů příznaků – intruzivní symptomy a popření-vyhýbavost. Samotný pojem „posttraumatická stresová porucha“ se poprvé objevil ve třetí revizi manuálu v roce 1980 a pojetí tohoto syndromu se dále vyvíjí.

Trauma z pohledu dnešní doby postupně přestává být chápáno jen jako následek válečných či extrémně katastrofických událostí, ale popisuje se i u obětí násilných trestných činů, autonehod, zneužívaných či týraných dětí a žen, obětí znásilnění, tedy u skupin, u nichž byly dříve příznaky traumatu znevažovány, nebyly brány v úvahu nebo bývaly rafinovaně psychologicky „interpretovány“. V posledních desetiletích stále přibývá studií – a tato práce má alespoň trochu ambici se k nim zařadit také – které se zabývají příčinami, průběhem a terapií traumatu na behaviorální, emoční i fyziologické úrovni.

Krizová událost nebo obecněji krize je určitá část kontinua lidského bytí. J. Pechar (1992) ji označuje za nevyhnutelný jev lidské civilizace. Carl-Friedrich von Weizsacker (1992) uvažuje v pojmech krize a rovina (rovina – to, co trvá, funguje, setrvává v klidu). „Krizi se řeší ustanovením nového paradigmatu, otevírá se nová rovina pokroku a základ nového paradigmatu je brzy zapomenut, stejně jako tomu bylo u paradigmatu starého. Roviny a krize existují všude, už i v anorganické přírodě.“

René Thom (1992) s tímto názorem polemizuje: „Krizi s sebou vždy nese určitý subjektivní prvek. Může se objevit jen u bytosti vybavené vědomím. U mechanických a fyzikálních systémů existují kritické body, nikoliv však krize.“

Thom navrhuje tuto definici: „V krizi je každý subjekt, který se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením jeho regulativních mechanismů, je tímto subjektem samotným vnímán jako ohrožení vlastní existence.“

Krizi tedy můžeme chápat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.

### 2.3 Krize z pohledu teorie krizových událostí

Zajímavý pohled na problematiku krizí a krizových událostí nabízejí některé novodobější matematické teorie. (Bahnouh in Vodáčková, 2002) Když jsme ji uchopili v kon-

textu tématu této práce, velice dobře nám zapadla, protože popisuje krizi a krizovou událost sice z trochu jiného úhlu, než jsme zvyklí (úhel pohledu matematiky, statistiky či pravděpodobnosti je opravdu pro krizovou událost u hlediska pomoci obětem jakoby nepodstatný a druhořadý, zavánějící až chladnou kalkulací vedle lidského neštěstí), ale na druhou stranu ji svým popisem velmi dobře doplňuje. Jednou z nich je Thomova teorie katastrof, na jejímž počátku stojí dílo *Stabilité structurelle et morphogenese*, publikované v roce 1972. Původně se zdálo, že bude mít tato teorie pro psychologii význam jen jako metafora nenadálých jevů, dnes je však její matematický aparát využíván v různých oblastech psychologie, kde se často propojuje s poznatky tzv. teorie chaosu:

René Thom (1972) upozornil na jednu závažnou skutečnost. Naše uvažování – a tím pádem i věda – se soustřeďuje především na to, co lze snadno předpovědět. Co je spojitým pokračováním dosavadního vývoje. To, co je náhlým vývojovým zlomem, diskontinuitou představující prudký kvalitativní skok, je víceméně chápáno jako něco neočekávaného, nežádoucího, náhodného. Podle většinového mínění však – naštěstí – takové situace nenastávají příliš často, a tak je lze považovat za výjimky z panujícího řádu.

Je třeba se zabývat právě těmito výjimkami. V nich se totiž skrývá klíč k pochopení jevů v jejich celistvosti. Každý náhlý přechod má pro jakýkoliv vývoj událostí obrovský význam, v kladném i záporném smyslu zároveň. Nic není tak ohrožující jako změna, která neodpovídá dosavadnímu vývoji událostí. Na druhou stranu se málokdy stává, aby se v tak krátkém čase nabízelo tolik možností pro nové uspořádání našeho světa. Thom navíc dokázal, že jakkoliv se zdají tyto náhlé změny (kterým se později začalo říkat katastrofy) nevypočitatelné, mají také svůj vlastní řád (Thom, 1972).

Uveďme si jednoduchý příklad. Představme si, že jdeme po lesní cestě, ze svého místa vždy vidíme dopředu na pár kroků a je nám tedy jasné, kde budeme za malý okamžik. Je nám to do té míry jasné, že nebudeme dostatečně bdělí a nevšimneme si, že je uprostřed cesty jáma. Pokud do té jámy spadneme, nastane katastrofa – čili náš spojitý pohyb v čase a prostoru se v jednom jediném okamžiku prudce vychýlí ze svého směru, což pro nás znamená prudký kvalitativní (i doslovný) dopad.

Jak se ukazuje v teorii katastrof, ale i v praxi, nemůže katastrofa nastat kdykoliv a kdekoliv. Děje se tak pouze čas od času za určité konstelaci podmínek, právě v určitých bodech. Ve zbylém průběhu cesty se události ubírají předpokládaným směrem. Katastrofa může nastat tehdy, když se nacházíme v bifurkačním bodě, tedy na místě, kde se vývoj

„rozdvojuje“, a my se můžeme nacházet v několika kvalitativně odlišných stavech (přeskakující přes jámu, obcházející ji nebo ležící na jejím dně). Mezi těmito stavy je jenom malý krůček. Mnohdy jde o stavy diametrálně odlišné – například o stav útoku a útěku.

V našem příkladě leží bifurkační bod na hraně propasti. Celá hrana propasti je vlastně složena z těchto bifurkačních bodů, a proto hovoříme o tzv. bifurkační neboli katastrofické množině. Ve svém životě bychom mohli takový bifurkační bod nazvat krizí. Jde totiž o situaci, v níž je dosavadní vývoj událostí dále neúnosný anebo vzhledem k nově nastalé situaci nemyslitelný, a před námi je několik zcela odlišných možností, jak to bude pokračovat. Všechny tyto možnosti představují závažný kvalitativní posun našeho vývoje, který není pouhým prodloužením současnosti.

V teorii krizových událostí se dokazuje, že tvary bifurkačních množin nejsou zcela libovolné, ale odpovídají jednomu z několika možných typů krizových událostí. Podle počtu působících parametrů lze očekávat konkrétní tvary. Úkolem toho, kdo s teorií krizových událostí zachází, je najít co možná nejjednodušší tvar bifurkační množiny. Krizová událost je pak projekcí těchto tvarů do bezprostředně zakusitelného prostoru. Proto se hovoří o hermeneutickém aspektu teorie krizových událostí (Vodáčková, 2002, s. 544).

Podle této teorie je pak vlastně krizový pracovník (tedy v našem případě ten, kdo poskytuje pomoc a poradenství pozůstalým) svým způsobem také odborník na teorii krizových událostí, alespoň do té míry, že může nahlédnout nejobvyklejší typy množin krizových scénářů a umí vidět za horizont bezprostřední situace tak, že je schopen vytvářet výklady v podobě předpokládaných tvarů zahrnujících i skryté proměnné, které člověk v krizové situaci většinou není schopen vidět.

Pokud tedy někdo v krizové situaci kontaktuje krizové pracoviště (nebo jiného dostupného odborníka na pomoc), udělal obrovskou věc, protože namísto toho, aby bezhlavě vkročil do prázdného prostoru, zůstal stát na hraně propasti. To skýtá pro další vývoj událostí velkou naději. To, že je pro klienta tato zkušenost úplně nová a neznámá, nedává mu dostatečnou náповědu a on obvykle zůstává dezorientovaný na okraji propasti. Mnohdy se bojí pohnout, protože cítí blízkost zhoубného kroku. Jeho momentálně zúžené pole vnímání se soustřeďuje pouze na propast ležící před ním. Krizový pracovník by v této chvíli měl být schopen dohlédnout dále a vidět, jaký má bifurkační množina tvar. Z indicií odhadne, že bezedný prostor před klientem je patrně propast, a u toho pochopí, že má bifurkační množina oválný tvar, ať už je ten ovál jakkoliv velký. Tak se může postavit ke klientovi a



postupně jej po hraně propasti provází do bezpečí. Společně propast obejdou, aby mohl pak klient pokračovat ve své cestě.

Velice zajímavý postřeh je i ten (Lucká, Koblíček, 2004), že klient, který pochopí výzvu skrytou v krizové události, a s pomocí krizového pracovníka této situaci porozumí v širší perspektivě, je bohatší, než kdyby na své cestě krizovou událost jen o několik metrů minul. Krize vede obvykle (Vodáčková, 2002) ke změně regulačního vzorce, ke změně regulativních způsobů našeho chování (ať už v pozitivním, nebo negativním smyslu). Nese možnost zásadní změny. Z toho vyplývá, že je zároveň nebezpečím i příležitostí.

### 3 SMRT DÍTĚTE JAKO TRAUMA

V životě jsme připravováni na spoustu situací, které mohou nastat a dramaticky jej změnit. Od těch extrémně pozitivních, které mimochodem vyvolávají také velkou psychickou zátěž, až po ty extrémně negativní, jako je vážná či nevléčitelná nemoc, smrt rodičů či dokonce partnera. Mezi události, na které se však plně připravit nikdy nelze a které naprosto nečekáme, je smrt vlastního dítěte.

Smrt je všudypřítomná a přece podivně cizí, mediálně se inscenuje i úzkostlivě obchází. Pravděpodobně v celých dějinách ještě tolik lidí nevidělo takové množství mrtvých a způsobů umírání jako dnes, a přesto bez osobního kontaktu s umírajícími či s mrtvým tělem. Již tato diskrepance může částečně osvětlit nejistotu moderního člověka vůči smrti a umírání – a odvozeně také smutku. Na druhou stranu s tím nutně spojené zpochybňování existence svádí k (dychtivému?) sledování smrti cizích lidí. Při pohledu do historie je zřejmá zásadní proměna přístupu k umírání a smrti, naznačená pojmy jako privatizace a izolace, sekularizace a byrokratizace, popření a tabulace (Lützenkirchen, 2003; Feldmann, 1997).

#### 3.1 Smrt dítěte v kontextu životní dráhy

V souvislosti s věkem dítěte, které rodičům zemřelo, jsou velmi zajímavé postřehy, že pravděpodobně horší je smrt dospělého dítěte než malého dítěte. Dokazují to osobní rozhovory s respondenty výzkumu i literatura: Smrt dospělého dítěte je pravděpodobně nejbolestnějším typem ztráty a podle Gorer je truchlení v tomto případě nejdelší. Gorer míní: „*Když rodiče řeknou, že se z toho nikdy nedostanou, zdá se to být za takových okolností doslova pravdivé. Proč – o tom mohu pouze spekulovat, protože většina mých respondentů nebyla v tomto ohledu příliš sdílná. Zaprvé to vypadá, že alespoň v době míru je proti přírodě, aby dítě zemřelo dříve než rodiče; a také jako by si tito rodiče z nepochopitelných důvodů vysvětlovali smrt dítěte jako trest za své prohřešky, určitý druh božského trestu, ať jsou věřící nebo ne. A za druhé, i když se jejich sociální pozice nijak nemění, jejich ‚self-image‘ – představa o sobě může být zničena. Tím více, čím se považovali především za matku nebo otce, a teprve v druhé řadě za manžela/manželku, tím otřesnější rána to pro ně může být. To je samozřejmě nejzřetelnější u vdov/vdovců s jediným dítětem, ale podobný mechanismus funguje, i když žijí oba manželé a mají ještě další děti. Možná byla otřesena spolehlivost řádu vesmíru.*“ (Gorer, 1987, s. 106)

Smrt dospělého dítěte přivádí rodiče ve skutečné zoufalství. Suicidální úvahy jsou velmi časté a je třeba jim věnovat zvýšenou pozornost. Přítomnost jiných dětí může být pro rodiče dostatečným motivem k životu, ale nemusí. Každý lidský jedinec je neopakovatelný a také rodič má ke každému dítěti jedinečný vztah. To neznamená, že by měli rodiče rádi některé děti méně a jiné více. Každé dítě mají rádi jinak (s některým si raději povídají, s jiným se jim lépe pracuje na zahrádce apod.). Proto může být apelace na to, že mají ještě jiné dítě, na které by měli myslet, naprosto neúčinná, a dokonce může v rodičích vyvolat averzivní reakci. Zdůrazňování rodičovských povinností vůči ostatním dětem je obvyklé pro laicky poskytovanou pomoc truchlícím.

Reakce na ztrátu v případě smrti dospělého dítěte snadno přechází do chronické formy a patologických projevů zármutku (Kubičková, 2001, s. 267).

### 3.2 Smrt dítěte v historii

Žádná rodina v západní společnosti nepředpokládá, že by měla někdy pohřbívat dítě. Dle odborných pramenů (McLarenová, 2005) umírá v každé věkové kategorii dětí relativně více chlapců než děvčat. Spontánní úmrtí během porodu souvisí obvykle buď se zdravotním stavem matky, nebo s vývojem a zdravotním stavem dítěte. Během prvního roku dítěte mívá většina úmrtí řadu příčin, které mají svůj původ v období před porodem, během porodu nebo bezprostředně po něm. Ve věku od jednoho roku do 25 let jsou nejobvyklejší příčinou úmrtí úrazy způsobené vnějšími faktory, především dopravními nehodami. K úmrtí dochází v tomto věkovém rozmezí většinou náhle, a proto nebývají očekávaná.

Nic není jisté jako smrt, a přesto většinou žijeme tak, jako by se smrt týkala jen těch druhých. Lev Tolstoj to roku 1886 přesně popsal: V hloubi své duše věděl Ivan Iljič, že zemře, přesto si na tuto myšlenku nezvykl, jednoduše ji nerozuměl a ani jí nechtěl porozumět (Tolstoj, 1983). Tato existenciální neschopnost je pravděpodobnou příčinou potlačování smrti, pokud ji neintegruje nebo netranscenduje filozofie a náboženství. Přibližně o 30 let později, uprostřed první světové války, Sigmund Freud potvrzuje narušený vztah své generace ke smrti, která si uvědomuje její realitu a nevyhnutelnost, ale počíná si tak, jako by tomu bylo jinak. „*Ukázali jsme zjevnou snahu smrt odsunout stranou, eliminovat ji ze života*“ (Schneider, 1981). *Na tom nic nezměnily ani pokusy o vědecký výzkum smrti (thanatologie)*“ (Student, 2006, s. 23-24).

### 3.3 Smrt dítěte jako výjimečná událost

Jak už jsem zmínil v úvodu předešlé kapitoly, obecné povědomí napříč staletími a kulturami tvrdí, že zármutek rodičů po smrti dítěte je traumatictější, trvá déle a je hlubší a komplexnější, než jakýkoliv jiný zármutek (Rando, 1986), a že ztráta dítěte je tou nejtragičtější a je prožívána jako nejnespravedlivější ze všech ztrát.

Smrt dítěte odporuje biologickému zákonu světa, který stanovuje, že staří by měli umírat dříve než mladí. Pokud je tento zákon porušen, vyvolává to pocit pobouření, pocit, že tomu nelze uvěřit. Lidé bezprostředně zasaženi takovou ztrátou mají pocit, že jejich naděje a očekávání od budoucnosti se nezvratně mění. V rodině vzniká prázdnota: smrt dítěte je ztrátou, která trvá navždy (Rubin, 1993). Dopady smrti dítěte jsou velmi subjektivní. Nenajdou se ani dva lidé, kteří by truchlili stejným způsobem, u nichž by mělo truchlení stejný průběh a probíhalo po stejnou dobu. Emoční a kognitivní proces přizpůsobování se ztrátě je jen zřídka synchronizovaný u obou rodičů. Je běžné, že vznikají nedorozumění a dochází k rozvrácení komunikace. Obecně lze říci, že ‚smrt dítěte může rychle vyústit do existenciální krize, která intenzivně zpochybní základní jistoty, smysl života a mezilidské vztahy‘ (Oliver, 1999).

Smrt dítěte je pro rodiče velmi těžkou ztrátou (Kubičková, 2001, s. 78), považují ji za nepřírozenou a nenormální, příliš časnou. Nebylo tomu tak ale vždy. Například Parkes, nebo z našich autorů Možný, poukazují na to, že smrt dítěte se stala vzácností teprve v našem století a lze tedy usuzovat, že rodiče v době, kdy museli počítat s tím, že ztratí mnoho dětí ve velmi raném věku, akceptovali tuto ztrátu lépe než rodiče v současnosti. V době, kdy je úmrtnost dětí statisticky nízká, jsou lidé na smrt dítěte velmi špatně připraveni (Parkes, 1996; Možný, 1990; Horská, 1990). Očekávání ztráty je tedy důležitým faktorem v reakci na ztrátu dítěte. Jinými významnými faktory jsou především, podle Kubičkové (2001), okolnosti úmrtí a věk zemřelého dítěte. Smrt velmi malého dítěte je rodiči prožívána jinak než ztráta dítěte v dospělém věku.

V naší společnosti je smrt dětí a mladých lidí výjimečná, nenormální a nepatřičná, nejsou k dispozici modely, které by mohly pomáhat při hledání smyslu té ztráty. Gjuríčová k tomu píše: *„Pozůstalí rodiče jsou otřeseni v nejvýznamnějších stránkách identity, nenacházejí způsob, jak hovořit o zármutku, který každý z nich prožívá, a manželství bývá ohroženo rozvodem. A však i pokud manželství vydrží, ztráta dítěte je hluboce proměněná. Projevy zármutku žen a mužů bývají částečně ovlivněny genderovými vzorci chování a prožívání. Je*

*známé, že socializační tlak na neprojevení emocí smutku u mužů se uplatňuje od útlého věku ve většině kultur, kdežto projevy smutku žen jsou na jednu stranu tolerovány, a dokonce očekávány, na druhou stranu, pokud přetrvávají, bývají považovány za patologické. Stereotypizované projevy zármutku souvisejí s odlišnými genderovými rolemi otců a matek, roli hraje také odlišné zapojení každého u rodičů v péči, pokud trvala nemoc dítěte dlouho. Odlišnosti v projevení zármutku, ale např. také pocitů viny, bývají pak mezi partnery zdrojem napětí. Ženy častěji zármutek vyjadřují, chtějí si poplakat a zármutek sdílet, muži se vyhýbají rozhovorům o svých pocitech, věří spíš v rychlý návrat k životním rutinám a často unikají z emočně vzrušeného domova do věcného prostředí zaměstnání.“ (Gjuričová, 2009, s. 280)*

Smrt dítěte, jak už zde bylo mnohokrát řečeno, představuje extrémní zásah do života pozůstalých rodičů. V jediném okamžiku se jim radikálně změní celý svět. Doposud existující jistoty se z jejich života náhle vytratily, jejich svět je smrtí milovaného dítěte nečekaně a navždy změněn.

Téma ztráty je univerzálním lidským tématem, s nímž se zcela osobně setkávají terapeuti jak v rámci praxe, tak v osobním životě, zároveň však i přesahuje své hranice do oblasti spirituality (Gjuričová, 2009, s. 215). Otázkám, co je po smrti, po smyslu rituálu a podobách procesu loučení, se v nějaké podobě nevyhne nikdo a rodinní terapeuti by na ně měli být připraveni.

### **3.4 Ztráta nenarozeného dítěte**

Do své diplomové práce jsme nemohli opomenout zařadit i tuto důležitou kapitolu. Rodičů, kteří prožili právě tento druh ztráty, je mnohem více, než si myslíme. Některé ztráty - a ztráta nenarozeného dítěte k nim patří především – nemají v naší kultuře takový význam a těm, kdo ji prožili, okolí často neposkytuje potřebnou oporu. Dle zkušeností odborníků (Gjuričová, 2009, s. 227) je však nechtěná ztráta nenarozeného dítěte zejména pro ženy zvláště bolestná, protože je okolím podceňována nebo nepochopena. Význam, který má pro matku a často pro oba rodiče, okolí obvykle nesdílí, což prohlubuje pocit nepochopení a vede k sociální izolaci.

Mnozí lidé pak hledají viníka své ztráty, jakoby jim ta aktivita pomáhala z pasivity zoufalství. Tato ztráta může mít v konkrétních případech však ještě další význam, který se týká nejen toho dítěte, ale obecně možnosti mít vlastní děti. Smrt nenarozeného dítěte totiž

častěji postihuje právě ty páry, které mají potíže mít vlastní děti, ať už z jakýchkoliv zdravotních či jiných důvodů.

Kubíčková také uvádí (2001, s. 80), že velmi opomíjenou kategorií truchlících jsou rodiče, zejména matky, které porodily mrtvé dítě, případně potratily nebo podstoupily umělé ukončení těhotenství. Doka dokonce v této souvislosti hovoří o tzv. „méněcenném žalu“. Tímto pojmem rozumí ztráty, které nejsou sociálně příliš akceptovány.

Rodiče, kterým se narodilo mrtvé dítě, nebo ženy, které potratily, případně podstoupily interrupci, mají také tendenci „na všechno zapomenout“ (Kubíčková, 2001, s. 80-81), potlačit veškeré vzpomínky na tento nepříjemný zážitek. Ovšem takový nezpracovaný a potlačovaný žal se může projevit mnohem později ve formě patologického zármutku. Potrat nebo porod mrtvého dítěte mohou být také zdrojem jiných problémů, které se mohou vyhrotit v partnerskou, případně rodinnou krizi. Žena trpí pocity viny („Čím jsem to zavinila a proč se to stalo?“) a výčitkami svědomí („Prostě jsem to těhotenství nezvládla!“ „Selhala jsem jako matka a co když příště také selžu?“), obviňuje ze ztráty dítěte partnera („Kdyby nebyl tak žhavý na sex...“), manžel se stává objektem jejího hněvu, často má pocit, že manžel tolik ztrátou netrpí, když nepláče nebo jinak neventiluje svoje emoce. Worden také upozorňuje na to, že jako i při jiných typech ztráty, se může po potratu nebo po interrupci projevit intenzivní touha mluvit o utrpené ztrátě (Worden 1997: 79-97). Téma takového hovoru je však mnohým nepříjemné, proto je obtížné najít vhodného partnera pro komunikaci o své bolesti a o svých pocitech. Takovým adekvátním partnerem by mohl být právě poradce nebo terapeut (Kubíčková, 2001, s. 267).

### 3.5 Syndrom náhlého úmrtí kojenců

V odborné literatuře se popisuje i v poslední době stále více diskutovaný fenomén tzv. syndromu náhlého úmrtí kojenců. Kubíčková o něm píše: Velmi bolestnou ztrátou je pro rodiče náhlá smrt zdánlivě úplně zdravého dítěte. Tzv. syndrom náhlého úmrtí kojenců (SIDS = z *angl. Sudden Infant Death Syndrome*) postihuje děti během prvního roku života, nejčastěji mezi druhým a šestým měsícem. Etiopatogeneze SIDS doposud není zcela objasněna. Vyrovnávání se se ztrátou tak malého dítěte komplikuje mnoho faktorů. Především úmrtí novorozence přichází naprosto nečekaně, dítě neprojevuje žádné známky závažného onemocnění. Také nejasná příčina smrti může vyvolávat u rodičů silné pocity viny a výčitky svědomí. („Kdybych nespala, a byla u něho, nemuselo se to stát!“), případně obviňování druhého partnera ze zanedbání povinné péče. Smrt dítěte s sebou přináší i ne-

příjemné sekundární stresy, které se mohou negativně odrazit nejen v psychickém stavu rodičů, ale také v jejich partnerském soužití. Vyšetřování okolností úmrtí, ztráta důvěry a narušení komunikace mezi manžely, problémy v sexuálním soužití, protože se někdy rodiče obávají dalšího těhotenství a opakované ztráty, vedou k narušení stability rodinného systému. Worden soudí, že v mnoha případech se partnerský vztah kvůli takové ztrátě rozpadne (srov. Worden 1987: 110-113). Poradenství nebo terapie rodičů, jejichž dítě náhle a nečekaně zemřelo v raném věku, může napomoci prevenci případných konfliktů mezi partnery eventuálně zmírnění, zvládnání a postupnému řešení problémů, které se vyhrotily (Kubíčková, 2001, s. 267).

## 4 REAKCE NA TRAUMA

V úvodu této kapitoly by stálo za to krátce se zamyslet nad tím, jak jsme nějakou krizovou situací ve svém životě řešili v minulosti my sami. Jaké byly naše bezprostřední reakce? Jak jsme situaci řešili celkově z dnešního časového odstupu? Řešili bychom ji dnes jinak? Poučili jsme se z tehdejšího řešení situace do budoucna?

### 4.1 Strategie těla a psychiky v boji s krizovou situací

V odborné literatuře se setkáváme s pojmem vyrovnávací (*coping*) strategie. Je tím myšlen způsob a forma chování, kterým se přizpůsobujeme nárokům života. Zvládací postupy se obvykle odvozují od základních reakcí na zátěž ve smyslu útoku, útěku a ochromení. Více či méně si je uvědomujeme a více či méně je můžeme změnit (Baštecká, Goldman, 2001).

O těchto mechanismech je důležité vědět (Lucká, 2002), že jsou vývojově staré, jsou dány lidem i zvířatům a mají za úkol zajistit přežití. Fyziologicky jde o vybuzení určité části vegetativního nervstva, zajišťující aktivaci nebo útlum.

Ve smyslu aktivace vegetativního nervstva, sympatiku, jde o dva základní typy reakcí: odborníci (Kobrlé, Lucká, 2004) je nazývají jako reakce alfa (útok) a reakce beta (útěk). Za ještě starší reakci můžeme považovat extrémní aktivaci, hyperkinetickou reakci, která se vyznačuje vysokým stupněm dezorganizovanosti – jejím cílem je patrně organismus nažhavit k akci, ale neřízeně. Jejím ekvivalentem je panika.

Reakce typu útlumu jsou zajištěny jinou etáží vegetativního nervstva, parasympatikem. Velký stres někdy paradoxně vyústí do útlumové reakce – ztuhnutí. Ve světě zvířat takovou reakci známe jako způsob tzv. stavění se mrtvým. U lidí má taková reakce rovněž podobu ztuhnutí, jsou zablokovány myšlenkové pochody a někdy má člověk tendenci omdlít. Ve velkém stresu se často stírají vyšší a zralejší vrstvy osobnosti a přicházejí ke slovu právě tyto mechanismy, které jsou v podstatě na úrovni instinktů zajišťujících přežití.

### 4.2 Genderové rozdíly v reakcích na smrt dítěte

Dle zkušeností z vlastní praxe i dle některých autorů (Kubíčková, 2001, s. 81) se může jevit, že matky jsou ztrátou raněny více než otcové. Například v Parkesově studii pětaticeti rodičů, kteří vyhledali psychiatrickou pomoc po smrti svého dítěte, byl poměr mužů a žen 1:7. Žádný z těchto rodičů smrt dítěte neanticipoval a u všech se rozvinuly



fenoménu patologického truchlení (Parkes, 1996, s. 122). Stejně či podobné výsledky se dají vysledovat i v naší praxi. S kolegyní psychologkou, se kterou spolupracuji v naší organizaci v současné době již čtvrtým rokem, jsme se zúčastnili dohromady několika terapeutických setkání občanského sdružení Dlouhá cesta, zaměřených na zpracování zármutku spojeného se ztrátou dítěte, a na všech byla přítomna jasná převaha žen. Při sdílení se došlo také na toto téma – jestli muži prožívají ztrátu svého dítěte méně než ženy. Měl jsem dobrý pocit z toho, že jsme se na konci této diskuze shodli na tom, že ji neprožívají méně, ale prostě jen jinak, odlišněji než ženy. Pro některé z přítomných žen to bylo velmi překvapivé a pomohlo jim to více pochopit uvažování jejich partnerů a porozumět rozdílnému typu žalu a zármutku, který muži projevují.

Ostatně téma rozdílného prožívání smutku u žen a mužů je samo o sobě velmi široké a zajímavé. Má zkušenost z pětiletého sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku (dokončil jsem jej v červnu 2010) je bohatá na vnímání a uvědomování si těchto rozdílů; mj. jsem si mohl u sebe uvědomit, jak hluboko mám v sobě zakořeněny stereotypy ze svého dětství („*Chlapi přece nebrečí!*“ „*Proč brečíš – jsi snad baba nebo co?*“ atd.) a jak ovlivňují mé emoce. Upřímně řečeno jsem se musel během pěti let výcviku učit rozplakat, když přišla velmi smutná situace a dodnes mi to dělá problémy. Největší posun zatím vidím v tom, že to nemusím zdržovat a nemusím se za to stydět. Při rozhovorech s několika muži z mého výzkumného vzorku jsem nabyl dojmu, že to převážně prožívají velmi podobně, dokonce jsme se shodli i v tom, že se stydíme za pláč své manželky nebo partnerky na veřejnosti, přestože tento mnohdy souvisí s probíráním tragické osobní situace, jako je smrt vlastního dítěte.

### 4.3 Projevy smutku jako reakce na ztrátu dítěte

Naděžda Špaténková (2004, s. 55) popisuje ztrátu jako jednu z univerzálních lidských zkušeností, kterou zažil někdy v nějaké podobě každý – ať už jako ztrátu něčeho (nějaké věci, např. klíčů, hračky, ale také třeba například ztrátu domova, pracovního místa apod.) nebo někoho (ztrátu milovaného člověka – například v důsledku rozchodu, rozvodu nebo smrti). V tabulce životních událostí Holmese a Rahea, která může posloužit také jako inventář spouštěčů krize, jsou nejvíce bodovanými událostmi právě ztráty, např. ztráta partnera, ztráta svobody, ztráta zdraví v situaci nemoci nebo v důsledku úrazu, ztráta zaměstnání apod. Smrt někoho blízkého je pak nejtěžší ztrátou, která nás může postihnout. Ztráty prostě k našemu životu patří.

Ztrátu můžeme vymezit jako náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním (nezvratným) odloučením od signifikantního (významného) objektu nebo funkce. Rozhodující význam pro prožívání události jako životní ztráty má emocionální vazba jedince ke ztracenému objektu – člověku, předmětu nebo činnosti. Přirozenou, normální reakcí na každou uvědomovanou ztrátu je smutek (resp. truchlení). Proces truchlení představuje určitý způsob zpracovávání této ztráty, proces vyrovnávání se s danou situací. Čím byla vazba jedince ke ztracenému objektu intenzivnější, tím výraznější, intenzivnější a delší jsou projevy smutku a truchlení. Smutek se pak projevuje na emocionální a kognitivní úrovni, ale manifestuje se také v chování a na úrovni tělesných projevů. Špaténková (2004) to vymezuje takto:

#### **Projevy smutku na emocionální úrovni.**

Smutek (resp. truchlení) je konfliktní záplava lidských emocí, které člověk prožívá v souvislosti s každou velkou změnou ve svém životě, např. šok, zármutek, smutek a žal, touha, pocity viny, úzkost a strach, pocity bezmocnosti a beznaděje apod.

#### **Projevy smutku na kognitivní úrovni:**

zmatek, dezorientace, nedůvěra, obsedantní zabývání se vzpomínkami na ztracený objekt, poruchy koncentrace pozornosti, halucinace atd.

#### **Projevy smutku na úrovni chování a jednání:**

pláč, únikové reakce (alkohol, drogy, hyperaktivita, denní snění, náboženské zanícení, ale také např. únik do nemoci nebo suicidální tendence), poruchy spánku, změna stravovacích návyků, změny související se sexuálním životem apod.

#### **Projevy smutku na tělesné úrovni –**

- tělesný dyskomfort provází smutek velmi často. Klienti ho intenzivně pociťují a na rozdíl od některých projevů smutku na psychické úrovni o něm relativně bez problémů hovoří. Tělesné projevy tak představují důležitý záchytný bod, který může přivést lidi prožívající nějakou významnou ztrátu, k vyhledání odborné pomoci. Rozhovor o tělesných obtížích tak může napomoci rychlému navázání kontaktu interventa s klientem. Nejčastěji se objevují: problémy s dýcháním (dušnost, dechová nedostatečnost, ale také psychosomatické reakce – kašel apod.), únava a svalová slabost, sensorická přecitlivělost (citlivost na intenzivní světlo a hluk), nespavost apod.

Ve své knize *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé* píše autor C. Parkes (1996, s. 90) o umírajících dětech jako pacientech nemocnic: Když je tím, kdo umírá, dítě, má personál i rodiče sklon společně dítěti vážnost situace tajit. To je velmi pochopitelná reakce. Nikdo nechce na dítě naložit strašlivé břemeno vědomí blížící se smrti a i my často rádi předstíráme, že děti o tomto tématu nic nevědí. Malé zamyšlení nás však přinutí pozměnit názor. Děti o smrti přemýšlejí docela často. Smrt je přítomna v mnoha dětských hrách, které děti hrají už od útlého dětství. Pokud dítě onemocní, většinou naprosto bez problémů vnímá výraz tváří lidí kolem sebe. Skupinová práce s malými chlapci trpícími rakovinou ukazuje, že obvykle vědí o své nemoci víc, než si jejich rodiče myslí.

Stejně jako dospělí pacienti, i děti přijdou rychle na to, že u nemoci, jakou trpí, nemají lékaři rádi otázky, z čehož děti odvodí, že by raději neměli s dospělými mluvit o tom, co se s nimi děje. Některé děti jsou z tohoto přístupu lidí, na nichž jsou závislé, velmi vystrašené.

Autor však dále uvádí, že to neznamena, že bychom měli každé dítě postavit tváří v tvář představě jeho vlastní smrti, ale měli bychom se pokusit zjistit, co si děti myslí, aby-chom jim mohli účinně pomoci. Například s nimi budeme muset hovořit o skutečnosti, které si sami všimly, a to, že se jejich nemoc zhoršuje, že jiné děti už na tuto nemoc zemřely a že i ony mohou zemřít. Stejně jako dospělí i děti mají v průběhu vyrovnávání se s životem, který je ovlivněn nemocí, potřebu dát najevo svůj smutek nad lidmi a věcmi, které ztrácejí. Děti jsou však často „rozumnější“ bytosti než dospělí a je pro ně mnohem snadnější žít přítomností. Potřebují především, aby byly zbaveny bolesti a jiných příznaků choroby, jichž se obávají, a potřebují také lásku a péči své rodiny. Pokud jsou tyto podmínky splněny, neexistuje žádný důvod, proč by podle autora smrt dítěte nemohla být pokojná.

Rodiče jsou samozřejmě těmi osobami, které by měly nejlépe vědět, co se odehrává v mysli jejich dítěte, a neměli bychom se pokoušet s nimi v tomto ohledu soupeřit nebo se je snažit nahradit. Jakákoliv podpora, kterou dítěti poskytujeme, by se měla dít za spolupráce a souhlasu rodičů. Velká část podpory, kterou dítěti můžeme poskytnout my – poradci, sociální pracovníci či krizoví interventní – je nepřímá. Tím, že pomůžeme rodičům, pomůžeme i jejich dětem.

#### 4.4 Vytěsnění traumatu

Vytěsnění (Muller, 2006, s. 457) je jiný obranný mechanismus, jehož prostřednictvím se obsah a afekt nesnesitelných obsahů vědomí – obzvláště nepřijatelných pudových impulzů – přemístí do nevědomí (v mírnější podobě respektive bez povšimnutí), aby nerušily ty stránky, které jsou v popředí. Vytěsněné obsahy a afekty se opět objeví v jiné formě, např. chybným úkonem, náhradním uspokojením nebo symptomem. Příklad: Žena se na recepci seznámí s atraktivním mužem. Její vztahová přání by však u ní vyvolala neřešitelný konflikt, neboť je vdaná, a proto přání vytěsní a není si jich vědoma. Místo toho si začne pobrukovat melodie známého šlágru (jehož text si však v daném okamžiku nevybaví). Refrén zní: „I want you near me“ – (chtěla bych tě mít vedle sebe).

Hartl (2009, s. 683) popisuje pro změnu vytěsnění jako vytlačení; termín F. Herbartha přejatý S. Freudem; neuvědomované odsunutí nepřijatelných, traumatizujících zážitků do nevědomí, čímž dochází k odstranění úzkosti a pudového napětí; vytěsněný zážitek však v nevědomí dále působí jako skrytý motiv a projevuje se chybnými výkony a neurotickými příznaky; šířeji je to také pochod, pomocí kterého se člověk zbavuje představ, odstraňuje je ze svého vědomí, nepouští si do vědomí myšlenky, vnitřní impulzy a vzpomínky spojené s nějakými základními potřebami nebo představami trest; vytěsněním se duševní hnutí nezavazuje síly a působnosti, prosazuje se však nepřímo; dočasné zapomenuté dobře známé věci je běžný případ vytěsnění; často prokazatelný technikou volných asociací.

Je běžné, že ztráty, na které lidé nejsou připraveni, v nich vyvolávají pocit bezmoci a neschopnosti řídit svůj život. Zprávy o těchto událostech nebo jejich připomínky tyto pocity jen posílí a mohou být tak bolestné, že se jim lidé snaží vyhnout nebo se snaží svou mysl zaměstnat například řešením pracovních problémů. Mohou se ocitnout v situaci, kdy je pro ně obtížné odpočívat, protože mají strach, že v tom okamžiku se všechny vzpomínky a pocity znovu vynoří. Čím více se takovým myšlenkám snaží vyhýbat, tím více se vkrádají do jejich myslí. To vede k ještě silnějšímu pocitu bezmoci a ztráty kontroly.

Výše popsaný mechanismus je velmi typický u všech druhů traumat. Svou bakalářskou práci jsem psal na téma „Vliv sexuálního zneužívání na sebehodnocení oběti“ a při výzkumných rozhovorech s oběťmi sexuálního zneužívání jsem často narazil na podobný způsob řešení krizové situace. Oběť traumatu může mít pocit, že nejlepší způsob, jak se s tímto vyrovnat, je právě zapomenout, udělat tlustou čáru a už si jej v životě nepřipomínat.

Svým způsobem to připomíná popření jako způsob vyrovnání se s traumatickou situací. Oběť má pocit, že přemýšlet a probírat se situací je tak bolestivé a nepříjemné, že je lépe ve své mysli vše potlačit a soustředit se na něco jiného. V jiné kapitole této práce, kde se hlouběji zabývám terapií traumatu, je však popření a vytěsnění popsáno jako způsob nefungující, zejména z důvodu, že snaha popřít a vytěsnit vede jen k odsunutí problému na později.

Při rozhovorech s rodiči, kteří přišli v důsledku tragických okolností o své dítě, jsem na fenomén vytěsnění narazil často spíše u mužů-otců. Jednak pasivně – už tím, že se rozhovorů a terapeutických sezení neúčastnili, ale i aktivně – když účastníky byli, ale v rozhovorech přiznávali, že vytěsnění je pro ně nejlepší a nejpřirozenější způsob, jak se s celou tou tragickou událostí vyrovnat.

Mě osobně nejvíce pomohlo uvědomit si spoustu souvislostí spojených s řešením traumatických situací kromě vlastních zkušeností zejména absolvování výcvikových kurzů „Krizová intervence“ a kurzů „Trauma“, kde mě prakticky školili lidé, kteří se stali spoluautory knihy *Krizová intervence* od Daniely Vodáčkové a kol. Dodnes čerpám ve své praxi z jejich bohatých zkušeností, a proto je rád využiji i ve své práci.

Předpokládejme (Lucká, 2002, s. 46), že jsme všichni nadáni schopností hledat a nacházet přirozené cesty, které vedou z postupně narůstající tenze, vyvolané eskalující krizovou situací. V první a druhé fázi vývoje krizového stavu je svépomoc jednou ze stěžejních strategií, jak zvládnout náročnou situaci. Krizový pracovník by se při rozhovoru neměl opomenout klienta zeptat, co všechno už sám vyzkoušel, než vyhledal odbornou pomoc. Měl by se dobře vyptat, co z uvedených způsobů skutečně pomáhá a podpořit další účinné postupy, které jsou klientovi v jeho světě dostupné.

## 4.5 Popření traumatu

Podle Hartlova slovníku (2009, s. 275) je popření obranným mechanismem, procesem, jehož prostřednictvím se z vědomí vyloučí obsahy a afekty vnější reality, které jsou zatěžující nebo ohrožující, a tak vlastně přestávají existovat. Pozornost se odkloní a zaměří se na to, co méně zatěžuje. K popření ve vlastním smyslu dochází tehdy, když se ztratí pouze afektivní aspekt, resp. afektivní význam ohrožení. Příklad: Někteří lidé sice racionálně vědí, že kouření cigaret může poškodit zdraví, klidně však bez obav kouří dál, jelikož toto ohrožení emocionálně potlačí. Pozitivně působí tento obranný mechanismus na-

příklad u život ohrožující nemoci, jelikož v tomto případě popření ohrožení života pomáhá uchovat psychickou stabilitu.

Ve vydání z roku 1993 (s. 149) popisuje Hartl popření jako obranný mechanismus spočívající v podvědomém odmítnutí, popření zjevné skutečnosti nebo pravdy o sobě (nikdy jsem nezalhal, nikdy jsem nepřišel pozdě atd.).

#### 4.6 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha už je dnes vnímána jako „běžná nemoc“, kterou se dnes na rozdíl od minulosti nebojí psychologové diagnostikovat a nasadit léčbu. Je to v jistém smyslu podobné jako s diagnózou syndromu vyhoření (*burn out*), o které se v nedávné minulosti nevědělo takřka nic, avšak dnes už víme, že hrozí mnoha lidem v pomáhajících profesích nejčastěji jako důsledek pracovního vyčerpání a ztráty profesní motivace. A stejně jako u syndromu vyhoření i u posttraumatické stresové poruchy hledali a léčili lékaři jen somatické důsledky a potíže a většinu psychických důsledků považovali za jisté duševní či osobnostní selhání pacienta.

O četnosti výskytu PTSD píše Kohoutek (2009): Odhady prevalence PTSD (tedy celkový počet případů v populaci vyjádřený procentuálně nebo zlomkem) se v různých studiích liší. Výsledek je závislý vždy na typu populace, ve které se studie provádí, a na použitých nástrojích měření. Podle oficiálního údaje manuálu DSM-IV mívá posttraumatická stresová porucha v běžné populaci prevalenci 1 – 14%, u osob z rizikových populací bývá prevalence vyšší, činí 3 – 58%. Ursano (1994) shrnuje mnohé výzkumy, které ukazují na průměrně 1% celoživotní prevalenci (tedy jeden ze sta lidí někdy za svého života trpí PTSD), u některých skupin je ovšem prevalence mnohem vyšší – například u mladých lidí z center velkých amerických měst je odhadována na 9,2%. Jiné studie citované Ursanem určují celoživotní prevalenci PTSD u žen nad 18 let ve výši 13%... I nejnižší odhady výskytu PTSD v rizikových skupinách jsou varující a ospravedlňují nutnost poskytnout těmto skupinám dostatek informací o symptomech a o možnostech podpůrné a terapeutické psychosociální pomoci. Stejně nebezpečné jako podceňovat prevalenci PTSD je ale nadměrně či nevhodně tuto poruchu diagnostikovat, ignorovat jiné možné poruchy či kombinace symptomů nebo neodůvodněně psychiatrizovat oběti katastrof (např. zbytečnou medikací (Hodgkinson a Stewart, 1998; Smolík, 1996).

Když tedy tato fakta použijeme vzhledem k cílové skupině této mé práce, uvědomíme si, že rodiče, kteří prožili smrt svého dítěte, jsou skupinou vzhledem k nebezpečí PTSD rizikovou, avšak zároveň musíme velmi dbát na individualitu každého člověka a při terapii si uvědomovat širší souvislosti celého konkrétního případu jedné rodiny.

Reakce na traumatickou událost se může projevovat i později. Mluvíme pak o opožděné či protahované reakci. PTSD se může projevovat měsíce i roky po události, která ji vyvolala. Někdy má podobu tzv. výroční reakce, například právě rok po zdrcujícím podnětu.

*Jedna z respondentek mého výzkumu projevovala velmi zralý a obdivuhodný způsob postupného vyrovnávání se se smrtí svého dvanáctiletého syna. Když se ale blížilo jednolité výročí tragické události, při níž její syn zahynul, začala upadat do depresí a vyhýbala se kontaktům s lidmi. Ač již předtím vypadala jako vyrovnaná se smrtí syna, příchod výročí a připomínka celé události s ní znovu „zamával“.*

Tento podnět se projevuje četnými změnami na fyzické, emoční i sociální rovině a problém je i to, že ne vždy bývá i samotným klientem dávána do souvislosti s traumatickou událostí a navozuje tak pocity zmatku a nepochopitelnosti. „Posttraumatická porucha se dle Vodáčkové (2002) projevuje zejména:

1. V tendenci k znovuprožívání traumatického obsahu: v děsivých snech; v opakujících se myšlenkách a obrazech, které s událostí souvisí; v náhlých pocitech a projevech, jakoby událost znovu nastala (*flashback*); v intenzivní úzkosti při setkání s pozůstalými či okolnostmi, které okolnost připomínají.
2. V tendenci vyhnout se myšlenkám či pocitům spojeným s traumatem: klient se vyhýbá určitým místům; klient odmítá aktivity, které vyvolávají vzpomínky; otupělost, pocit tupé hlavy; je patrná amnézie, neschopnost si vybavit důležité aspekty traumatizující události; pocity oddělení od ostatních lidí; nápadný úbytek zájmu o dřívější oblíbené aktivity, neschopnost získávat nové dovednosti a používat v minulosti nabyté dovednosti; citová oploštělost, neschopnost vnímat a prožívat pozitivní emoce, zejména ve vztahu; neschopnost předjímat pozitivní možnosti a změny v budoucnosti; přetrvávající prožitky depersonalizace a derealizace.
3. V přetrvávajících projevech zvýšené dráždivosti: klient je nastražen, jakoby mu stále hrozilo ohrožení; psychomotorický neklid, neschopnost spočinout; nesoustředěnost, neschopnost přenášet pozornost z podnětu na podnět; obtížné usínání; zvýšená

bdělost, která vyčerpává; hněv a podráždění se objevuje i na malý podnět; přemrštěná úleková reakce na překvapení či nenadálý podnět; fyziologická reaktivita (dech, srdeční činnost) na podněty, které připomínají trauma.

*Klientka Dlouhé cesty, jedna z respondentek mého výzkumu, popisuje, že když tragicky přišla o svého šestnáctiletého syna, který na třídní akci utonul v bazénu, bylo to těsně před Vánocemi. Pamatuje si jen některé okamžiky po události, pak ji to „splývá“. Ještě dlouho po té události – přibližně půl roku – měla stále pocit, jako by byla zabalena do nějaké záclony, nebo jako by byla stále „za sklem“. Cítila se unavená, měla pocit „tupé hlavy“. Musela se k jakékoliv sebemenší aktivitě nutit. Věděla, že by měla „něco udělat“, asi by jí to pomohlo, ale stále si připadala jako mrtvá, neschopná jakékoliv činnosti.*

Posttraumatická reakce se snáze rozvine tam, kde náhlá zdrcující událost prohloubí již předem přítomnou bezmoc. Proto jsou více ohroženi staří, nemocní nebo jinak znevýhodnění klienti. Častou složkou posttraumatické poruchy jsou pocity viny, například proto, že klient přežil, zatímco jiný blízký člověk zemřel. Nabízí se vtíravé otázky: ‚Co by se stalo, kdybych udělal to a to, kdybych mu včas zavolaal, kdybych se oblékla méně vyzývavě...‘ Někdy tyto pocity mohou vést i k sebevražedným úvahám či činům (Vodáčková, 2002).

#### 4.6.1 Mýty o Posttraumatické stresové poruše

V této kapitole, která se kromě jiného i více věnuje právě posttraumatické stresové poruše, bych rád zmínil i některé mýty, které PTSD provázejí (Kohoutek, 2009; Lucká, 2004):

**Mýtus č. 1:** PTSD je ohrožena pouze malá skupina lidí. Posttraumatická porucha se může týkat mnohem rozsáhlejší populace než pouze například válečných veteránů či obětí velkých katastrof. Mohou jí trpět oběti kriminálních činů, lidé, u nichž byla diagnostikována život ohrožující choroba, oběti dopravních nehod, ženy a děti vystavené fyzickému týrání v rodině, lékaři a personál nemocnic pracující se zraněnými a umírajícími, pracovníci záchranných systémů, komunitní lídři (např. starostové, kněží apod.), kteří organizují pomoc při neštěstí a další. Myslím, že do této skupiny můžeme směle přiřadit i rodiče, kteří přišli o své dítě, zvláště pokud k tomu došlo tragickou nehodou, jak i z mého výzkumného vzorku vyplývá (např. pádem stromu v centru města, při kterém přišli o život postupně 2



dvanáctiletí chlapci, hromadná dopravní nehoda, při které zahynula jedna dcera ze dvou v autě přítomných atd.)

**Mýtus č. 2:** Lidé by měli být schopni se vyrovnat s traumatickou událostí sami, jinak jsou slabí. Ne u všech lidí se trauma projeví tak výrazně, aby jeho příznaky bránily kvalitnímu sociálnímu a pracovnímu životu. Existují však skupiny lidí, jejichž vnitřní psychický svět je natolik narušen, že nejsou schopni návrat k běžnému životu úspěšně zvládnout. Jejich zkušenost může plně pochopit opět pouze jiná oběť traumatu. Z tohoto faktu ostatně vychází i filozofie občanského sdružení Dlouhá cesta, které slouží v České republice rodičům, kteří přišli o dítě. Jednou z důležitých aktivit sdružení je pravidelné setkávání těchto rodičů a vzájemné sdílení se jejich tragických příběhů, které má silný terapeutický potenciál. Na jednom takovém setkání jsem měl možnost být a zpětná vazba od rodičů na konci setkání svědčí o hlubokých pozitivních zážitcích sdílení se a soucítění s ostatními rodiči s podobnými zkušenostmi spojenými se ztrátou dítěte. Takoví lidé potřebují pomoc a podporu okolí i profesionálů, jejich vlastní možnosti zvládnání situace jsou omezené, ačkoliv se mohou svému okolí jevit jako dobře přizpůsobení. V žádném případě není tento stav projevem slabosti či lability. Psychologové-odborníci na krizovou intervenci či psychoterapii, se kterými jsem se ve své praxi setkal, opakovaně zdůrazňují jednu větu, která mi vždy zní v uších při jakékoliv myšlence na pomoc lidem v krizi (např. Koblíček, 2004; Šikl, 2009): „Posttraumatická reakce je normální reakcí na nenormální situaci.“ Avšak i u osob, které se po přestálém traumatu zdánlivě dobře přizpůsobily, je možné, že se některé z uváděných symptomů vyskytnou, a nabízená pomoc, alespoň v podobě informací, je pak velmi potřebná. Vhodnou strategií je proto cíleně vyhledávat ohrožené, informovat je o průběhu psychických projevů traumatu, o možnosti pomoci, o intervenci a podpoře. Vědomí, že „v tom nejme sami“ a že „víme, proč trpíme“, je nedocenitelné v případě, kdy intenzivní příznaky vyvolávají chaos a úzkost. I když mohou lidé v první chvíli uvedené informace a nabízenou pomoc odmítat jako nepotřebné, mohou později nastat okamžiky, kdy pro ně i pro jejich okolí získají na významu. Existují pochopitelně i lidé, kteří se s traumatem vyrovnají svými silami, uvedené psychické příznaky jsou u nich malé nebo neobtěžující a podporu ani informace skutečně nepotřebují.

**Mýtus č. 3:** PTSD lidé trpí bezprostředně po traumatizující události. Symptomy poruchy se mohou rozvíjet ihned po události a nejčastěji do 3 měsíců po ní. Existují však i lidé, kteří se s příznaky setkávají až po mnoha měsících, či dokonce letech po traumatizující události. V tomto případě je opět neocenitelná role informací, neboť pochopení vztahu

mezi traumatem a pozdními příznaky není vždy zřejmé, obzvláště došlo-li k vyprovokování symptomů nějakou banální událostí, nebo je-li jejich obsah obtížně asociovatelný s traumatem (nejsou to například konkrétní vzpomínky, ale pouze zvýšená úzkost, nespavost, omezení aktivit apod.). To platí i pro další psychické poruchy spojené s traumatem, nejen pro PTSD. Při získávání osobní anamnézy či při diagnostickém nebo terapeutickém rozhovoru je vždy namístě se na podobné situace dotázat.

#### 4.7 Krize mezi manželi jako reakce na ztrátu

V literatuře se popisuje také fenomén, který doprovází smrt dítěte – a tím je krize ve vztahu, která se jeví jako důsledek např. rozdílného prožívání ztráty u mužů a u žen. Smrt dítěte totiž může prohloubit dřívější vztahové problémy, ale i doposud uspokojující a funkční vztah může být tím, co se stalo, vážně narušen. Partneři si nemusejí být schopni vzájemně poskytnout účinnou oporu v takové míře a v takové podobě, jakou by od toho druhého očekávali a potřebovali. Zármutek je může zcela zahltit, každý z nich může truchlit jinak, svým způsobem – a právě to (spolu s neschopností nebo nemožností o tom hovořit) může způsobovat nedorozumění, problémy a konflikty mezi partnery. Truchlící muži mohou například toužit po sexu jako prostředku k dosažení intimity a útěchy, naopak truchlící ženy se sexu spíše vyhýbají a obviňují muže, že jsou omezení. („Jde jim jenom o jedno“) a necitliví („Jak teď jenom můžeš myslet na sex?“). Muži se pak cítí odmítnuti, zranění a nepochopení. V takovém případě mohou poradci pro pozůstalé snadno podlehnout pokušení odeslat klienty rychle do jiného zařízení, ke specialistovi na partnerské, resp. manželské poradenství. Je to ale vždy nezbytně nutné? Někdy určitě, ale jindy je to přinejmenším předčasné. (Špaténková, 2008, s. 44)

#### 4.8 Význam rituálu pohřbu a truchlení

Jak uvádí Vávrová ve sborníku věnovanému konferenci s názvem „Děti a mimořádná událost“ (Vávrová, 2010, s. 14-15), rituál pohřbu nám slouží a vždy sloužil jako prostředek vyrovnání se s umíráním a smrtí. Pohřeb je nezpochybnitelným potvrzením nezvratného ukončení životní dráhy člověka. Ve středověku i raném novověku ovlivňovalo nerovnoprávné postavení dětí ve společnosti společně s jejich častým umíráním i rituál pohřbu. Dítě nebylo pokládáno za plnohodnotného člena společnosti a tento názor se odrážel také ve způsobu pohřbívání. „*Na Šumavě pochovávali pod okap nepokřtěné děti ještě koncem 19. století ... Na hřbitovech se pochovávali na stranou ležící místa. Rakev s malým*

*dítětem (do dvou až tří let) nesla většinou kmotra nebo porodní bába v náručí nebo ji přivazovali bílým šátkem k holi a kladli přes rameno. Větší dítě nesl i mládenec či družička... Na Slovácku však nesli při pohřbech většího dítěte jeho spolužáci před rakví bohatě zdobenou peřinku s obrázkem andělíčka před rakví.*“ (Navrátilová, 2004, s. 245). Na význam rituálu pohřbu, který je definitivní tečkou za pochybnostmi o bytí a nebytí a stvrzením toho, že jedinec již není ve světě živých, bychom neměli zapomínat. Fyzická účast na posledním rozloučení se zesnulým má praktický význam především pro ty, kdo na tomto světě zůstávají opuštěni.

Smíření se se smrtí dítěte pohřbem nekončí. Jde o proces dlouhodobý a málokterý z rodičů, který ztrátu dítěte zažil, dokáže uvedenou skutečnost bezpodmínečně přijmout. Pro blízké zemřelého dítěte, pro které bezprostředně po pohřbu nastává dlouhé období truchlení, je nepochopitelné, že okolní svět funguje dál v jeho každodenních maličkostech, jakoby se nic nestalo, jakoby žádná negativní mimořádná událost nezasáhla do životů blízkých lidí. Chápání smrti dítěte se historicky proměňuje. Její vnímání silně ovlivnily „kult dítěte“, typický pro současnou dobu, a rozvoj medicíny, kdy se smrt dítěte v důsledku úrazu nebo nemoci stává spíše ojedinělou. Dříve tomu však bylo jinak. Pro děti se nemělo příliš truchlit (věřilo se, že pláč vyháni děti z ráje, že se mohou vyplakat z radosti nebeské apod.), nevyzvánělo se jim a nebylo třeba se za ně ani modlit, neboť podle lidové víry se hned staly andělíčky (Navrátilová, 2004). V dnešní době je naproti tomu smrt dítěte prožívána mnohem intenzivněji a bolestněji, než například smrt zapříčiněná vyčerpáním přirozené délky života, neboť není věcí běžnou a přirozenou.

#### **4.9 Reakce okolí na zármutek pozůstalých**

Nedílnou součástí krizové události osob, které prožívají bytostnou ztrátu, bývá i pocit neporozumění ostatních lidí. Ti nemohou zažít ztrátu stejným způsobem jako nejbližší pozůstalí a nemohou ani zcela pochopit jejich reakce. Dle Gjuričové (2009, s. 226) záleží také na významech, které v dané kultuře převažují: smrt mladého člověka, a dítěte zvláště, je vnímána jako cosi nepřirozeného, tragického, a bolest rodiny je uznána a respektována. Zároveň je také oceňována schopnost dokázat se s prožitou ztrátou poměrně brzy vyrovnat. Pozůstalí pak někdy hovoří o tom – a já to mohu po rozhovorech s nimi plně potvrdit – že vlastně nevědí, jak se mají chovat. Když o dítěti hovoří a vzpomínají na ně, mají dojem, že ostatní příliš zatěžují a kazí pohodu; když o své ztrátě nehovoří, mají je ostatní za bezcitné, a tak se raději kontaktům vyhýbají. Pozůstalí rodiče by si obvykle přáli

ujasnit, co jsou druzí lidé připraveni vyslechnout, o čem chtějí a nechťejí nebo nemohou mluvit; to je však často velmi nesnadné.

Jak dále Špaténková zdůrazňuje (Špaténková, 2008, s. 10), ani jiní lidé ze sociálního okolí, např. přátelé a známí, nebývají někdy pozůstalým dostatečnou oporou. Obvykle totiž nevědí, jak se k pozůstalým chovat, co udělat nebo říci, proto se setkání s nimi raději vyhýbají. Chování a prožívání pozůstalých je může až znepokojoovat. Znepokojuje však také samotné truchlící pozůstalé, kteří si pokládají otázky typu: „Co se mnou teď bude?“, „Proč se to muselo stát právě mému dítěti? A proč mě?“ Chtějí a potřebují na své otázky nalézt odpověď, ostatní jim ale obvykle dávají najevo, že jim při hledání odpovědi nemohou, neumějí /nebo nechťejí?) pomoci. A tak pozůstalí, jak popisuje Špaténková (2008) a jak podobně vyplývá i z mého výzkumu, často slyší útěchy typu:

- „*Netrap se tím!*“ Což je absurdní – jak se nemají rodiče trápit nad ztrátou milovaného dítěte?!
- „*Nesmíš na to myslet, život jde dál!*“ Jenomže pozůstalí mají pocit, že se jejich svět právě zhroutil, že jejich život ztratil smysl...
- „*Všichni tam jednou musíme...*“ To je sice pravda, ale pro truchlící to není žádná velká útěcha.
- „*Co se stalo, stalo se...*“ Ale tohle se stát nemělo, smrt dítěte je nepřirozená tragická událost.
- „*Teď se nemůžeš zhroutit, máš ještě další děti!*“ A kdy jindy se člověk může zhroutit, když ne po smrti svého dítěte?
- „*Vzmuž se trochu!*“ Jak se může pozůstalá matka-žena „pochlapit“?
- „*Všechno musí jednou skončit...*“ Jenomže proč právě teď? A proč zrovna takto?
- „*Už o tom nemluv, stejně to nikomu nepomůže...*“ Naopak, pozůstalým může velmi pomoci, mohou-li o tom, co se jim stalo a co prožívají, s někým hovořit.

Přínosné se zdá být například (Gjuričová, 2009, s. 227) hledat takovou podobu vztahu a komunikace, která by nevedla ke zklamání, vyčerpání a umlknutí kontaktů. Pro blízké lidi bývá těžké objevit, že rady pozůstalým, aby se sebrali, že život jde dál, nepomáhají, ba dokonce odcizují. Dobře míněná doporučení mohou ve svých důsledcích vést ke ztrátě dalšího vztahu pro pozůstalé. **Snažit se být blízkým lidem ku pomoci neznamená**

**pomáhat jim ukončit jejich zármutek.** Někdy naopak pomáhá sdílet nejen vzpomínky na dítě, ale také hledat, zda lze sdílet i jiná společná témata a zájmy, které se ztráty netýkají.

Na výcvikovém kurzu Krizové intervence, který jsem absolvoval v roce 2004, popsal a rozdělila Daniela Vodáčková aspekty truchlení na normální a nenormální.

#### **4.8.1 Normální aspekty truchlení:**

- Tělesné napětí
- Pocity viny
- Zabývání se představami o mrtvém
- Dočasné přejímání gest a zvyklostí mrtvého
- Dušnost a dechová nedostatečnost
- Nedostatek energie
- Přecitlivělost na podněty (světlo, teplo)
- Nespavost
- Poruchy příjmu potravy
- Dočasná porucha imunitního systému
- Touha
- Strach
- Úzkost
- Osamělost, opuštěnost
- Omezený život

#### **4.8.2 Poruchové aspekty truchlení:**

Mohou je ovlivnit některé speciální okolnosti, jako že zemřelého nebylo možno po smrti vidět (letecká havárie atd.).

- Smrt sebevraždou
- Negace, popření situace
- Absence podpůrného systému (člověka, se kterým mohou truchlit)
- Absence zármutku
- Získání syndromu poslední nemoci zemřelého
- Radikální změny ve vztazích (k přátelům, příbuzným)
- Skrytý upjatý postoj nepřátelství
- Neschopnost dělat nějakou interakci s lidmi

- Sebeпоškozující chování
- Vleklá deprese
- Nekončící smutek, mumifikace (ponechání pokoje tak, jak byl před smrtí člověka, nesmí se s ničím hýbat)

Při výcvikovém kurzu Trauma pro změnu popisovali lektori (Lucká, Koblíček, 2005) tyto tři základní druhy reakcí na akutní traumatickou událost:

**Reakce „Udělat vše proto, abychom to udrželi a došli, kam je potřeba (např. do práce, domů).“** U této reakce zůstává přetlak, který se později vrací. Často zní reakce člověka nelogicky: ‚Přežil jsem to, tak o nic nejde; jsem dobrý, ani to se mnou nehnulo.‘ Ale to je špatně, protože se reakce později vrací v symptomech.

**Reakce „Do útoku, vztek“.** Ta může vyústit v reakci: touha pomstít se; vrazit přetlakovanou energii např. do práce; dát si něco na uklidnění (alkohol, prášky atd.)

**Reakce „Seberefektivní zpracování zážitku“.** Pomocí uvědomování si, co to s námi udělalo – zejména vnitřně; akutní práce s tělovými prožitky a emocemi (rozum u toho může být, ale jen do té míry, aby nepřekážel, ale pomáhal). Bývá považováno za nejlepší způsob reakce, za zdravý a prospěšný způsob vyvolávání se s akutní traumatickou/krizovou situací.

## 5 KRIZOVÁ INTERVENCE

Kapitola věnovaná krizové intervenci je pro mě do velké míry opakováním a teoretickým shrnutím si toho, co je pro mě v mém zaměstnání takřka denním chlebem. Ne že bych se s ní setkával tak akutně a často, jako například pracovníci krizových center či na telefonických linkách bezpečí, ale jistou její formu mám příležitost použít profesně nejméně jednou za měsíc. Po besedách na témata jako např. šikana či sexuální zneužívání za mnou občas přichází posluchači s touhou sdílení něčeho, co sami prožili a co je dle jejich mínění pro ně krizí. V těchto situacích si vždy znovu uvědomuji, jak velkou pomocí a profesním zakotvením pro mě bylo absolvování stopadesátihodinového výcvikového rekvalifikačního kurzu krizové intervence, kde jsem měl možnost naslouchat zkušenostem mnoha odborníků, kteří jsou mj. spoluautory knihy *Krizová intervence* od Daniely Vodáčkové (2002). Proto je i rád cituji a chci zde využít i jejich postřehů a zprostředkovaných zkušeností, ač ve výše zmíněné knize zapsány nejsou.

### 5.1 Vztah krizové intervence a psychoterapie

Nejprve bychom chtěli vymezit rozdíly v pojmech krizová intervence a terapie, protože v tom mají někdy lidé zmatek. Velmi laicky a zjednodušeně řečeno bych krizovou intervenci přirovnal k první pomoci, které se člověku dostane v nějaké krizové situaci; a terapii až k následné léčbě, která může být velmi dlouhodobá. Neboli zatímco cílem krizové intervence je více se soustředit na problémy bezprostředně související se vznikem krize, terapie má za úkol hlouběji proniknout pod povrch viditelných problémů a zaměřit se na to a pracovat s tím, co je příčinou těchto problémů.

V mnoha i poměrně erudovaných publikacích o krizových stavech a krizové intervenci není úplně jasně vedena hranice mezi krizovou intervencí a psychoterapií. Je to pravděpodobně dáno tím, že jsou to především psychoterapeuti, kdo některé postuláty krizové intervence formulovali. Navíc obě disciplíny jsou si blízké. Nejsou však totožné. Mnohý psychoterapeut zabývající se krizovou intervencí proto musí v sobě uchopit následující paradox. Pracuje-li s lidmi v krizi, používá jinou metodu, nedělá v daném momentě psychoterapii – pokud ovšem krize nenastala v rámci psychoterapeutického procesu jako prvek vývoje klienta, kdy se něco v jeho životě, pomocí erupce starých neřešených věcí, dorovnává (srov. Kastová, kap. 7, *Krize v rámci psychoterapeutického procesu*). Krizová intervence si klade jiné cíle, má odlišný časový rámec, má jiný záběr z hlediska hloubky pohledu na problém, i klientela je do jisté míry odlišná od klientely navštěvující psychote-

rapii. Navíc v krizové intervenci používáme prvků mnoha psychoterapeutických škol takovým způsobem, abychom dokázali porozumět klientově situaci, adekvátně na ni reagovat a nabízet postupy ‚šité na míru‘ klientově situaci (Vodáčková, 2002).

Pojem krizová intervence v sobě zahrnuje dvě základní sdělení – jde o určitý druh odborné práce s člověkem, který se ocitl v krizové situaci. Přístup ze strany krizového pracovníka (Vodáčková, 2002, s. 59) je aktivní, spočívající z hlediska času v rychlém až okamžitém zásahu. Předpokládá se, že v krizovém stavu se může ocitnout každý člověk, to znamená zdravý, bez vážnější poruchy duševního či tělesného zdraví, či člověk, jehož krize má přímý či nepřímý vztah k jeho onemocnění. Důležitý je také fakt, že krizová intervence má významný preventivní potenciál.

Krizová intervence s sebou obvykle přináší účinek změny (Vodáčková, 2002, s. 60) – nejde však o psychoterapeutický záměr, který tuto změnu vyvolává, spíše o klientovu schopnost svůj prožitek z vyřešené krize integrovat do dalšího života – uchopit smysl a příležitost krize.

## 5.2 Časový rámeček krizové intervence

Krizová intervence trvá po dobu klientova krizového stavu. V případě ambulantního kontaktu jde zhruba o jedno až tři setkání, mezi nimiž je obvykle několikadenní přestávka. Frekvence setkání se domlouvá podle naléhavosti stavu klienta. Krizová intervence končí (Vodáčková, 2002, s. 65) ve chvíli, kdy se klient cítí být schopen svoji situaci konstruktivně řešit – získal užitečné nástroje a díky rozšíření sféry možností jsou pro něj dostupnější jeho přirozené zdroje podpory.

Je výhodné si zmapovat klientovo prožívání v mezidobí. Efektem první konzultace v rámci krizové intervence bývá totiž často masivní úleva, a ta obvykle nevydrží. Představme si prožívání ve vlnách. Po fázi úlevy může následovat další vlna silných emocí – strachu, úzkosti, paniky, vzteku. Neznamená to klientovi vnucovat, že něco takového určitě přijde, ale vybavit ho informací o možnosti návštěvy v krizovém zařízení s nonstop provozem anebo alespoň podle aktuální potřeby i mimo dohodnutou hodinu.

Pokud s klientem pracuje jeden konkrétní pracovník a zve si klienta k opakovanému setkání, měl by si mapovat klientovo prožívání v mezidobí a měl by podle toho zařídit frekvenci dalších návštěv. Také by měl brát v potaz klientovo přání, kdy by zhruba potřeboval další návštěvu (Vodáčková, 2002, s. 544).



Dle Špaténkové (2004) krizová intervence nepředstavuje stav, nýbrž proces interakce pracovníka v krizové intervenci s klientem. Tento proces směřuje z výchozího (navázání kontaktu) do cílového bodu (ukončení a zhodnocení intervence). Etapy mezi těmito krajními body popisují různí autoři různým způsobem. Také počet etap (resp. fází) se u jednotlivých autorů liší.

Špaténková (2004, s. 19) popisuje tento třífázový model:

1. Úvod. Základním prvkem krizové intervence je navázání kontaktu krizového intervenanta s klientem. Tento požadavek je při poskytování krizové intervence podstatný. Klient v krizi často prožívá strach, úzkost, bezradnost, beznaděj, může se chovat neadekvátně, bez rozmyslu, popuzeně, ale i agresivně. V této situaci je vhodnou technikou akceptace klienta se všemi jeho projevy – dovolení, aby se choval tak, jak chce, může, resp. jak je schopen. Navázání dobrého kontaktu s klientem je pro spolupráci krizového intervenanta s klientem a pro řešení jeho problému v rámci krizové intervence klíčové. Nedílnou součástí této fáze je i zajištění bezpečí, protože jen ten klient, který se necítí aktuálně ohrožen, bude schopen v intervenci po navázání kontaktu pokračovat.
2. Stať. Budování emocionálního kontaktu jde ruku v ruce se shromažďováním informací. Získané informace slouží k posouzení rozsahu krizové intervence (včetně psychického stavu), příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností k překonání krize. Zároveň vzniká plán, jak krizi řešit. Už v této fázi získává klient schopnost samostatně rozhodovat a pomoc, která je mu poskytována, se blíží k závěru.
3. Závěr. Jakmile se ukáže, že krize je překonána, a klient si uvědomuje, co ke krizi vedlo a jak ji měl překonat (získá náhled, pochopení), může být krizová intervence ukončena.

### 5.3 Mýty o krizové intervenci

O krizové intervenci panuje řada mýtů, proto je pro přehled uvádím dle Špaténkové (2004, s. 15-16):

**Mýtus č. 1: Krizová intervence je vhodná pouze pro psychiatrické případy.**

Fakt: krizová intervence je pomoc lidem, kteří se ocitli v krizi. Brown, Pullen a Scott uvádí: „Jde o tahy, selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nemocní, nýbrž se ocitli v krizi.“ Krize není nemoc ani patologický stav. Je to normální reakce na nenormální situaci

**Mýtus č. 2: Krizová intervence se omezuje jen na jedno terapeutické setkání.**

Fakt: za určitých okolností je jediné setkání klienta s krizovým interventem plně dostačující, ale v případě potřeby se frekvence setkání zvyšuje. Nemusí se také jednat pouze o setkání tváří v tvář, ale může to být telefonický, popř. internetový kontakt, nebo krátkodobá hospitalizace.

**Mýtus č. 3: Krizovou intervenci poskytují pouze profesionálové.**

Fakt: krizovou intervenci mohou poskytovat profesionálové v pomáhajících profesích, školení dobrovolníci, ale také laici (příbuzní, přátelé, známí, sousedé, náhodní kolemjdoucí).

**Mýtus č. 4: Krizová intervence nabízí jen dočasnou stabilizaci do doby, kdy lze poskytnout dlouhodobější pomoc.**

Fakt: Ano, krizovou intervenci můžeme chápat jako takovýto „stabilizační zásah“, který může být v řadě případů ale plně dostačující, a není nezbytné, aby navazovala dlouhodobější (např. psychoterapeutická) pomoc.

**Mýtus č. 5: Krizovou intervenci lze považovat pouze za metodu primární prevence.**

Fakt: krizová intervence je činnost preventivního charakteru (prevence je zaměřena na riziko prohlubování a na chronifikaci problému), dále činnost poskytující okamžitou a nezbytnou pomoc. „Krizová intervence je vyšetřením a terapií zároveň.“

**Mýtus č. 6: Krizová intervence nevyžaduje speciální znalosti nebo odbornost, pokud má pracovník v pomáhající profesi zkušenosti s tradičními psychoterapeutickými přístupy.**

Fakt: nejen dobrovolníci, ale také profesionálové působící v oblasti krizové intervence by si měli osvojit techniky krizové intervence. K tomu jsou určeny specializované výcviky krizové intervence a telefonické krizové intervence.

Krizová intervence je prakticky zaměřená činnost. Schneidemann (2002) upozorňuje, že to není vhodná doba k rafinovaným a sáhodlouhým interpretacím, je to čas jednat.

Specifické znaky krizové intervence:

- **okamžitá pomoc** (poskytnutí pomoci by mělo být tak rychlé, jak je to jen možné);
- **redukce ohrožení** (utváření emocionální podpory, zajištění pocitu bezpečí a pomoc materiální – zajištění přístřeší, jídla apod.);
- **koncentrace na problém ,tady a teď‘** (analýza historie krize a historie klienta je potřebná pro porozumění podstaty a hloubky krizových reakcí, ale krizová intervence jako taková se zaměřuje na aktuální situaci a aktuální problém);
- **časové ohraničení** (do 6 až 10 setkání pravidelně přinejmenším jednou za týden, v případě krátkodobé hospitalizace do 6 až 10 dnů, resp. nocí);
- **intenzivní kontakt** krizového intervenanta s klientem (četnost kontaktů může být relativně vysoká, např. i každodenní);
- **strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup** krizového intervenanta (od trpělivého, empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví či života);
- **individuální přístup** ke klientovi (krize je subjektivní záležitost, proto mohou různí lidé reagovat na stejné krizové situace různými způsoby a za daných okolností budou potřebovat ,něco jiného‘). (Špaténková, 2004)

Pokud se jedná o vztah krizové intervence a téma smrti, říká Vodáčková (2004), že je třeba se v něm takzvaně potkat se sebou samým. Což znamená, že nemůžeme pracovat s tímto tématem, aniž bychom v něm byli jakkoliv angažováni, protože toto téma se týká v nějaké míře každého z nás. A tudíž každý se s ním potřebuje ve svém životě nějak vypořádat, jinak by mohl - obzvláště při odborné psychologické pomoci – o toto téma nějak „zakopnout“.

#### 5.4 Nároky na pracovníka krizové intervence

Závěrem bych chtěl zdůraznit některé důležité faktory týkající se krizové intervence, se kterými jsem musel potýkat ve své praxi a které i odborníci (Lucká, Koblíček, 2004) považují za důležité.

Poskytování krizové intervence traumatizovaným klientům vyžaduje často od pracovníka velké pracovní nasazení a předpokládá dobrou znalost problematiky a specifické pracovní dovednosti. Je důležité si uvědomit, že pracovník vstupuje do situace nejen jako odborník, ale také jako člověk, který ve svém osobním životě má své blízké milované osoby. Je-li pak v kontaktu s někým, kdo byl přepaden, znásilněn, ohrožen či mu zemřelo dítě, může to v něm vyvolat mnoho emocí, úzkostí a fyziologických odpovědí. Vědět o svých

„zranitelných“ místech a dobře s nimi pracovat v procesu osobního růstu a učit se s nimi zacházet je jedním z předpokladů poskytování adekvátní péče druhým lidem. Praktické dovednosti, které mu pomáhají zvládnout tenzi a zvyšují kapacitu kotvení jsou neocenitelné. Tváří v tvář lidskému utrpení a šokujícím zážitkům se někdy neubráníme pocitům a například nám vstoupí do očí slzy. Pak je namístě to reflektovat, např.: „Vaše utrpení se mě velmi dotýká“ místo toho to zakrývat. Obecně však platí pravidlo: mohu reagovat, nesmím však klienta obtížit a zahltit vlastní emoční reakcí. Také není namístě klientům nabízet své osobní traumatické zkušenosti v dobré víře, že tím dám klientovi najevo, že chápu jeho situaci.

Ač jsem už zažil různé těžké situace, ve kterých jsem podával klientům krizovou intervenci, když jsem se poprvé ve větší míře setkal s tématem smrti dítěte, sám jsem byl překvapen, jak se mě tato situace dotkla. Bylo to na setkání občanského sdružení Dlouhá cesta, které se uskutečnilo v našem nízkoprahovém klubu a jehož jsem byl spoluorganizátorem. Když lidé postupně v kolečku vyprávěli své tklivé příběhy, jak přišli o své dítě, často jsem se neubráníl slzám. Po setkání jsem přišel večer domů a měl jsem nevysvětlitelnou silnou bolest hlavy a žaludku. Když jsem to pak s manželkou reflektoval a popisoval, co se mi vlastně dělo, přišel jsem si na to, že jsem fyziologicky reagoval na odpoledne plné naslouchání těžkých životních příběhů. Bylo pro mě velmi důležité si to takto reflektovat a také se druhého dne zaměřit na relaxaci, odžít si celého minulého odpoledne. Povedlo se mi to celkem úspěšně, ale znovu jsem si uvědomil, jak je těžké (a možná i nepřírozené) pracovat dlouhodobě s tak náročnými tématy a nemyslet přitom na své vlastní psychické zdraví.

Když jsem začínal ve svém současném zaměstnání, také jsem se často v rámci preventivních besed na školách setkával s těžkými a náročnými příběhy dětí (sexuální zneužívání apod.) a jakožto začínající nezkušený a nevzdělaný sociální pracovník jsem zažil asi po jednom roce lehčí fázi syndromu vyhoření. Byla to pro mě velmi důležitá zkušenost na cestě k profesionalizaci, u které jsem si uvědomil, jak je důležité při práci s lidmi myslet i sám na sebe. Velmi mě tenkrát oslovilo, co řekla na jednom kurzu má oblíbená psychologka-terapeutka Yvonne Lucká: **„Nejdůležitějším pracovním nástrojem pracovníka v pomáhajících profesích je on sám. Proto je nezbytně důležité, aby o tento svůj nástroj dobře pečoval!“**

## 6 NÁSLEDNÁ PÉČE A TERAPIE

### 6.1 Truchlení

Někteří autoři (Detsch, 1937), kteří se věnovali procesu truchlení už v první polovině 20. století, tvrdí, že „proces truchlení jako reakce na skutečnou ztrátu milované osoby musí být doveden do konce“. Ale otázkou zůstává, jak lze dokončení dosáhnout. Kdo určí, zda byl proces doveden do konce a jak se pozná, že se směřuje k ukončení? Jako sociální pracovník se setkávám s lidmi, které zasáhla a proměnila bytostná ztráta, kteří jsou vystaveni zkušenosti dramaticky jiné, nežli je běžná každodenní zkušenost. Otázka této kapitoly a potažmo i celého výzkumu této práce je: **„Můžeme vůbec něco pozůstalým (v tomto případě konkrétně rodičům zemřelých dětí) nabídnout a jaké k tomu máme zdroje?“**

Jak popisují tuto událost respondenti dotazníku: „Když vám zemře dítě, je to jako by se vám zhroutil celý svět, jakoby váš život najednou ztratil smysl... Smrtí ztrácíte milované dítě navždy, definitivně. Už nikdy se s ním nesetkáte, už nikdy jej nepohladíte, nepochválíte, už nikdy nic nebude tak jako dřív... Máte pocit, že už nikdy nemůžete být šťastni. Vaše srdce bolí a hrozí, že pukne žalem, oči pálí od potoků slz. Jste hluboce zarmoucení, truchlíte...“

Následná péče a poradenství (popř. terapie) pro pozůstalé rodiče musí proto vycházet z těchto faktů a poznatků. Platí zde především podle mého názoru a zkušeností z práce s různými typy klientů, že se můžeme (a pokud možno máme) držet určitých forem zásad pomoci klientům, ale ke každému člověku musíme především přistupovat s úctou k jeho originalitě osobnosti a se srdcem naplněným touhou pomoci. Jinak se nám může stát, že jen budeme používat metody bez účasti našeho já a to klienti, zvláště v takových extrémních situacích jako je smrt dítěte, velmi často vycítí a naše pomoc bude tím méně účinná.

Pozůstalí v takových situacích, jako popisuje tato má práce, potřebují především pomoc a podporu. Hlavním zdrojem pomoci (Špaténková, 2008, s. 10) by měli být především jejich nejbližší. Jenomže i ostatní členové rodiny mohou být zasaženi zármutkem a truchlit. „Smrt také významným způsobem zasahuje do struktury i fungování celé rodiny a rodinný systém může být smrtí a truchlením natolik narušen, že se stává dysfunkčním. Úmrtí člena rodiny nejenže vyvolává zcela nové, specifické problémy, ale může také znovuotevřít dříve existující a doposud nevyřešené problémy, nebo vyhrotit problémy stávající-

cí. V takovém případě nemůže být rodina zdrojem účinné pomoci, protože sama potřebuje pomoc (Špaténková, 2008, s. 143).

## 6.2 Truchlení jako proces

Průběh truchlení není jednotvárný, spíše jde o drama (Gjuričová, 2009, s. 216), na jehož konci může, ale nemusí být přijetí ztráty či smíření se s ní. Různá odborná literatura, ale i beletrie dokazují, jak překvapivé podoby může mít reakce pozůstalých. Tzv. fáze truchlení jsou už v dnešním slovníku psychologů i sociálních pracovníků známým a zaběhnutým pojmem - popisují je např. E. Kubler-Rossová či V. Kastová.

Truchlení tedy můžeme popsat jako proces, který má několik fází. V odborné literatuře panuje nejednotnost v názoru, kolik těchto fází je. Můžeme se dočíst, že tři (Pollock), čtyři (Parkes, Weinert, Winkler), pět (Bowlby), sedm (Oates) nebo dokonce i více.

V pojetí Kastové (Kastová, 2000) stejnými fázemi truchlení prochází např. také člověk po zjištění diagnózy život ohrožující nemoci.

Fáze truchlení (Kastová, 2000):

1. **Popření** – to nemůže být pravda, člověk ztrácí schopnost vnímat a prožívat, zamrzá, musí žít dál, jako by smrt nenastala. Pokud se ztráta odštěpí, nastává prázdnota. Chybou je snaha vyhnout se zármutku.
2. **Propukání chaotických emocí** – bolest, vztek, úzkost, strach, hněv, radost, pocity viny, neklid, poruchy spánku, náchylnost k infekcím, snaha najít viníka. Emoční chaos je nutno vydržet a vyjádřit. Chybou je neakceptované emoce potlačit, přicházejí pak v podobě pocitů viny a hněvu. Emoční zmatky je nutno akceptovat v celém procesu truchlení, nejen na jeho začátku.
3. **Hledání, nalézání a odpoutávání** – člověk nemyslí na nic jiného než na zemřelého, hledá fotografie, upomínky, je s ním ve fantaziích i ve snech. Pozůstlý postupně nachází, co předal zemřelému a co může zastat sám, co z toho, co zemřelý představoval, je současně vlastností pozůstalého a co v něm zemřelý probudil k životu. Problémy vznikají, když se člověk vyhýbá nutnosti se odpoutat a pracuje pouze na hledání sebe samého. Chybou je rovněž ztraceného člověka nahradit bolestí.
4. **Vytváření nového vztahu k sobě a ke světu** – ztráta je akceptována, je možné vzdát se bolesti, je možné vstupovat do nových vztahů. Vzniká pnutí mezi tou-

hou navázat plný vztah a strachem znovu se vázat po zkušenosti, že ztráta blízkého člověka přináší zármutek a utrpení.

Důležitý je v této souvislosti také poznatek, že kdo dobře projde procesem truchlení, setká se sám se sebou, lépe si porozumí. Zůstává potom v intenzivnějším kontaktu se svými emocemi, otevírají se mu nové možnosti k utváření vztahů a s vědomím zvládnuté krize přichází i nová síla (Havránková, 2002, s. 312).

Velmi se mi líbí, co o tématu smrti v souvislosti s prací s klienty píše Olgy Havránková (2002): Smrt je možno vidět různými způsoby, ale sami se můžeme rozhodnout, jaký postoj ke smrti v sobě budeme kultivovat. Chceme-li být dobrými průvodci pro lidi v krizi, je užitečné zbavovat se paniky a děsu, které rozhodně nejsou dobrým předpokladem pro krizovou intervenci. Když se nám podaří smrt vnímat pozitivně, když v sobě najdeme prostor vyhlédnout dál, nesmírně posloužíme nejen svým klientům, ale projasníme i své životy.

Všichni chápeme, že ztráta v našem životě způsobuje zármutek a žal, ale už méně domýšlíme, že truchlení je dlouhodobým procesem, který vede od okamžiku ztráty k emocionálnímu smíření a rekonstrukci reality. Truchlení je komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu (Titěrová, 2010).

### 6.3 Skupinové zpracování smrti dítěte

V případě smrti dítěte je důležité (Vávrová, 2010) poskytovat následnou podporu nejen pozůstalým dospělým, ale také jeho vrstevníkům, tedy dětem. Děti a dospělí se na smrt nedívají stejně. Je chyba si myslet, že to tak není. Stačí se dívat, jak si hrají děti ze školky, a uvidíte, jak se při jejich hrách smrt často vyskytuje. Děti předstírají smrt – nechávají se „zabít“, pohřbít a zase vyhrabat – a je to zjevně naprosto normální... Jestli si děti osvojí realističtější pohled na smrt, závisí na tom, jak se se smrtí vyrovnávají a jak vůbec zvládají události života i smrti jejich rodiče (Fulghum, 1995, s. 135). Svět dospělých, který si mnohdy sám neumí se smrtí poradit a uchopit ji pro dospělé přijatelným způsobem, by měl být ten, kdo poskytne přijatelnou podporu a vysvětlení dětem. Tím, že nebudeme o smrti spolužáka nebo kamaráda s dětmi hovořit, budeme smrt jenom dále tabuizovat a vytěšňovat z našeho života.

Ve své praxi jsem se setkal s několika případy zpracovávání úmrtí dítěte v rámci vrstevníků, nejčastěji třídního kolektivu. Přestože podobné situace se historicky staly

v mém okolí (město Zlín) několikrát (myslím tím zejména smrt dítěte ve školním věku a následné zpracovávání této události v rámci jeho vrstevnického okolí, zejména třídního kolektivu), až v posledních letech se začíná více odborně pracovat i s tímto tématem.

Dle výpovědí lidí, kteří se stali bezprostředními účastníky takové situace, si dospělí (nejčastěji pedagogičtí pracovníci) nevěděli sami rady s tím, jak o takových událostech s ostatními dětmi ve třídě mluvit. Častěji dokonce sami potřebovali v sobě tuto událost zpracovat. Nebyl však nikdo, kdo by jim s tím odborně terapeuticky pomohl a navíc byli vystaveni situaci, kdy se od nich očekávalo, že tuto událost pomohou zpracovat dětem. Toho už většinou vůbec nebyli schopni, proto častým výsledkem těchto situací bylo to, že se o události (smrti spolužáka) nemluvílo a každý byl odsouzen se s tím vyrovnávat sám po svém. V nejlepším případě si to odžívali spolužáci sami mezi sebou a tak si – často nevědomky – poskytovali navzájem krizovou intervenci, byť velmi laickým a dětským způsobem.

Já jsem ke svému prvnímu případu podobného rázu přišel v červnu roku 2003, tedy v době, kdy jsem v oblasti sociální práce pracoval jen krátce, neměl jsem v té době ještě žádné specializované výcviky a sám jsem si nevěděl rady, co s takovou situací dělat. Vnímал jsem to tehdy jako situaci výjimečnou, se kterou se asi v praxi moc často nesetkám... Tenkrát jsem ještě vůbec netušil, že se podobná práce se třídním kolektivem stane činností, která je mi velmi blízká a se kterou chci pracovat. Když se dnes vracím k oné situaci roku 2003, mohu se zejména poučit z chyb, které jsem tehdy udělal.

Tenkrát jsem měl s preventivou jedné základní školy (ZŠ Luhačovice) dohodnutý besedy v několika třídách na různá témata, v devátých třídách to bylo téma HIV/AIDS. Když se přiblížil termín mých besed v devátých třídách, stala se jednomu jejich žáku, tehdy patnáctiletému chlapci, tragická událost. Při nehodě doma se na něj sesypalo rozbité sklo ze dveří a on následně na místě vykrvácel. Nepomohla ani rychlá lékařská pomoc, která byla přivolána chlapcovou matkou, která byla události přítomna. Asi čtyři dny po nehodě jsem měl avizovanou přednášku v jeho třídě. Ve třídě byla ponurá atmosféra, na lavici onoho chlapce bylo nataženo černé plátno, rozsvícené svíčky a vzkazy spolužáků. Já jsem přemýšlel již dlouhou dobu před touto přednáškou, jak se k tomu všemu mám postavit. Neměl jsem nejmenší ponětí, jak bude přednáška probíhat a do jaké míry je vhodné na ni s žáky mluvit o smrtelné chorobě AIDS. Nakonec jsem se rozhodl dvouhodinový program nějak přečkat bez toho, že bych se věnoval jejich aktuální události. Prostě jsem mluvil a mluvil (o HIV a AIDS) a doufal, že je beseda alespoň trochu rozptýlí z depresivních



myšlenek... Z dnešního pohledu si uvědomuji, že zakázkou školy bylo právě téma HIV/AIDS, takže jsem se nemusel cítit špatně, že jsem svou besedu odpřednášel, ale v kontextu dnešních zkušeností bych se pravděpodobně zachoval úplně jinak.

Asi nejdůležitější věci, které bych se dnes v takové situaci věnoval, je atmosféra a celkové rozložení pocitů ve třídě. A to jsem se nenaučil jen kvůli specializovaným programům na zpracování zármutku, ale díky zkušenostem z obecné práce se třídním kolektivem – vím, že pokud se v první řadě nenaladím na vnímání třídy, těžko se mi bude jim předávat jakékoliv informace k libovolnému tématu. Obecně řečeno: když přijdu do třídy např. s přednáškou na téma AIDS, rozložím si svou techniku, pustím power-pointovou prezentaci a ve dvou hodinách si odříkám to, co mám připraveno a odejdu, je možné, že se mi podaří stihnout předat žákům spoustu důležitých informací. Otázkou však zůstává, kolik z těch informací v posluchačích zůstane. Ale když naproti tomuto způsobu předávání informací zvolím způsob ten, že se nejprve se žáky trochu seznámím, naladím se na to, co osobně prožívají (např. různými formami ice-break technik) a poté začnu mluvit o tématu formou diskuze (nepřednáším v kuse množství informací, ale dotazovací technikou se probíráme tématem), pravděpodobně předám posluchačům mnohem méně informací, avšak zároveň jim budou předány mnohem přijatelnější formou a navíc budou mnohem více ochotni mluvit o tom, co prožívají nebo co je trápí. To je má zkušenost vykoupená mnoha lety přednášek a programů pro třídní kolektivy.

Počínaje rokem 2009 jsem měl několik zakázek ze strany různých škol přijít s programem zaměřeným na zpracování zármutku ze smrti jednoho ze spolužáků. Poprvé to bylo v únoru 2009, kdy se stala v našem městě tragická událost, která poznamenala na nějakou dobu atmosféru celého města: v parku v centru města spadl v poledne v době největšího provozu lidí v pěší zóně starý strom na skupinu lidí, z nichž postupně zemřeli na následky mnohačetných zranění dva chlapci ve věku dvanáct let, oba spolužáci z jedné třídy. Protože jsem měl se školou, kde oba chlapci chodili, dlouhodobě navázanu spolupráci, nabídl jsem jí, že přijdu do třídy těchto chlapců s psycholožkou – kolegyní z naší organizace – s připraveným programem zaměřeným na zpracování zármutku. Paralelně s tímto programem jsme podobný program nabídli i na jiné škole – totiž ve třídě sestry jednoho ze zemřelých chlapců. Potřeba programu tam vyplynula z informací, že ona dívka – sestra jednoho ze zemřelých chlapců – prožívá smutek velmi intenzívně a spolu s ní její spolužačky, které jsou jejími kamarádkami, popř. sousedkami ze stejné vesnice a onoho chlapce dobře znaly.

Oba programy měly naprosto odlišný průběh a dynamiku, také výsledek obou byl velmi různý. Zatímco ve třídě obou chlapců byl program velmi rozpačitý, ve třídě dívky-sestry chlapce se velmi podařil a pozitivní zpětná vazba přicházela od třídní učitelky, která se programu zúčastnila, od žáků samotných i od jejich rodičů ještě dlouho po jeho skončení. Důvody takto rozdílně uspořádaných programů byly mnohé, více je nechci rozvádět na tomto místě, ale píše o tom v příloze, kde příkládám vyhodnocené obou programů. Zmíním snad jen jeden z důvodů: zatímco úspěšný program, který proběhl ve třídě sestry jednoho ze zemřelých chlapců, se odehrál na vesnické škole, která byla úplně mimo zájem médií (nikdo o žádné sestře zemřelého chlapce nevěděl) a žáci sami si onen program moc přáli a včetně oné sestry se na něj těšili (s onou třídou jsem shodou okolností měl před touto událostí v průběhu dvou let několik programů zaměřených na budování vztahů v kolektivu), třída zemřelých chlapců byla poskládána z různých dětí až ten rok, kdy se událost stala, děti se ještě moc neznaly, a navíc byly pod permanentním tlakem okolí, médií atd. a někteří učitelé se snažili velmi neodborným a laickým způsobem „pomoci“ těmto dětem vyrovnat se se ztrátou spolužáků, čehož důsledkem bylo, že oni žáci už byli z celé této situace tak znechuceni a unaveni, že vlastně ani žádný program moc nechtěli, atmosféra ve třídě byla nastavena spíše do opozice vůči jakékoliv další snaze v tomto směru s dětmi něco dělat.

Další příležitostí k podobnému programu zaměřenému na skupinové zpracování zármutku jsem měl v květnu 2010. Tehdy se stala tragická událost, kdy jedna patnáctiletá dívka, žákyně deváté třídy základní školy, spáchala sebevraždu. S onou školou, kde tato dívka chodila, jsem měl také dlouhodobě navázanu spolupráci a protože preventistka školy věděla o tom, že podobné programy jsem již pro jiné žáky připravoval, dohodli jsme se, že je nabídneme i třídní učitelce a žákům právě této třídy. Výsledek byl nakonec ten, že zájem mělo několik žáků třídy, ne celá třída, proto jsme tento program nabídli, připravili a realizovali mimo vyučování jen pro tuto úzkou skupinku spolužáků. Což bylo dle mého názoru i podle zpětných vazeb od těchto žáků velmi dobré, protože se programu zúčastnila právě jen skupina motivovaných, což v konečném důsledku i v kontextu výše uvedených dříve uskutečněných programů považuji za jednu z klíčových podmínek vedoucích k pozitivnímu výsledku akce. Myslím, že je velmi důležité, aby klienti k tak náročnému aktu jako je zpracování zármutku, byli sami vnitřně připraveni nebo alespoň motivováni, jinak může být výsledek práce omezen a degradován.

Z tohoto setkání mj. vyplynulo, že žáci potřebovali o celé situaci bezpečně mluvit, potřebovali také v bezpečném prostoru na svou spolužačku zavzpomínat a – což pro mě bylo asi největším překvapením tohoto setkání – potřebovali vzhledem k této své tragicky zemřelé spolužačce bezpečně vyjádřit i negativní emoce: naštvanost, že to udělala; že se tímto činem opět stala středem pozornosti; že to s ní často ve třídě nebylo jednoduché a někteří přiznali, že s ní neměli moc dobrý vztah. Dle mého názoru se těmto spolužákům velmi ulevilo, že toto vše mohli sdílet a zároveň i zbavit se některých mýtů, které nás někdy svazují a ovlivňují naše reakce (např. mýtus „o mrtvých jen dobře“).

#### **6.4 Rituály jako přirozená součást loučení se s mrtvými**

Naše většinová společnost se vzdálila křesťanským rituálům vzpomínkových obřadů. Rodinné rituály mají symbolický a metaforický význam, často se obracejí jak k minulosti, tak také k přítomnosti a budoucnosti rodiny. Dušičky, den památky zesnulých, jsou příležitostí ke spojení prvků symbolické úcty k rodinné tradici společnou návštěvou hrobů a také oživením současných vztahů. V mnoha domácnostech zesnulí svým způsobem sdílejí dál život rodiny, dívají se z fotografií, někdo se k nim obrací dál jako k autoritě či důvěrnici, a připomenou se při setkáních (Gjuričová, 2009, s. 280).

Rituály loučení a vzpomínání, jak jsem měl i sám možnost poznat, někdy vyplynou z terapeutického setkání či podobně laděného setkání zaměřeného na zpracování zármutku. Tak rozhovor o tom, že pozůstalé trápí, že něco zesnulým nestačili či nemohli sdělit, může vést např. k rozhodnutí napsat dopis, v němž je možné vyslovit, co dříve nemohli nebo nestihli. Mohou být důležitým krokem při loučení, ale i rituálním způsobem, jak v čase reflektovat změny vlastního života ve vztahu k zemřelým (Gjuričová, 2009, s. 221).

#### **6.5 Příběhy jako terapeutické zdroje**

Člověk vždy hledal odpovědi (Gjuričová, 2009, s. 31) na otázky o světě, lidech i sobě samém tím, že vyprávěl příběhy. Příběh je vždy více než reprodukce události – má konstitutivní povahu. „Vyprávěním povstává svět,“ slovy Zdeňka Neubauera. Jarome Bruner hovoří o narativním modu poznávání, který se odlišuje od logicko-vědeckého modu. Narativní poznávání je silné a přesvědčivé tím, že rezonuje s našimi životy, mluví se o „lifelikeness“ – příběhy o lidech se podobají našim životům, jsou také do jisté míry našimi příběhy. Lidé však vždy znali osvobozující moc příběhů nad lidskými životy – i sílu negativních příběhů. Vyprávěli o tom, jak slovo významné osoby dovede zaklít, proměnit člo-

věka na dlouhé časy v ohavné zvíře, ale také jak se opět slovem může netvor proměnit v prince plného obdivu a lásky. Netvor v pohádce věděl, že není tak ohavný, jak se světu jeví, že má kvality, které jsou ostatním ukryty. Sám byl bezmocný, nemohl změnit své zakletí. Až slovo osoby, k níž ho vázal vztah, dokázalo zázrak změny. Slovo má konstruktivní moc – vyslovit je může zachránit; a jiné slovo může zabít.

Uznávaný způsob poznávání nebo vědecký diskurs neumožňoval tyto působivé literární metafory o změně objevit jako zdroje pro odbornou praxi. Až koncem 20.století začal odborný svět, včetně terapeutického, hledat inspiraci v narativním modu poznávání.

Narativní terapie pomáhá objevovat trhliny v optice beznaděje, vybavovat vzpomínky, které se této optice přičítají, zapomenuté minulé výjimky, kdy neúspěch nebyl dokonalý, narativní terapie umožňuje setkat se s nimi už tím, že si je představíme. V každém případě si lze takové „zářivé okamžiky“ (M. White) představit a touto představou se s nimi setkat. „*Tím, že začínáme vlastními slovy vyjadřovat jinou možnou podobu svého života, kterému dáváme přednost, jej svým způsobem začínáme uskutečňovat, dáváme mu tuto narativní realitu*“ (Gjuričová, 2009, s. 280).

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Jedním z hlavních cílů, které si tedy tato práce klade, je mapovat situaci vyrovnávání se se smrtí vlastního dítěte z hlediska rodičů, a dát relevantní výpověď o tom, co jim se zpracováváním úmrtí dítěte skutečně pomohlo a co jim naopak uškodilo. Předpokládalo to kromě přístupu k lidem, kteří takovou zkušenost mají, i překonávání různých tabu a jiných překážek v myslích lidí. A to nejen pro mě, ale i pro respondenty výzkumu vzhledem ke mně. Jelikož mnozí z nich mě osobně neznají, výpověď o tak intimních a emočně náročných životních situacích kolem ztráty dítěte pro ně může znamenat překonávat velkou nedůvěru k cizím lidem, zvláště pokud mají zkušenost, že lidé v jejich okolí se k nim chovali po tragické události smrti dítěte ne zrovna vhodně. Stála přede mnou tedy výzva nejen co nejlépe připravit dotazník, jehož prostřednictvím by respondenti adekvátně mohli odpovědět na otázky, které si tato diplomová práce klade, ale vhodně a citlivě připravit i půdu pro kontakt s respondenty jako cílovou skupinou dotazníku. Bez nich, jejich důvěry a otevřenosti by celá práce měla jen nějaký teoretický rozměr a nemohla by přinést to, co přinesla: otevřené, hluboce intimní a upřímné odpovědi lidí, kteří prožili ve svém životě tragédii, které se jen stěží něco vyrovná.

### 7.1 Výzkumný problém

Pro praktickou část své diplomové práce jsem zvolil výzkumný problém: Pomoc rodičům, kteří přežili své děti. Základní výzkumná otázka, kterou se zabývám, tedy zní: **„Jak mohou rodiče bezpečněji a efektivněji zpracovat zármutek nad ztrátou svého dítěte?“** S odvoláním na teoretickou část této diplomové práce tedy pracuji především s těmito tezemi: téma smrti je obecně v dnešní společnosti tabuizované, a pokud se jimi společnost zabývá, tak zejména formou senzacechtivosti v médiích - seriózních informací o tom, jak bezpečně pracovat se sebou a se svými emocemi, pokud nám zemře někdo blízký, není mnoho; ještě více se to týká úmrtí dítěte, protože hodnota dítěte v očích veřejnosti se v posledních desetiletích posunula výrazně nahoru; spousta lidí vůbec neví, jak reagovat na to, když v jejich okolí někomu zemře blízký a raději se pozůstalým vyhýbají; mnohé reakce směrem k pozůstalým (třebaže dobře míněné) spíše škodí než by pomáhaly a svědčí o tom, že jejich adresáti sami mají problém se se smrtí jako skutečností a součástí života vyrovnat.

## 7.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je tedy z rozhovorů, vedených s respondenty, zjistit zejména to, co nejvíce pomohlo a co nejvíce naopak uškodilo rodičům v různém časovém horizontu při vyrovnávání se se smrtí dítěte.

K otázkám jsem se nechal inspirovat tím, na jakém principu pracuje SWOT analýza. Otázky jsem rozčlenil do 4 okruhů, které jsou charakterizovány čtyřmi dílčími (specifickými) výzkumnými otázkami, a stejně jako u SWOT analýzy mají za cíl mapovat 4 různé oblasti výzkumu: silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby.

Dílčí výzkumnou otázku týkající se silných stránek, jsem tedy pojal takto: **Co pomohlo rodičům při zpracování zármutku nad ztrátou dítěte?** Tu jsem dále rozčlenil do 4 časových období na to, co mi pomohlo: bezprostředně (tj. v době, kdy jsem se o smrti dozvěděl/dozvěděla), krátkodobě (tj. v době, která časově spadá přibližně do období do pohřbu), střednědobě po jeho smrti (tj. přibližně doba několika týdnů až měsíců, kdy první hlavní vlna zármutku odezněla) a dlouhodobě (tj. z dnešního pohledu/nadhledu/odstupu i několika let).

Dílčí výzkumnou otázku, která se týká slabých stránek, jsem pojal: **Co uškodilo (ublížilo) rodičům při zpracování zármutku nad ztrátou dítěte?** A stejně jako u prvního okruhu dílčích otázek jsem rozdělil ještě tuto otázku na identická 4 období.

Pokud se týká dílčího okruhu otázek inspirovaných SWOT analýzou jako příležitosti, pojal jsem ji takto: **Jaké nečekané pozitivní životní příležitosti přinesla rodičům tragická událost smrti dítěte?** A rozčlenil ji na dvě otázky; jedna se týkala osobních příležitostí a druhá příležitostí přicházejících do vztahů s ostatními lidmi.

A konečně poslední okruh dílčích otázek jsem pojal jako hrozby vyplývající z tragické události a definoval ji: **Jaké nečekané negativní životní hrozby (obavy, důsledky) přinesla rodičům tragická událost smrti dítěte?** A opět ji rozčlenil na dvě otázky stejně jako dílčí výzkumnou otázku týkající se příležitostí.

## 7.3 Pojetí výzkumu

Jako typ výzkumu jsem pro svou diplomovou práci zvolil výzkum kvalitativní, a to z několika důvodů.

Prvním důvodem je cíl, ke kterému chci svůj výzkum vést. Tím není zjistit (případně spočítat a statisticky vyhodnotit) četnost určitého jevu ve společnosti, ale získat informace od respondentů, které mají velmi **osobní charakter** a přesahují informace empirického původu. Používám tedy **metodu indukce**, která je založena na principu opakování – respondentům byly pokládány otevřené otázky a při jejich zpracovávání jsem se řídil tím, že opakované případy ospravedlňují k přijetí určitého obecného pravidla či zákona. (Švaříček, Šed'ová, 2007). Mým cílem tedy je získat detailní a komplexní informace o zkoumaném jevu.

Zadruhé je tento jev, ač není v historii vůbec nový, ještě velmi málo – obzvláště pak v České republice – vědecky probádaný. Již fakt, že první občanské sdružení, zabývající se pomocí rodičům, kteří přišli o své dítě, vzniklo až v roce 2005 (o. s. Dlouhá cesta) svědčí o tom, že oficiální aktivity se v tomto směru rozvíjejí pomalu a jde často spíše o aktivity občanské, vedené „zespodu“ (výše zmíněné o. s. vzniklo z iniciativy maminek, které „chvilu spojené s odchodem dítěte prožívaly společně“, jak uvádí jejich oficiální webové stránky).

Další důvod souvisí s výběrem tématu a výzkumného vzorku. Lidí, kteří prožili smrt vlastního dítěte, je kolem nás dostatek, ale ne všichni jsou ochotni o této své zkušenosti otevřeně hovořit. Já jsem si ke svému výzkumu tedy vybral ty respondenty, kteří se po tragické události zapojili do programu zaměřeného na pomoc a podporu sobě samému a je u nich tedy velká pravděpodobnost, že se s událostí vyrovnávají (nebo na tom přinejmenším pracují) a rozhovor s nimi může být i jakousi formou terapie.

Jako techniku výzkumu jsem zvolil rozhovory, a to dvojího druhu. Jednak **rozhovory standardizované s otevřenými otázkami**, kdy otázky a jejich pořadí jsou předem dány. Všem respondentům jsou položeny stejné otázky. Otázky jsou formulovány jako otevřené. Ty jsem vedl se 16 respondenty z celé České republiky – ti měli elektronickou formou odpovědět na kladené otázky. Dále jsem si vybral 3 respondenty k využití **polostrukturovaného rozhovoru**, který byl mnohem delší než zmíněné standardizované rozhovory a respondenti – i vzhledem k tomu, že s nimi mám osobní vztah – se více rozpovídali i o okolnostech, za kterých se událost stala a byl při nich větší prostor všimnout si nových, nečekaných informací.



## 7.4 Výběr výzkumného vzorku

Jak už jsem zmínil výše, ke svému výzkumu jsem se zaměřil na konkrétní skupinu respondentů, kteří nejen smrt vlastního dítěte zažili, ale procházejí terapií – mají tedy určitou schopnost reflexe na události, které se jim staly a dokážou o nich hovořit v kontextu vlastního vyrovnávání se s tragickou událostí.

Ideálním vzorkem v tomto pojetí se pro mě stali klienti občanského sdružení Dlouhá cesta. Jak se dočteme na oficiálních webových stránkách sdružení na úvodní straně, je zaměřeno na pomoc rodičům, kterým zemřelo dítě:

„Jsou nás desítky, stovky, tisíce. Maminky a tatínkové, kterým odešlo dítě z tohoto světa dříve, než stačilo dospět a zestárnout. Někdy nečekaně a rychle, jako rána z čistého nebe, někdy pomalu a pozvolna, po zoufalém boji s těžkou nemocí. Vždy však s nesmírnou bolestí a smutkem těch nejbližších. Občanské sdružení *Dlouhá cesta* vzniklo v roce 2005 z iniciativy maminek, které chvíle spojené s odchodem dítěte prožívaly společně. **Naším posláním je pomáhat rodičům, kterým zemřelo dítě v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny.** Naše pomoc je přístupná i všem ostatním členům rodiny. Patronkou sdružení je paní *Olga Sommerová*, která se s naší činností seznámila při natáčení filmu „Přežili jsme svoje děti.“ (www.dlouhacesta.cz)

S ředitelkou a jednou se zakladatelek sdružení paní Martinou Hráskou jsem se setkal poprvé na konferenci ve Zlíně s názvem „Děti a mimořádná událost“, jejíž jsem v roce 2010 byl spoluorganizátorem. Konference se uskutečnila na jaře a zrovna v té době jsem se rozhodoval pro téma své diplomové práce. Když padla volba na téma „Pomoc rodičům, kteří přežili své děti“, věděl jsem, že práci nemohu kvalitně a věrohodně udělat bez spolupráce právě s občanským sdružením Dlouhá cesta. S laskavým svolením paní Hráské jsem tedy mohl rozeslat dotazníky klientům sdružení.

Specifickou částí výzkumu se však pro mě stali klienti Dlouhé cesty ve Zlínském regionu. Některé z nich jsem díky své práci poznal osobně již dříve, mnohé jsem poznal na jejich setkání, které proběhlo začátkem prosince 2010 v prostorách občanského sdružení Unie Kompas, ve kterém pracuji. Jsem s nimi v osobním kontaktu, mnozí z nich se mi nabídli, že s nimi mohu udělat i nahrávaný rozhovor pro svou práci. Se třemi jsem toho tedy využil a obohatil tak dotazníky o 3 polostrukturované rozhovory s respondenty.

## 7.5 Rozhovory standardizované s otevřenými otázkami

Dotazník, určený ke standardizovanému rozhovoru s otevřenými otázkami k výzkumné části mé diplomové práce, se skládá z 12 otázek, které jsou rozděleny do 4 okruhů:

**1. okruh otázek** (otázky č. 1 – 4) je zaměřený na to, co respondentům pomohlo v situaci smrti dítěte, a je dále rozdělen na to, co respondentům pomohlo bezprostředně (tzn. ve chvílích, kdy se o tragické události dověděli), krátkodobě (tzn. v době do pohřbu), střednědobě (tzn. asi do půl roku po události). Tato doba může být vnímána dle každého trochu jinak; obecně jsem ji popsal jako dobu, kdy už mají trochu odstup a nadhled nad tím, co se stalo, ale ví, že „cesta bude ještě dlouhá“) a nakonec dlouhodobě, tedy z dnešního pohledu (pro někoho z nich je situace možná ještě čerstvá, proto nemusí vyplňovat kolonku dlouhodobě, jen střednědobě).

**2. okruh otázek** (otázky č. 5 – 8) otázek je naopak zaměřený na to, co nejvíce uškodilo, ublížilo, znepríjemňovalo už tak tragickou situaci. Časově je to rozděleno na stejné úseky jako 1. kruh, takže respondenti mohli odpovídat podobně heslovitým způsobem, popř. dát více věcí do odpovědí.

**3. okruh otázek** je zaměřen na tzv. „příležitosti“, to znamená, že nenadálá tragická situace mohla přinést do jejich života něco nového pozitivního, co by nepřišlo nebýt této tragické situace. Na tomto místě chci dodat, že samozřejmě věci (příležitosti), které respondenty v rámci tragédie potkaly, nikdy nemohou vyvážit bolest, kterou tragédie přinesla, jen jsou něčím, co nečekaně příznivě přinesla tragická okolnost.

3. okruh je navíc rozdělen na příležitosti pro respondenty osobně – tzn., co oni osobně pro sebe přijali jako pozitivní důsledek tragédie; a na příležitosti přicházející do vztahu s ostatními.

**4. okruh otázek** je opakem 3. okruhu, a to v tom, že popisuje hrozby či negativní důsledky tragédie. A to zase ve dvou otázkách: v 11. otázce pro respondenty osobně a ve 12. otázce ve vztahu s okolím či lidmi.

### 7.5.1 Polostrukturované rozhovory

V polostrukturovaných rozhovorech, které jsem se třemi respondenty nahrával, jsem se držel otázek z dotazníku a zároveň nechal respondenty volně hovořit bez toho, že bych je přerušoval a nutil k dodržení struktury rozhovoru. Všechny jsem nahrával na video,

vzhledem k intimitě zážitku, o kterém respondenti mluvili, i celkově náročnosti tématu jsem však objektiv namířil na sebe, aby bylo vidět při rozhovoru jen mě a zároveň zřetelně a kvalitně slyšet respondenty.

## 7.6 Způsob zpracování dat

Jako způsob zpracování dat jsem si vybral techniku pro kvalitativní výzkum velmi obvyklou a osvědčenou – **otevřené kódování**.

Všechny rozhovory vedené s respondenty – standardizované rozhovory s otevřenými otázkami i polostrukturované rozhovory – jsem si v elektronické podobě vytisknul. Poté jsem podle vzoru v odborné literatuře (Švaříček, Šedřová, 2007) začal jednotlivé odpovědi kódovat a kódy přepisovat do přehledné tabulky. Když jsem vytvořil seznam kódů, začal jsem je **systematicky kategorizovat** – seskupoval jsem je podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti.

Kategorie kódu jsem si samozřejmě rozdělil do 4 oblastí totožných s kategoriemi otázek – tedy odpovědi na otázky č. 1 až č. 4 jsem měl v jedné tabulce (je to kategorie odpovědi na otázku „Co mi pomohlo při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte?“); podobně i odpovědi na otázky č. 5 až č. 8 jsem sloučil do společné tabulky s názvem „Co mi uškodilo...“, otázky č. 9 a č. 10 jsem dal do tabulky s názvem „Příležitosti“ a otázky č. 11 a č. 12 jsem dal do společné tabulky s názvem „Hrozby“. To vše zejména proto, že při interpretaci výsledků se budu těmito oblastmi (vedlejšími výzkumnými otázkami) zabývat zvlášť, každá má své místo a svůj důležitý význam jako jednotlivé nosné části v kostře hlavního výzkumného problému.

Poté jsem tedy pracoval s jednotlivými oblastmi (vedlejšími výzkumnými otázkami) na **kostře analytického příběhu** tak, aby vynikla specifičnost a důležitost té které jednotlivé oblasti a zároveň aby zapadaly do celkového kontextu hlavního výzkumného problému. V jednotlivých oblastech jsem pracoval metodou **analytické indukce** (Bryman, 2004), kdy jsem hledal jevy, které se v odpovědích opakují. Ty se pak staly základem pro interpretaci dat. Měl jsem při tom za úkol deduktivně usuzovat, jak tato interpretace zapadá do celkového kontextu a cílů mé práce.

Při vytváření jednotlivých kategorií (kategorizaci kódů) jsem musel názvy kategorií občas změnit či upravit tak, aby co nejvíce vystihovaly kontext situace, aby nebyly příliš obecné ani tak konkrétní, že by se do nich dalo zařadit jen málo odpovědí. V příloze (Pří-

loha č. II) přikládám ukázkou toho, jak jsem kódoval a kategorizoval v oblasti (vedlejší výzkumné otázky) „Co mi pomohlo při zpracování zármutku nad ztrátou dítěte?“.

## 8 INTERPRETACE DAT

Interpretace výsledků výzkumu je vlastně to nejdůležitější a nejzajímavější na celé výzkumné práci, proto se jí chci věnovat s náležitou pozorností a zároveň citlivostí. Začnu s tím, že budu interpretovat jednotlivé oblasti (vedlejší výzkumné otázky) zvlášť, protože mají svůj vlastní tematický rámec, a poté budu v kapitole závěr interpretovat výsledky výzkumu celkově, tedy v kontextu hlavní výzkumné otázky.

### 8.1 Co pomohlo rodičům při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte?

Tato oblast je podle vzorce SWOT analýzy (který mi byl inspirací při vytváření vedlejších výzkumných otázek) charakterizována jako **silné stránky**, tedy jako něco pozitivního, co by mohlo být vzhledem k základní výzkumné otázce vodítkem pro odpovědi. Z odpovědi respondentů na tuto oblast otázek tedy může vyplývat jakýsi ideál, vzor, dle kterého bychom mohli přistupovat při pomoci lidem, kteří se vyrovnávají se ztrátou svého dítěte. Třebaže je tato oblast dále rozčleněna ještě do 4 otázek (co mi pomohlo bezprostředně, krátkodobě, střednědobě a dlouhodobě), občas se odpovědi na ně prolínají a nelze jednoznačně určit, kde končí a začíná časová hranice nastíněná v dotazníku, zejména s ohledem na to, že každý z respondentů může tuto časovou hranici vnímat odlišně.

Nejdůležitější pomocí pro drtivou většinu respondentů bylo to, co jsem zařadil do kategorie **přátelé** a do kategorie **rodina**. Jednotlivé odpovědi jsem uvedl i v příloze v ukázce z kódování a kategorizování. Proto bych chtěl shrnout, co ty odpovědi znamenají z hlediska celého kontextu práce obecně. Znamená to zejména to, že ti, kteří prožili tragickou událost smrti dítěte, potřebovali ve všech časových obdobích, nejvíce však v prvních dvou (bezprostředně, kdy se o tragické události dozvěděli a krátkodobě v horizontu několika prvních dní) mít někoho vedle sebe, před kým nebo s kým mohli bezpečně truchlit, plakat, vyjadřovat emoce a nemuseli se bát nepochopení ani nepřijetí. Tím někým byli zpravidla jejich nejbližší už z doby před tragickou událostí, čímž se tato pozitivní vazba ještě umocnila a prošla těžkou životní zkouškou s pozitivním výsledkem. Konkrétně to byli přátelé z okruhu lidí a také rodina: rodiče, manželé, partneři či další děti.

Důležitý kontext této oblasti podle mě vyplývá z toho, že ze dvaceti respondentů byli jen dva muži a zbylých osmnáct byly ženy. Ženy jsou obecně jako lidé mnohem více schopny sdílet nahlas s ostatními své emoce a obecně své problémy, a možná právě proto

bylo přirozené, že největší pomocí jim byli lidé v jejich okolí, kteří byli připraveni jejich bolest sdílet, naslouchat jim a poskytnout jim emoční podporu. Jak vyplývá z kapitoly 4.6 v teoretické části mé práce (Krise mezi manželi jako reakce na ztrátu), nemůžeme spoléhat na to, že partneři si v této tragické situaci budou automaticky vzájemně oporou a pomocí. Dle odborné literatury (Špaténková, 2008) i mého výzkumu je lépe, když počítáme s tím, že partneři mají odlišný způsob zpracování zármutku a navíc každý prožívá její fáze v různém časovém období. Proto je lépe věnovat se manželům (partnerům), kteří společně přišli o dítě, odlišně. To neznamená nutně odděleně, ale znamená to s individuálním přístupem ke každému z nich a hlavně s respektem k jejich odlišnosti.

Velmi důležitým pozitivním aspektem při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte byl podle respondentů i tzv. **přístup profesionálů**, jak jsem tuto kategorii souhrnně nazval. K těmto profesionálům, kteří přišli bezprostředně do kontaktu s pozůstalými rodiči a měli vliv na to, jak celou situaci budou vnímat a prožívat, jsou zejména pracovníci pohřebních služeb, lékaři v nemocnici, psychologové a policisté. Protože tito profesionálové byli velmi často jmenováni respondenty i v oblasti otázek „Co mi nejvíce uškodilo při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte?“, uvědomil jsem si, jak je důležité školit a připravovat tyto profesionály na podobné situace. Jejich reakce, které byly respondenty považovány za pozitivní, by se daly shrnout opět do několika slov: pochopení, účast, vstřícnost, ochota sdílet bolest, pomoci nad rámec profesionálních povinností. Pokud tyto charakteristiky profesionálové v okolí pozůstalých splňují, je to velký předpoklad k tomu, že tito pozůstalí svou ztrátu budou moci zpracovat mnohem lépe a bezpečněji. Myslím si, že právě toto je velmi důležitý postřeh, vyplývající z mého výzkumu a je mu třeba věnovat zvýšenou pozornost.

Z hlediska bezprostředního zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte bych ještě jako významný okruh odpovědí zmínil kategorii, kterou jsem nazval **medikace**, kam patří obecné prášky na uklidnění a podobná lékařská pomoc; **víra** jako síla, která dává pozůstalým naději, že smrtí vše nekončí a že se se svým milovaným dítětem znovu setkají, třebaže v jiné podobě; a nakonec chci jako důležitou součást odpovědí zmínit kategorii, kterou jsem nazval „**nic**“, tedy odpovědi respondentů ve smyslu nepomohlo vůbec nic, bylo to tak hrozné, že se to skoro nedalo přežít atd. Myslím, že je důležité to na tomto místě zmínit, protože málokdo se dokáže vžít do situace těchto rodičů, pokud to sám nezažil a s respektem k nim a k upřímnosti jejich odpovědí je dle mého názoru velmi důležité brát vážně jejich bezprostřední pocity, které mluví o tom, že se jim v té chvíli zhroutil svět a nebylo nic, co by je uklidnilo a jim pomohlo. Pokud pochopíme tyto jejich bezprostřední

pocity, máme šanci jim pomoci z hlediska dlouhodobého. Pokud je nebudeme akceptovat, uzavřeme si cestu k tomu, abychom jim mohli pomoci v dalším časovém horizontu.

Z hlediska středně až dlouhodobé pomoci chci na tomto místě zmínit **důležitost literatury a knih**, které se staly důležitou součástí doprovázení pozůstalým na cestě ke zpracovávání zármutku. Zcela určitě bych tuto pomoc nazval biblioterapií, protože tyto respondenti (a bylo jich konkrétně 8) popisovali ve svých odpovědích léčebnou moc toho, když si četli knihy, kde byly popisovány podobné příběhy, jako zažili oni sami nebo které byly odbornou literaturou na téma zpracování zármutku a podobná témata vztahující se k jejich osobní situaci.

A nakonec zmíním v této oblasti odpovědi kategorii s výmluvným názvem „**Dlouhá cesta**“. Zkrátka lidé, kteří se dověděli o existenci tohoto sdružení a nejčastěji v horizontu střednědobého zpracovávání se zapojili do jeho aktivit, prožívali hluboké vnitřní posílení, zejména skrze sdílení se s rodiči se stejnými či podobnými osudy. Pro jednu z respondentek se stala dokonce Dlouhá cesta významným životním impulzem pro zpracování zármutku, neboť to byla právě ona, která pod vlivem své životní tragické události toto občanské sdružení založila. Díky tomu se stala (a jistě ještě v budoucnu stane) velkou oporou a pomocí pro mnohé rodiče s podobným osudem.

## 8.2 Co uškodilo rodičům při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte?

Tuto oblast otázek a odpovědí jsem dle výše zmíněné SWOT analýzy zahrnul pod pracovní název **slabé stránky**, tedy věci negativní, které naopak vzhledem k hlavní výzkumné otázce byly těmi, které bezpečné a efektivní zpracovávání zármutku komplikovaly či jinak znesnadňovaly nebo dokonce znemožňovaly. Z odpovědí na tyto dotazy pro nás tedy vyplývá jakýsi vzorec chování vzhledem k pozůstalým rodičům, kterého bychom se měli rozhodně vyvarovat.

Jednoznačně nejpočetnější oblastí odpovědí jsem zahrnul do kategorie, kterou jsem nazval **reakce okolí**. Pokud by měl z této mé diplomové práce zaznít nějaký apel k laické veřejnosti, rozhodně by byl formulován s ohledem na právě tuto oblast odpovědí. Jako příklad bych zde uvedl typické, pro respondenty nepřijatelné reakce:

- „*To, že se na mne lidé (kromě přátel) dívali, nebo spíš pozorovali, když jsem někam přišla a potichu si ‚šuškali‘. Připadala jsem si ‚prašivá‘.*“

- „*Rady typu: ‚Musíš se vzchopit, máš tu druhé dítě. Musíš jíst, podívej se, jak si zhubla. Nechod’ každý den na hřbitov. ‘ A když tak o tom teď přemýšlím, asi všechny věty obsahující slůvko musíš nebo nesmíš.‘*“
- „*Sousedé z domu a z ulice se mi vyhýbali.*“
- „*Příbuzní, které jsem měla ráda, odmítli jít na pohřeb, že by to nezvládli.*“
- „*Někdy jsem měla pocit, že jsem pro lidi chodícím důkazem hrůzy, že se to opravdu může stát a raději se mi vyhnuli.*“
- „*Ze strany rodiny jsem jim připadala, že dost netrpím zármutkem, že na pohřbu jsem nevypadala smutně, že další měsíce nenosím černý oděv atd.*“
- „*Mrzí mě, když se o Martinovi zmíním, rozpačité pohledy a ticho mých známých ... Já přece nechci, aby se na něj zapomnělo, mám se tvářit, že nikdy nebyl*“

A na druhém místě jako negativně vnímaný musím žel zmínit **přístup profesionálů**. Stejně jako v předchozí kapitole jsem jej zmínil jako velice důležitý při vnímání pomoci pozůstalým, tak v případě negativním má tento vliv dvojnásobný, protože jako lidé máme spíše tendenci si zapamatovat to, co pro nás bylo nepříjemné, než to, co bylo příjemné. K těmto profesionálům patří opět stejní pracovníci v pomáhajících profesích, kteří přišli do kontaktu s pozůstalými: pohřební služba, lékaři, policisté. K častým charakteristikám uvedeným respondenty, vystihujícím tuto oblast, patří: netaktnost v přístupu, neprofesionalita, neochota, nevstřícnost, nedostatek informovanosti a dokonce i hrubý až bezcitný přístup.

Na tomto místě mě napadá, že všechny výše uvedené negativní charakteristiky mohou být brány subjektivně, pouze z pohledu respondentů a ne tedy z objektivního hlediska. Ale na druhou stranu si myslím, že právě o tu subjektivitu tady jde – respondenti prožili traumatizující zážitek ztráty svého dítěte - a kdo jiný by měl popsat a určit, co je pro takovou situaci vhodné nebo ne než právě oni, byť ze svého subjektivního hlediska. A naopak člověk pracující v pomáhajících profesích by měl být školen k tomu, aby se naučil vnímat a chápat subjektivní potřeby klientů, se kterými přichází profesně do kontaktu.

Mezi další důležité faktory, které znesnadňovaly respondentům cestu k vyrovnávání se se ztrátou dítěte, patřil přístup **médií**, který byl často necitlivý a bulvární, se snahou nepopsat skutečný stav věci, ale prodat svůj článek či reportáž.

Dále k podobným vnějším faktorům jsem zařadil kategorii „**Vyšetřování a soudy**“. Respondenti často vnímali potřebu vyšetřit celou tragickou událost, ale hodně jim vadilo, zejména z toho středně a dlouhodobého hlediska, že se celá záležitost velmi protahovala a



konečné vyřešení bylo v nedohlednu. Nevyřešení případu, zejména pak v situacích nehody nepotrestání viníka za smrt jejich dítěte, mělo pro respondenty velmi negativní důsledek zhoršení psychického stavu.

Spolu s touto posledně zmiňovanou kategorií stojí svou četností odpovědí za zmínku ještě kategorie, kterou jsem nazval „**Bezmocnost**“ a která má spíše interní charakter. Je to pocit, že nemohu nic dělat, nemohu běh událostí kolem nijak ovlivnit a protože jsem byl bezmocný/bezmocná v situaci smrti dítěte, zůstávám tak i nadále v situaci vyrovnávání se s ní.

### **8.3 Jaké nečekané pozitivní životní příležitosti přinesla tragická událost smrti dítěte?**

Okruh dvou otázek, zahrnutý do oblasti inspirované SWOT analýzou jako **příležitosti**, jsem do dotazů vkládal asi s největší bází a obavami, jestli budou správně pochopeny. Jistě vnímáme (a stejně to vnímali i respondenti a vyjadřovali to v rozhovoru se mnou), že nalézat pozitivní věci na tak negativní a tragické situaci lze jen stěží, ale jsem moc rád, že i přes tento handicap se to povedlo nad očekávání dobře. Myslím, že je to zejména proto, že respondenti jsou zároveň klienty občanského sdružení Dlouhá cesta a tudíž jsou už v určité fázi zpracovávání a vyrovnávání se s tragickou okolností svého života a přistupují k ní s velkou dávkou pokory a reflexe.

Jednoznačně nejvíce zastoupenou skupinou odpovědí zde byla kategorie, kterou jsem nazval „**Vnitřní změna**“. Patří do ní sice široká škála odpovědí, ale po dlouhém zkoumání a rozmyšlení jsem ji nedělil na více kategorií, protože měla výrazně společného jmenovatele: nový pohled na to, co je v životě opravdu důležité, změnu hodnotového žebříčku. Přestože v kvalitativním výzkumu nejde o statistické výpočty, jeden si na tomto místě dovoluji: v podobném stylu se ve svém dotazníku vyjádřilo celkem 17 z 20 respondentů, což je myslím velmi výmluvné.

Další kategorií v této oblasti odpovědí patří ještě kategorie **pozitivní změna vztahů**. To znamená, že respondenti (zřejmě i pod vlivem oné výše zmiňované vnitřní změny) pozitivně přehodnotili a změnili své vztahy k ostatním. Po odchodu svého milovaného dítěte si dokážou více vážit a užívat vztahu s ostatními, nejčastěji se zbylými rodinnými příslušníky nebo nejbližšími přáteli.

Za zmínku zde stojí ještě kategorie **nová setkání**, kde byly zahrnuty odpovědi ve smyslu „díky tragédii jsem potkala různé úžasné lidi, se kterými bych se asi jinak nikdy nesetkala – tyto nové vztahy mě pozitivně ovlivňovaly nejen v době tragédie, ale pomáhají mi dodnes“. Je to skutečně paradox, že muselo dojít až ke krajní životní situaci, aby se mnozí lidé mohli dozvědět více o sobě a potkat skutečné přátele.

#### 8.4 Jaké nečekané životní hrozby přinesla tragická událost smrti dítěte?

Tato oblast odpovědí spadá dle SWOT analýzy do oblasti **hrozby**. A také v této oblasti, stejně jako v oblasti příležitosti, je jedna kategorie odpovědí zastoupena výrazně nejvíce – je to kategorie s názvem **strach o blízké**.

Už samotný název napovídá, že jde o odpovědi typu „po smrti svého dítěte mám větší obavy i o druhé dítě (popř. další děti, partnera, partnerku, blízké atd.). Je to samozřejmě psychologicky přirozený jev, že pokud máme tragickou životní zkušenost, že jsme o někoho blízkého přišli, máme strach, že se to stane znovu. Jako odpověď na otázku „Co s tím?“ se nabízí odpovědi z opačného spektra SWOT analýzy, z oblasti **příležitosti**. Totiž že strach o novou možnou ztrátu blízkých můžeme přetransformovat v příležitost užít si s nimi každého okamžiku, kdy jsme spolu, a to naplno. Takový by vlastně v ideálním případě měl být celý náš život, bez ohledu na to, jestli jsme utrpěli nějakou ztrátu. Ale přiznejme si, že na to jako lidé často zapomínáme, proto někdy až tragédie nám umožní uvědomit si tuto jedinečnou životní příležitost: žít naplno, tady a teď, s přístupem k blízkým, jako by každý den byl pro nás společně poslední. Pro většinu běžné populace, zatížené každodenními starostmi, zní tyto věty jako pohádka z jiné planety, ale pro ty, kteří prožili tragédii ztráty dítěte, jsou tyto věty reálnou nadějí, jak se vypořádat se svým životem v kontextu nenahraditelné životní ztráty. Není to pro ně už nemožné ani ztráta času, ale skrze toto prožívání mají často mnohem citlivější a smysluplnější přístup k životu, než výše zmíněná běžná populace.

#### 8.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

Výsledky šetření, které jsem výše popsal (kapitola č. 8), bych chtěl nyní shrnout do přehledné tabulky, ve které se budu opět odvolávat na SWOT analýzu. Věci, které pomohly, jsou v tabulce uvedeny pod názvem jednotlivých kategorií, vytvořených při kódování.

Tabulka č. 1 : Shrnutí výsledků výzkumného šetření

	Bezprostředně	Krátkodobě	Střednědobě	Dlouhodobě
<b>Co pomohlo</b> <b>(silné stránky)</b>	Přátelé, Rodina, Přístup profesio- nálů, Medikace, Víra, Nic	Přátelé, Rodina, Přístup profesio- nálů, Medikace, Víra, Nic	Přátelé, Rodina, Víra, Literatura, Dlouhá cesta	Přátelé, Rodina, Víra, Literatura, Dlouhá cesta
<b>Co uškodilo</b> <b>(slabé stránky)</b>	Reakce okolí, Přístup profesio- nálů	Reakce okolí, Přístup profesio- nálů, Bezmocnost	Reakce okolí, Média, Bezmocnost	Reakce okolí, Média, Vyšetřování a soudy
<b>Příležitosti</b>	Vnitřní změna, pozitivní změna vztahů, nová setkání			
<b>Hrozby</b>	Strach o blízké			

## ZÁVĚR

Protože výsledkem kvalitativního výzkumu je obvykle i nově vznikající hypotéza, pravda o zkoumaném jevu, začínám své shrnutí výzkumu odhalením toho nejdůležitějšího, co z odpovědí jednotlivých respondentů vzešlo.

V první řadě je to fakt, že právě tito rodiče by si nikdy nepomysleli, že by se jim taková situace mohla v životě stát. Často je skutečnost, že jsou respondenty mého výzkumu, zatímco spousta (ne-li většina) ostatních rodičů si „poklidně“ žijí se svými dětmi, jen dílem okamžiku, vteřiny, náhody, situace, která by nikdy nenastala, kdyby... Ale stali se jimi a v tom okamžiku se ocitli jakoby na druhém břehu, který je tomu prvnímu na kilometry vzdálen, a obě strany mají ke vzájemnému pochopení někdy právě tak daleko. **Cílem mé diplomové práce bylo tyto dva břehy trochu přiblížit a přinést pochopení zejména pro ty, kdo to nezažili, směrem k těm, kdo tuto krutou zkušenost mají.** Informace „z druhého břehu“ jsou velmi cenné, protože, jak vyplývá i z mého výzkumu, velká část lidí vůbec neví, jak se chovat k těm, kterým zemřelo dítě.

Jestliže mám shrnout to, co nejvíce pomáhá lidem, kteří přišli o dítě, tak v horizontu krátkodobém je to zejména **hluboké vnímající pochopení**, což konkrétně znamená být s nimi a dát jim pocit, že mohou **bezpečně vylít své emoce**, kterým mají spoustu. Není třeba odpovídat na jejich otázky typu „Proč se to stalo zrovna nám?“, protože to sami nevíme a ti lidé to v tu chvíli ani nepotřebují. Mnohem více chtějí, abychom se jich nestranili ze strachu, že nevíme, jak se k nim zachovat, ale abychom k nim naopak přišli a slovy Bible „plakali s plačícími“. Pokud si o to sami neřeknou, tak také nepotřebují rady. Rady typu „zase bude dobře – uvidíš, to přejde...“ nebo „stalo se to tolika lidem, tak to musíte zvládnout taky“ jsou dle výpovědí respondentů spíše ostřím nože, které ještě více rozpitvává ránu než nějakou pomocí. Obecně přátelé a blízcí jsou kromě profesionálních pracovníků nejvíce v kontaktu s čerstvě pozůstalými, proto má pro tyto pozůstalé zásadní vliv, jak se k nim zachovají. Nejlepší je obecně chovat se přirozeně jako doposud, být jim bližní. A zejména ptát se, co oni sami potřebují, protože **to vědí jen oni**. Pamatujme přitom na rčení, že nejlepším odborníkem na své problémy jsme my sami – ostatní nás mohou podpořit, povzbudit, nasměrovat, ale udělat zásadní kroky můžeme jen my sami. A to platí i směrem k těmto pozůstalým.

Většinou, pokud jsou to ženy, si chtějí znovu a znovu o tom **povídat a ujišťovat**, že měli se zemřelým ten nejlepší vztah a tak to zůstane i ve vzpomínkách. Pokud budou

mít tendence „odejít za mrtvým“ také (což je častý jev), protože bez něj se to nedá vydržet, nezahrnujme je radami typu: „To nemůžeš udělat, myslí na další děti!“ Oni to s největší pravděpodobností ani neudělají, ale jejich bolest je v prvních dnech tak obrovská, že jen vyslovit větu „chci jít za ním, zemřít také“ je pro ně **neskonalou úlevou** a někdy i jednou z možností, jak vlastně vyjádřit, jak své zemřelé dítě hluboce milovali.

Nechť z tohoto místa ještě jednou zazní také apel směrem k profesionálním pracovníkům, kteří s pozůstalými přicházejí do kontaktu, protože také oni do velké míry ovlivňují to, jak se s touto situací vyrovnají. Být profesionálem tedy v první řadě neznamená zachovat si chladnou hlavu a emoce pod kontrolou, ale být nastaven přijmout emoce a reakce související s obrovskou bolestí pozůstalých. Neutíkat před nimi ani se jich neděsit či je nepřehlížet, ale uvědomovat si, že tu jsou a že mým úkolem není je odstranit, ale dát opět **bezpečný prostor k jejich vylití**. Obzvláště muži mají tendence posuzovat vysokou hladinu emotivního chování jako hysterii, ale musíme si stále připomínat, že to, co se v pozůstalých děje, je **normální reakce v nenormální situaci** (Lucká, 2004). To je důležitá formulace, která nám pomůže pochopit a neodsuzovat.

Z hlediska delšího času jsou pro pozůstalé, kteří přišli o své dítě, důležité znovu tak jako na počátku **přátelé a rodina**, tentokrát však v úloze toho, který se nesnaží určovat, kdy už má konečně skončit to truchlení, ale opět mají pochopení pro jejich vlastní čas i způsob vyrovnání se, třebaže s ním nesouhlasí. Znovu platí úsloví, že kdo to neprožil, nepochopí tu bolest a nechť tedy neurčuje její průběh ani konec.

Kromě toho je pro pozůstalé dlouhodobě velkou pomocí návrat do nějakého běžného režimu, nebo obecně **práce**. Také vhodná **literatura** na téma ztráty (nejlépe skutečné příběhy lidí, kteří to zažili) a v lepším případě samozřejmě kontakt s lidmi s podobnou zkušeností. V tomto směru chci udělat propagaci občanskému sdružení **Dlouhá cesta**, protože jejich práce v oblasti pomoci rodičům, kteří přežili své děti – tak jak jsem ji já mohl poznat – je neocenitelná! Mým velkým přáním je, aby toto sdružení mělo dosah po celé republice. A to ne proto, že bych si přál, aby přibývalo rodičů s podobnou tragickou zkušeností, ale právě proto, že už takových rodičů je spousta, a mnozí o této možnosti vůbec neví nebo jim není prakticky dosažitelná. A na pomoc skrze sdílení se s ostatními není nikdy pozdě, i když si třeba myslíme, že se to stalo dávno a už jsme to dávno ve své mysli potlačili.

Chtít si odpovídat na hlavní výzkumnou otázku, kterou jsem si touto prací položil („Jak mohou rodiče bezpečněji a efektivněji zpracovat zármutek nad ztrátou svého dítěte?“) znamená počítat v životě s něčím, co by nikdo nechtěl zažít. Znamená to být tak trochu podivínem, který klade před lidi nechtěná a nepochopitelná témata, o kterých by se chtěli bavit jen maximálně v souvislosti s někým cizím, nikdy však se sebou. A musím přiznat, že jsem si v průběhu zpracovávání diplomové práce jako podivín občas připadal, když jsem sledoval reakci lidí na jejich otázku, na jaké téma diplomovou práci píše.

Možná to zní podivně, ale na konci své práce se cítím dobře. Prožil jsem spolu s mnoha odbornými knihami a zejména s velmi zraněnými, ale neuvěřitelně citlivými lidmi čas, který i pro mě znamenal přemýšlení nad životními prioritami i smyslem života obecně. Byl to pro mě čas velkého emočního vypětí, obzvláště v osobních rozhovorech s respondenty, ale i v e-mailovém dopisování si s nimi. Ale vůbec nelituji, protože toho, čím mě tento čas obohatil, je mnohem více. A budu z toho ještě hodně dlouho čerpat.

Za to jsem velmi vděčný všem, kteří se mnou na diplomové práci spolupracovali. Patří mezi ně především má vedoucí práce, která mi dala počáteční impulz a motiv k tomu, abych se hlouběji a na této úrovni tak náročnému tématu věnoval, a poté se mi poctivě věnovala při zpracovávání diplomové práce. Také mezi ně patří Martina Hráská, ředitelka občanského sdružení Dlouhá cesta, která mi umožnila oslovit klienty sdružení po celé republice a motivovala je k vyplnění dotazníku. Velmi vděčím i Ivetě Coufalíkové, oblastní vedoucí Dlouhé cesty v našem Zlínském regionu, která mi umožnila osobní kontakt s klienty na jejich společném setkání ve Zlíně a svým citlivým a moudrým přístupem je mi inspirací, jak statečně a se ctí překonávat těžké životní překážky. V neposlední řadě vděčím Pavle Kubelkové za možnost natáčeného rozhovoru s ní pro účely této práce (stejně tak za to vděčím i Ivetě Coufalíkové a Dagmaře a Pavlovi Škarkovým), ale zejména za to, že mi dovolila velkou část jejího utrpení sdílet už v jeho průběhu – v době, kdy mě vůbec nenapadlo, že o tom jednou budu psát diplomovou práci - a že nás tato tragická událost v její rodině velmi sblížila a pomohla mezi námi vytvořit velmi přátelský vztah.

Svou práci chci zakončit právě slovy z rozhovoru s Pavlou Kubelkovou ohledně smrti jejího syna: **„Je to stav, se kterým se člověk nikdy nesmíří, ale musí se s ním naučit žít.“**

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I.: *Psychologie katastrofické události*. Academia Praha, 2009. 364 s. ISBN 978-80-200-1816-8.
- [2] PARKES, C. a kol.: *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Společnost pro odbornou literaturu, Brno, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [3] HOSKOVCOVÁ, S.: *Psychosociální intervence*. Karolinum, Praha, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
- [4] STUDENT, J. a kol.: *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Nakladatelství H a H Vyšehradská, Praha, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-038-9.
- [5] KUBÍČKOVÁ, N.: *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Nakladatelství ISV, Praha, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.
- [6] FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., OLIVIERE, D., ed. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
- [7] ŠPATÉNKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008. 143 s. ISBN: 978-80-247-1740-1.
- [8] VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Remedium Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- [9] ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
- [10] GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J.: *Rodinná terapie*. Grada Publishing, Praha, 2009. 280 s. ISBN 978-80-247-2390-7.
- [11] ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K.: *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, Praha 2007. 377 str. ISBN 978-80-7367-313-0.

## SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník určený ke standardizovaným rozhovorům s otevřenými otázkami

P II Ukázka kódování a kategorizování

P III DVD s rozhovory se třemi respondenty formou

polostrukturovaného rozhovoru, natočenými na video; přepisy těchto rozhovorů



**PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK URČENÝ KE STANDARTIZOVANÝM  
ROZHOVORUM S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI**

## **STANDARTIZOVANÝ ROZHOVOR**

určený pro výzkum k diplomové práci na téma „Dlouhá cesta – pomoc rodičům, kteří přežili své děti“

Martin Stavjaník

UTB Zlín Fakulta humanitních studií 2011

---

### **OTÁZKY** ohledně osobních údajů respondenta:

Pohlaví:

Věk:

Region/kraj (např. Zlínský, Karlovarský, Praha):

### **OTÁZKY** výzkumné:

1. Co mi pomohlo při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **bezprostředně** po jeho smrti (tj. v době, kdy jsem se o smrti dozvěděl/dozvěděla)?
2. Co mi pomohlo při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **krátkodobě** po jeho smrti (tj. v době, která časově spadá přibližně do období do pohřbu)?
3. Co mi pomohlo při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **střednědobě** po jeho smrti (tj. přibližně doba několika týdnů až měsíců, kdy první hlavní vlna zármutku odezněla)?
4. Co mi pomohlo při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **dlouhodobě** (tj. z dnešního pohledu/nadhledu; pokud jste ve fázi střednědobého zpracovávání, nevyplňujte, jen napište: „ještě nejsem v té fázi“)?

5. Co mi uškodilo (rozhodilo, zhoršilo psychický stav) při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **bezprostředně** po jeho smrti (tj. v době, kdy jsem se o smrti dozvěděl/dozvěděla)?
6. Co mi uškodilo (rozhodilo, zhoršilo psychický stav) při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **krátkodobě** po jeho smrti (tj. v době, která časově spadá přibližně do období do pohřbu)?
7. Co mi uškodilo (rozhodilo, zhoršilo psychický stav) při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **střednědobě** po jeho smrti (tj. přibližně doba několika týdnů až měsíců, kdy první hlavní vlna zármutku odezněla)?
8. Co mi uškodilo (rozhodilo, zhoršilo psychický stav) při zpracovávání zármutku nad ztrátou dítěte **dlouhodobě** (tj. z dnešního pohledu/nadhledu; pokud jste ve fázi střednědobého zpracovávání, nevyplňujte, jen napište: „ještě nejsem v té fázi“)?
9. Jaké nečekané pozitivní životní příležitosti přinesla tragická událost smrti dítěte pro mě osobně (týkající se mě, ostatní to nemusí pochopit nebo tomu rozumět)?
10. Jaké nečekané pozitivní životní příležitosti přinesla tragická událost smrti dítěte pro mé vztahy s ostatními?
11. Jaké nečekané negativní životní hrozby (obavy, důsledky) přinesla tragická událost smrti dítěte pro mě osobně (týkající se mě, ostatní to nemusí pochopit nebo tomu rozumět)?
12. Jaké nečekané negativní životní hrozby (obavy, důsledky) přinesla tragická událost smrti dítěte pro mé vztahy s ostatními?

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI!

Martin Stavjaník

## P ŘÍLOHA P II: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ A KATEGORIZOVÁNÍ

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

### Kódování

Otázky 1 – 4 (co pomohlo)

#### 1. Kategorie: Přístup profesionálů

- Pohřební služba nám dovolila rozlučku (1-2)
- Pohřební služba se chovala velmi vstřícně a přátelsky (2-2)
- Příjemná pomoc psycholožky (3-3)
- Dobrá pomoc psycholožky (5-4)
- Sestřičky a lékaři v nemocnici pomohli, podpořili (7-1)
- Podpurná a psychologická pomoc od různých odborníků (PK-1) (PK-2)
- Nejvíce mi pomohla psycholožka v nemocnici, kam jsem byla po nehodě převezena. Byla jediná, kdo mi něco řekl a nelhal mi. (9-1)
- Možnost zůstat s ním chvíli i po jeho smrti a rozloučit se. (12-1)
- Jediné informace, které jsme měli, nám poskytl vyšetřovatel, který měl ten případ na starosti; k němu jsme si měli jet vyzvednout věci a on nám říkal víc. (IC-1)
- Ale hrozně nám pomohlo to, že jsme se mohli rozloučit. (DŠ-1)
- Konzultace u psychologa, dopisování s ženami, kterým se stalo něco podobného. (13-3)
- Pak také místní lékařka, která nám přivezla léky. (14-1)
- Pak také Kineziologie a psycholog. (14-3)

#### 2. Kategorie: Přátelé

- Přátelé, kteří neopouštěli. (1-3)
- Přátelé, kteří se nebáli přijít hned druhý den po nehodě, sdíleli mlčky smutek, plakali s námi. (1-2)
- Chodily kamarádky, nosily knížky o smrti a mluvily se mnou o smrti. (2-1)
- Okolí mi umožnilo nahlas a spontánně vyjádřit emoce. (3-1)
- Záchytná síť mého okolí (přátelé atd.). (3-2)

- Že mé okolí přistoupilo a dovolilo mi o tom dni a o mém synovi mluvit. (3-3)
- Poté mi nejvíc pomohla práce a kamarádi. (5-2)
- Pomoc se našla u kamarádů – poslouchali mě a hlavně nedávali najevo lítost. (5-3)
- Pomoc-kamarádi a práce. (5-4)
- Společnost nejbližší kamarádky. (6-2)
- Sdílnost s kamarádkami. (6-4)
- Kolega v práci, kterému zemřela před léty přítelkyně – nebál se o tom se mnou mluvit. (7-3)
- Kolegové v práci mi v té bezprostřední době hodně pomohli. (PK-3)
- Dále bych opět zahrnula rodinu a přátele, kteří to se mnou prožívali a mohu si s nimi o všem povídat. (12-4)
- Kamarádka. (13-1)
- Také podpora přátel, kteří byli ochotní mne vyslechnout, nebáli se mě navštívit a povídat si se mnou. (14-2)
- Kontakt s maminkou – kamarádkou z nemocnice, které zemřel syn tři týdny před smrtí mého syna. (15-1)
- Kontakt s maminkou – kamarádkou z nemocnice, které zemřel syn tři týdny před smrtí mého syna. (15-2)

### 3. **Kategorie: Práce**

- Zařizování pohřbu – vybírali jsme písničky a přitom plakali... (1-2)
- studium na škole – cokoliv, čím jsem se dokázala zaměstnat. (1-4)
- Byla jsem schopná fungovat v domácnosti – vařit, prát atd. (5-1)
- Do pohřbu jsem nechodila do práce. Poté mi nejvíc pomohla práce a kamarádi. (5-2)
- Pomoc – kamarádi a práce. (5-4)
- Po měsíci jsem nastoupila do práce, takže určitě práce – povinnosti a starosti z toho vyplývající. (6-3)
- Tak jedna z věcí, která mi pomáhala, byla práce. Že člověk dělal i něco jiného, než myslel na to... (PK-3)
- Návrat do práce a pravidelný denní režim. (12-3)

- A taky tady v práci, kdy jsem vlastně nastoupila po Novém roce, a všichni si přáli do Nového roku... Tady hodně vděčím šéfovi, který se k tomu postavil dobře. Řekl, že vzhledem k tomu, co se stalo, nebudou žádné proslovy, a kdybys něco potřebovala, jsme ochotni ti pomoci. Byly tam nějaké emoce, ale spíš pozitivní – objali mě atd. A taky jsem je prosila, ať mi nic neslevují z práce, že potřebuji pracovat, abych se z toho dostala, tak v tom mi taky vyhověli. (IC-3)
- Tak jsem i začala pracovat a to mi pomohlo. (DŠ-3)
- Ještě jsem v té fázi, ale pomáhá mi fyzická činnost a námaha (fyz. práce, sport, procházky). (13-4)
- Byla to hlavně moje práce. Pracuji s předškolními dětmi a ti mi nedovolí přemýšlet o svých problémech. (14-3)

#### 4. **Kategorie: Nic**

- Nic. (1-1)
- Nic.(6-1)
- Nic... nemohla jsem jíst, spát, když zastavil výtah, čekala jsem, že se otevrou dveře a vrátí se mi ... Nevěřila jsem tomu, co se stalo. (7-2)
- V této době mi nepomohlo nic. Já ani žádnou pomoc nechtěla. Nechtěla jsem žít. (9-2)
- Mě teda rozhodně v této době žádná vlna zármutku neodezněla, takže zase nic! (9-3)
- Já mam pocit, že mi nepomáhalo nic, zvedla jsem se trochu snad jenom tím, že jsem ho chtěla důstojně pohřbít a musela to zařídit. (11-1)
- Nevím - zdá se mi, že mi nepomáhalo vůbec nic. (11-2)