

Univerzita Karlova v Praze  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie



## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zora Světlíková

**Prožívání ztráty dítěte**  
Experiencing loss of child

Praha 2013

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, PhD.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem ženám, které se mnou sdílely svůj příběh, za ochotu a sdílnost.

Paní Martině Hráské děkuji za to, že mi s nimi zprostředkovala kontakt.

Za vstřícné a trpělivé vedení této práce děkuji paní doktorce Kataríně Lonekové.

Za podporu a pomoc děkuji Pavlovi, Katce, mamince a Milošovi.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 15. 4. 2013*

.....

*Zora Světlíková*

## **Abstrakt**

Diplomová práce „Prožívání ztráty dítěte“ se zabývá psychologickými aspekty adaptace na ztrátu dítěte. Jejím hlavním cílem je zmapovat podpůrné faktory, které této adaptaci napomáhají a zjistit, jak tato ztráta ovlivňuje samotného jedince a jeho další život.

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na téma ztráty blízké osoby a blíže popisuje specifika ztráty dítěte. Autorka pomocí dostupné literatury mapuje proces truchlení a jeho projevy. Vymezuje proměnné, které adaptaci na ztrátu dítěte ovlivňují a zaměřuje se na souvislosti ztráty dítěte s komplikovaným truchlením. Zabývá se také dopady ztráty dítěte na jedince a případné možnosti intervence.

Empirická část zjišťuje podpůrné aspekty, které přispívají ke zvládnutí této ztráty. Zároveň popisuje, jak tato ztráta život jedince ovlivňuje. Zaměřuje se také na potřeby pozůstalých rodičů.

Výzkumné šetření sestává z deseti individuálních hloubkových rozhovorů se ženami, které prožily ztrátu dítěte. Tyto rozhovory jsou podrobeny kvalitativní analýze metodou IPA (Interpretativní fenomenologická analýza).

Na základě výsledků kvalitativního šetření jsme identifikovali čtyři hlavní podpůrné aspekty v adaptaci na ztrátu dítěte – sociální oporu, vlastní aktivitu, odbornou pomoc a víru. Dále jsme zjistili, že ztráta dítěte přinesla do života jedinců i některé pozitivní dopady, např. obrat k pomoci druhým a změnu hodnotové orientace.

### **Klíčová slova:**

ztráta dítěte, zármutek, trauma, vyrovnání se se ztrátou, komplikované truchlení

## **Abstract**

The diploma thesis „Experiencing the loss of a child“ deals with the psychological aspects of adaptation to the loss of a child. Its main objective is to analyse the supporting factors that help the adaptation and to find out how such loss influences individuals and their subsequent life.

The theoretical part of the thesis focuses on the issue of the loss of a close person and details the specifics of the loss of a child. Based on available literature the author explores the process of grieving and its manifestations and determines the variables that influence the adaptation to child loss. She also evaluates the impact of the child loss on the individual and the potential for intervention in the process.

The empirical part determines the factors that help to cope with such loss, describes, how the loss influences the life of the individual and focuses on the needs of the bereaved parents.

The data gathering consisted of ten individual in–depth interviews with women which experienced the loss of a child. These interviews were then qualitatively analysed using the IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) method.

Based on the results of the qualitative analysis we identified four main support aspects of adaptation to child loss – social support, individual activity, professional help and faith. Furthermore we found that the loss of a child brought some positive effects into the lives of the individuals as well, such as concentration on helping others and change of values.

### **Keywords:**

loss of a child, grief, trauma, coping with loss, complicated grief

# OBSAH

<b>I. ÚVOD</b> .....	9
<b>II. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
<b>1. Smrt</b> .....	11
<b>1.1 Pojetí smrti</b> .....	11
<b>1.2 Rituály</b> .....	11
<b>2. Ztráta</b> .....	14
<b>2.1 Definice ztráty</b> .....	14
2.1.1 Ztráta jako krize.....	14
2.1.2 Trauma .....	17
2.1.3 Typy ztrát.....	19
<b>2.2 Ztráta blízké osoby</b> .....	20
2.2.1 Ztráta dítěte.....	23
2.2.1.1 Statistiky ČR.....	24
2.2.1.2 Povaha ztráty.....	26
2.2.1.2.1 Náhlá ztráta .....	27
2.2.1.2.1.1 Násilná smrt.....	28
2.2.1.2.1.2 Nezvěstné děti .....	29
2.2.1.2.1.3 Sebevražda .....	29
2.2.1.2.1.4 Sporná příčina smrti.....	31
2.2.1.2.2 Anticipovaná ztráta .....	31
<b>2.3 Zármutek a truchlení</b> .....	33
2.3.1 Teoretická východiska zármutku .....	34
2.3.2 Proces truchlení.....	36
2.3.3 Projevy zármutku.....	40
2.3.4 Normální a komplikované truchlení.....	41
2.3.5 Determinanty zármutku .....	44
2.3.5.1 Podpůrné faktory.....	49
2.3.5.2 Rizikové faktory .....	49
2.3.6 Specifika zármutku po ztrátě dítěte.....	51
2.3.7 Genderové rozdíly.....	54
2.3.8 Mýty o truchlení.....	55
2.3.9 Přístupy.....	56

<b>2.4 Vyrovňávání se se ztrátou dítěte</b> .....	60
2.4.1 Copingové strategie.....	60
2.4.2 Obranné mechanismy.....	64
<b>2.5 Důsledky ztráty dítěte</b> .....	65
<b>3. Možnosti intervence</b> .....	68
<b>3.1 Druhy pomoci</b> .....	68
3.1.1 Poradenství pro pozůstalé.....	68
3.1.2 Krizová intervence.....	70
3.1.3 Psychoterapie .....	71
3.1.4 Svěpomocné skupiny .....	73
3.1.5 Medikace.....	74
<b>3.2 Organizace v ČR</b> .....	74
<b>III. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	77
<b>1. Cíle empirického šetření</b> .....	78
<b>2. Výzkumné otázky</b> .....	79
<b>3. Použité výzkumné metody</b> .....	80
<b>3.1 Individuální hloubkový rozhovor</b> .....	80
<b>4. Postup a organizace sběru dat</b> .....	82
<b>5. Zpracování dat</b> .....	83
<b>5.1 IPA analýza</b> .....	83
<b>6. Výzkumný soubor</b> .....	84
<b>7. Kvalitativní analýza rozhovorů</b> .....	88
<b>7.1 Výzkumná otázka č. 1</b> .....	88
<b>7.2 Výzkumná otázka č. 2</b> .....	103
<b>7.3 Shrnutí analýzy rozhovorů</b> .....	107
<b>8. Diskuse</b> .....	111
<b>8.1 Výzkumný soubor</b> .....	111
<b>8.2 Použité metody</b> .....	112
<b>8.3 Výsledky výzkumného šetření</b> .....	113
<b>IV. ZÁVĚR</b> .....	116
<b>Seznam použité literatury</b> .....	117
<b>Přílohy</b> .....	123
<b>Seznam příloh</b> .....	124

# I. ÚVOD

Ztráta blízké osoby je považována za zátěžovou životní situaci, se kterou není snadné se vyrovnat. Ještě obtížnější však bývá adaptace na ztrátu dítěte, která není v dnešní vyspělé společnosti očekávána – rodiče zdravých dětí předpokládají, že je jejich děti přežijí.

Dopady ztráty dítěte na jedince jsou významné. Pozůstalí rodiče běžně zakoušejí pocity ztráty smyslu života a často se u nich objevují myšlenky na sebevraždu. Zároveň můžeme u jedinců, kteří ztrátu dítěte prožili, pozorovat i dopady na interpersonální rovině. Úmrtí dítěte obvykle postihuje celý rodinný systém a dává vzniknout dalším, zejména partnerským krizím.

Smrt obecně je v dnešní době tabuizovaným tématem. Okolí pozůstalého zpravidla neví, jak má reagovat, a tak raději nereaguje vůbec a nebo reaguje nevhodným způsobem. Pozůstalý je tak pouze znovu zraňován a nucen brát na druhé ohledy, ačkoli by tomu mělo být naopak.

Cílem této práce je poskytnout základní přehled o tom, co pozůstalý rodič prožívá, a přispět k tomu, aby okolí jedinců vystavených jedné z nejtěžších životních zkoušek citlivěji vnímalo jejich potřeby.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části pomocí dostupné literatury popisujeme problematiku ztráty blízké osoby, specifika ztráty dítěte a její dopady. Zabýváme se také tématem zármutku a adaptací na ztrátu dítěte. V závěru teoretické části se zaměřujeme na možnosti intervence u pozůstalých rodičů.

V empirické části se snažíme zodpovědět otázku, jak mohou rodiče po ztrátě dítěte znovu žít normálním a šťastným životem. Naším cílem je zmapovat, co jedinci po této ztrátě potřebují, co jim v procesu adaptace na ztrátu napomáhá a co jej naopak znesnadňuje.

Tato práce by neměla sloužit pouze odborníkům, kteří se pozůstalým rodičům věnují, ale měla by být přínosem i pro laickou veřejnost, která se s pozůstalým po ztrátě dítěte může též kdykoli setkat.



## **II. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Smrt

## 1.1 Pojetí smrti

Z historického i kulturního hlediska byla smrt vždy něčím děsivým, nepochopitelným a zúzkostňujícím. Kübler-Rossová to vysvětluje tím, že „*pro naše podvědomí je nepochopitelná představa konce našeho pozemského života.*“ (Kübler-Rossová 1992, s. 2) Smrt druhých nám naši vlastní smrtelnost připomíná, a proto o ní raději nechceme slyšet.

Obecně se v současné době smrt stala pro společnost tabuizovaným tématem. Přispívá k tomu i fakt, že většina terminálně nemocných lidí je dnes v péči nemocnic, domovů důchodců nebo jiných institucí a zdraví lidé tak se smrtí téměř nepřicházejí do styku. Jak uvádí Haškovcová (2000), medicína dnes usiluje o záchranu každého života a ke smrti přistupuje jako k „prohře“. Samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve. Je mnohem osamělejší, mechanické a odlidštěné (Kübler-Rossová, 1992). Zdá se zkrátka, že k čím větším pokrokům ve vědě dochází, tím více nás smrt děsí a o to více ji máme sklony popírat. Moderní člověk žije v přesvědčení, že se ho poslední věci života netýkají nebo že je na ně ještě dost času a automaticky předpokládá, že bude žít dlouho (Haškovcová, 2000).

Tato situace se však postupně mění. „*Za posledních patnáct let výrazně vzrostl zájem o témata umírání a smrti a vznikla thanatologie jako interdisciplinární vědní obor o smrti a souvisejících fenoménech.*“ (Kubíčková 2001, s. 11) Postupně je v České republice také vytvářena síť specializovaných zařízení – zejména hospiců, které výrazně přispívají k humanizaci smrti a k návratu umírajících zpět do rodinného prostředí.

## 1.2 Rituály

Prakticky ve všech kulturách byly vždy dodržovány specifické pohřební rituály a rituály truchlení, které přiznávaly truchlení charakter specifického období a dávaly průběhu zármutku jistý řád – stanovovaly relativně jasná pravidla kdy, kde a jak truchlit (Kubíčková, 2001). V dnešní post-křesťanské době tyto rituály procházejí značnou krizí a postupně se vytrácejí – ať už z důvodu pokroku doby, sekularizace či vývoje medicíny.

V kontextu péče o pozůstalé je dnes jedním z nejdůležitějších rituálů pohřeb (Špatenková, 2008), i ten však v moderní společnosti doznává krize. Mezi pozůstalými mnohdy panuje mýtus, že pohřeb jen znovu připomíná a oživuje tragédii (Špatenková, 2006) a tak raději volí možnost se jej neúčastnit.

Odborníci se však shodují na tom, že pohřeb má pro pozůstalé velký význam. Už pouhá příprava pohřbu pozůstalým zabraňuje ztrátě blízké osoby podlehnout. Samotný pohřeb je pak formálním rozloučením se zesnulým, které pozůstalým dává možnost setkat se a znovu se sjednotit se všemi příbuznými a přáteli, pro které byl zesnulý důležitý, a dát veřejně najevo, co pro ně znamenal (Kübler-Rossová, 2003).

Kubíčková (2001) definuje pohřeb jako přechodový rituál, při kterém truchlící přecházejí z jedné fáze truchlení do druhé (z tzv. stadia konfuze do stadia exprese) a zároveň jsou jím veřejně uváděni do svého nového stavu. Zemřelý pak přechází z tělesného stavu „mrtvolý“ do duchovního stavu uctívaného předka (Baštecká, 2003).

Skrze veřejné sdílení žalu dochází při pohřbu také k přesunu systému sociální opory směrem k pozůstalým (Kubíčková, 2001) – ti nejenže při pohřbu silně zakoušejí, že nejsou ve svém zármutku sami, ale většinou je jim zde ze strany okolí nabídnuta i praktická pomoc.

Neúčast na pohřbu výrazně znesnadňuje přijetí reality smrti zesnulého i celý proces vyrovnávání se s touto ztrátou. S tím souvisí i možnost spatřit mrtvé tělo, která sice není pravidlem každého pohřbu, ale zejména u pozůstalých, jejichž blízký zemřel náhle, je považována za velice podstatnou prevenci výskytu patologických forem truchlení. U osob, které mrtvé tělo blízké osoby neviděli, konkrétně častěji dochází k popření ztráty.

Jak uvádí Baštecká (2003), další obřady související s úmrtím dnes zachovává především katolická církev. Jedná se zejména o zádušní mše a přímluvné modlitby za zemřelé.

Chození na hrob při svátku Památky zesnulých (Dušičkách) dodnes přetrvává i mezi nevěřícími lidmi.

Mezi další dnes téměř vymizelé rituály, které bychom zde rádi zmínili, patří bdění u mrtvého a nošení smutku.

Bdění u mrtvého dnes pro většinu pozůstalých není realizovatelné – tělo zesnulého již zkrátka nelze přechovávat doma až do pohřbu. Tento rituál však byl významný pro přijetí smrti jako běžné součásti života a umožňoval pozůstalým lépe se s úmrtím blízké osoby vyrovnat.

I od nošení smutku je dnes stále více upouštěno, ačkoliv jeho realizaci žádné praktické důvody nebrání. Tento rituál spočíval v odívání pozůstalých do černých, případně tmavě šedých barev a v neúčasti na některých aktivitách (např. oslavách), čímž pozůstalí neverbálně upozorňovali své okolí na nedávné úmrtí v rodině. Odpadl jim tak stres související s tím, zda a jak mají své okolí o úmrtí informovat. Také pracovní kolektiv mohl bez jakékoli informace pochopit a omluvit případnou nedostatečnou výkonnost jedince, která je pro pozůstalé (zejména v období krátce po pohřbu) charakteristická.

Jak uvádí Kubíčková (2001, s. 110): *„Obecně uznávané rituály truchlení scházejí a tak zůstává na individuálním posouzení a rozhodnutí jedince, zda a jakým způsobem bude truchlit.“*

## 2. Ztráta

### 2.1 Definice ztráty

Člověk se v životě setkává s řadou ztrát a téměř každá ztráta v něm vzbuzuje negativní pocity. Intenzita těchto pocitů se však může u jednotlivých osob a druhů ztráty výrazně lišit. Rozhodující význam pro prožívání události jako životní ztráty má emocionální vazba jedince ke ztracenému objektu (Taročková, 1992). Čím pevnější tato vazba je (tj. čím je ztracený objekt pro člověka významnější), tím je jeho reakce na ztrátu intenzivnější.

Ztrátu tedy lze definovat jako *„náročnou životní situaci, která je charakterizována dlouhodobým, ale především ireverzibilním odloučením od významného objektu.“* (Špatenková 2011, s. 56)

Typickou reakcí na ztrátu je pak smutek (zármutek, truchlení). Jeho konkrétními projevy, stádii i determinujícími faktory se budeme podrobně zabývat v kapitole 2.3.

#### 2.1.1 Ztráta jako krize

V psychosociální oblasti je krize nejčastěji definována jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami a v přijatelném čase zvládnout (Vymětal, 1995).

Mezi další definice krize můžeme zařadit následující:

- *„Stav nebo situace (s jasným časovým omezením), kdy naše prostředky a možnosti nedostačují nastoleným požadavkům, věci se obrací nepředpokládaným směrem a náš plánovaný postup se dostává do závažného ohrožení.“* (Honzák a Novotná 1994, s. 12)
- *„Hraniční situace (...), kdy není jasné, je-li vůbec v možnostech člověka danou situaci zvládnout.“* (Křivohlavý 1995, s. 98)
- *„Subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem a potenciálem změny.“* (Vodáčková 2007, s. 28)
- *„Emoční rozrušení, které je často doprovázeno pocity zmatku, úzkosti, deprese, hněvu a dezorganizace ve vztazích a v sociálním fungování.“* (Navrátil 2001, s. 114)

Ve většině případů bývá krize vyvolána stresovou či zátěžovou událostí, která může mít i podobu ztráty. Ztráta je pak (spolu se změnou a volbou) označována za jeden z vnějších precipitorů krize.

Ne každá ztráta však nutně krizi vyvolává. Reakce každého člověka na ztrátu je zcela individuální a vedle pevnosti vazby ke ztracenému objektu ji ovlivňuje celá řada faktorů, kterými se budeme zabývat později, v kapitole 2.3.5.

Gerald Caplan, jenž pojem krize zavedl, také jako první shrnul její průběh. Špatenková (2004) shrnuje jeho model krize následovně:

- 1. fáze** trvá krátce a je typická napětím a neklidem, které jsou způsobeny nedostačivostí obvyklých copingových (zvládacích) mechanismů jedince.
- 2. fáze** trvá hodiny až dny a je doprovázena již plně uvědomovaným napětím. Jedinec se domnívá, že není schopen situaci zvládnout (čímž dochází k dalšímu vzrůstu napětí) a snaží se stav řešit metodou náhodných pokusů.
- 3. fáze** trvá opět hodiny až dny. Dochází v ní ke zvýšení napětí, které má podobu úzkosti a nepohody. Jedinec již plně vnímá svou neschopnost řešení situace a pokouší se o hledání nových řešení – v této fázi je i nejlépe přípustný pomoci zvnějšku.
- 4. fáze** může trvat až týdny. Po dalším zvýšení napětí, které je již jedincem vnímáno jako nesnesitelné, dochází k vnitřnímu chaosu a dezorganizaci. V této fázi si už jedinec není schopen pomoci sám, ale je nutná intervence zvenčí.

Tento model znázorňuje fáze prohlubování krize. Pokud jedinec nedojde v dané fázi k řešení, vstupuje do fáze další. Lehká krize tedy může mít podobu jen pouhé první fáze.

Navzdory tomu, že krize vyvolává strach a úzkost, může se stát i katalyzátorem osobního rozvoje. Je-li životní krize adekvátně zpracována, může vést k růstu a expanzi ve vývoji osobnosti (Špatenková 2011).

Zdaleka ne vždy se tak však děje. Zejména při absenci potřebné pomoci v kritickém úseku krize si jedinec může osvojit neadekvátní a maladaptivní vzorce, které se později projeví omezenou schopností přiměřeně fungovat (Špatenková 2004).

Z hlediska závažnosti krize vytvořil zajímavý klasifikační systém Baldwin. Jednotlivé typy krize jsou v něm odstupňovány dle závažnosti i míry psychopatologie a zdroj stresu přechází od vnějšího k vnitřnímu. Jedná se o následující typy krizí:

1. **situační krize** jsou vyvolány především vnějšími spouštěči (tj. ztrátou, změnou, volbou);
2. **tranzitorní krize** vyplývají z očekávaných životních změn (např. sňatek, odchod do důchodu, narození dítěte);
3. **traumatické krize** bývají způsobeny silnými a neočekávanými vnějšími stresory (např. náhlá smrt blízké osoby, přírodní katastrofa);
4. **vývojové krize** vyplývají z psychodynamiky jedince a spočívají v nevyřešení základních vývojových úkolů (např. opakované vztahy s „nevhodnými“ partnery);
5. **psychopatologické krize** jsou spouštěny či zhoršovány psychopatologií (např. deprese);
6. **neodkladné psychické stavy** jsou akutní stavy, ve kterých klienti přestávají zodpovídat za své činy (např. akutní psychózy, intoxikace) (Špatenková 2004, s. 28-31).

Holmes a Rahe se pokusili sestavit inventář spouštěčů krize (viz tab. č. 1), dnes známý pod názvem Škála sociální readaptace. Právě z důvodu subjektivní povahy krize jej nelze brát doslovně, může nám však sloužit jako orientační norma míry rizikovitosti zátěžových situací.

Tato škála sestává z výčtu 43 různých náročných životních událostí. Každé z nich je zde přiřazen počet bodů – tzv. kvantifikovatelná váha (Lovasová, 2005). Cílem této škály je stanovení rizika vzniku psychosomatického onemocnění v důsledku stresu. Klient označuje ty události, se kterými se v určitém období (nejčastěji během posledního roku) setkal a podle výsledného skóre se pak na míru rizika onemocnění usuzuje.

Zatímco skóre do 150 bodů je považováno za relativně bezrizikové, při skóre nad 300 bodů může dojít k psychosomatickému onemocnění až u 80 % osob (Stibalová, 2011). Za hraniční hodnotu považují autoři skóre 250 bodů – to odpovídá míře zátěže, při níž se organismus člověka ocitá na pomezí vlastních rezerv (Vodáčková, 2007). Tuto souvislost mezi dosažením vysokého skóre a následným psychickým či fyzickým onemocněním již mnoho studií prokázalo (Stibalová, 2011).

Tabulka náročných životních situací			
Událost	Počet bodů		
1. Smrt životního partnera	100	23. Odchod syna/dcery z domova	29
2. Rozvod	73	24. Potíže se tchánem/tchýní	29
3. Rozchod s partnerem	65	25. Mimořádný osobní úspěch	28
4. Nucený pobyt (ve vězení, psychiatrické léčebně atd.)	63	26. Nástup/odchod manželského partnera do/z práce	26
5. Úmrtí člena rodiny	63	27. Vstup do školy nebo její ukončení	26
6. Vážný úraz nebo onemocnění	53	28. Zásadní změny v životních podmínkách	25
7. Svatba	50	29. Změna v osobních zvyklostech	24
8. Propuštění ze zaměstnání	47	30. Neshody s vedoucím	23
9. Usmíření s manželským partnerem	45	31. Zásadní změny pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Závažná změna v rodině (chování v rodině, zdravotní stav atd.)	44	33. Přejít na jinou školu	20
12. Těhotenství	40	34. Zásadní změny způsobu, místa či délky rekreace	19
13. Sexuální problémy	39	35. Zásadní změny v církevních aktivitách	19
14. Příchod nového člena rodiny	39	36. Zásadní změny ve společenských aktivitách	18
15. Závažné změny v zaměstnání	39	37. Půjčka/hypotéka na menší investice	17
16. Závažné změny ve finanční situaci	38	38. Zásadní změna spánkových návyků	16
17. Smrt blízkého přítele	37	39. Zásadní změna v počtu rodinných setkání	15
18. Přejít na jiný druh práce	36	40. Zásadní změna ve stravovacích návycích	15
19. Změna počtu hádek s manželským partnerem	35	41. Dovolená	13
20. Větší zadlužení	31	42. Vánoce	12
21. Vypovězení půjčky nebo zabavení hypotéky	30	43. Menší přestupky zákona	11
22. Zásadní změny odpovědnosti v práci	29		

Tab. č. 1 (Zdroj: Stibalová 2011, s. 18)

Jak můžeme pozorovat, nejvíce bodovanými událostmi jsou zde právě ty, které mají charakter ztráty (ztráta blízké osoby, ztráta partnera způsobená rozchodem, ztráta svobody, zdraví, práce, atd.). Je tedy patrné, že ztráta v mnohých případech vyvolává vysokou úroveň stresu (Moody a Arcangel, 2011).

### 2.1.2 Trauma

Za podstatné považujeme také vymezení pojmu **trauma**, jenž s krizí i ztrátou úzce souvisí. Baštecká a Goldmann (2001, s. 275) trauma definují jako „reakci na situaci vzniklou v důsledku události, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost, má v sobě prvky nepředvídatelnosti i neovladatelnosti a vyvolala by pronikavý pocit tísně téměř v každém.“ Oproti Baldwinovi, který trauma řadí mezi krize, se Baštecká s Goldmannem (2001)



domnívají, že je trauma mnohdy chybně za krizi zaměňováno – zatímco krize je dle ní dána jedincem, trauma je určováno samotnou situací. Tento názor můžeme doplnit pohledem Špatenkové (2004), podle níž potenciální zdroj krize nespočívá v události samotné, ale v subjektivním hodnocení dané životní události a vlastních možností – laicky řečeno, krizí je dle ní taková situace, jakou jedinec za krizi považuje.

Jak uvádí Porterfieldová (1998), trauma může být způsobeno přítomností na místě tragédie, ale zrovna tak se může rozvinout i u osob, které u tragédie přítomny nebyly. Mezi **faktory**, jež mají na **vznik traumatu** vliv patří:

- závažnost traumatické události
- náhlost jejího vzniku
- její bezprostřední blízkost
- kontakt se smrtí (zvláště se zmrzačenými těly)
- samota
- délka trvání události
- významnost ztráty a míra smutku, který zanechala
- stupeň aktivity či pasivity postiženého během události

(Porterfieldová 1998, s. 52).

Z toho je patrné, že ztráta dítěte je sama o sobě událostí plně traumatickou. „*Nejsilnějším prediktorem závažnosti dopadu traumatu je jeho krutost – čím horší jsou podmínky, s nimiž se postižená osoba setká, tím horší jsou i následky.*“ (Kohoutek, 2009, s. 42) Jedná-li se o násilné úmrtí, je trauma o to silnější. Porterfieldová (1998) uvádí, že u pozůstalých po zavražděném se ve 25 až 71 procentech vyskytuje tzv. posttraumatická stresová porucha. V případech, kdy bylo zavražděno dítě nebo více osob, je její výskyt ještě vyšší.

**Oblasti, jež trauma postihuje** a jejich konkrétní projevy popisuje Porterfieldová (1998, s. 32) následovně:

- **biologické** (poruchy spánku, vysoká únavnost)
- **emoční** (emoční otupělost, potlačení emocí, pocity strachu, úzkosti, zlosti, hanby či smutku a viny, regrese, snížená frustrační tolerance)
- **psychické** (dezorientace, zmatenost, ztráta smyslu, neschopnost myslet na něco jiného než na trauma samotné, zhoršení krátkodobé paměti, vtíravé příznaky, noční můry)

- **behaviorální** (sebedestruktivita, závislosti, poruchy příjmu potravy)
- **sociální** (pasivita, izolace, nedůvěřivost, znovu–prožívání role oběti).

Jak Porterfieldová (1998, s. 31) píše: „*Trauma útočí na naše základní jistoty – kdo jsme, kdo jsou ostatní a jak funguje svět*“ – ten pro člověka v danou chvíli přestává být bezpečným místem.

Pokud je s traumatem správně pracováno, většinou časem samo odezní. U disponovaných osob však může do půl roku od stresové události vzniknout tzv. **posttraumatická stresová porucha** (Raboch, 2001) – dále jen PTSP. Porterfieldová (1998) uvádí, že nejnáchylnější k rozvoji PTSP jsou zejména jedinci, kteří při traumatu působili nezvykle klidným a vyrovnaným dojmem a krize je zdánlivě nezasáhla. Ti dle ní nadále své pocity potlačují, a proto nabývají rovnováhy jen velmi obtížně.

Posttraumatickou stresovou poruchu je možné – ba dokonce přímo nutné léčit. Nejefektivnější léčbou se ukázala být kombinace psychofarmak a psychoterapie.

### 2.1.3 Typy ztrát

Jak jsme již výše zmínili, jednotlivé ztráty se od sebe mohou podstatně lišit, a to nejen v síle emocionální vazby ke ztracenému objektu, ale i typem.

Z různých typologií ztrát jsme se rozhodli uvést následující:

Taročková (1992, s. 235) dělí ztráty na:

- **aktuální** (náhlé) a **anticipované** (očekávané)
- **vnější** (např. vyhoření domu) a **vnitřní** (např. ztráta důvěry)
- **uvědomované** a **neuvědomované** (nezpracované)
- **časově přiměřené** (např. ztráta rodiče) a **časově nepřiměřené** (např. ztráta dítěte).

Mitchell a Anderson (1995, cit. podle Špatenková, 2011, s. 57) rozlišují následující aspekty ztráty:

- **materiální** (ztráta materiálního objektu nebo prostředí)
- **vztahové** – ty lze dále dělit na ztráty
  - **částečné** (např. omezení intenzity vztahu po přestěhování) nebo **úplné** (např. ovdovění)
  - **dočasné** (např. hospitalizace blízké osoby) nebo **trvalé** (např. úmrtí blízké osoby)

- **intrapsychické** (např. ztráta naděje, svobody, ideálů)
- **funkcionální** (např. ztráta pohyblivosti, soběstačnosti)
- **rolové** (např. ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, sňatek, rozvod)
- **systémové** (např. odchod dospělých dětí z rodiny, ztráta některého člena rodiny, úmrtí ředitele firmy, apod.).

Dále je možné dělit ztráty na **fyzické** (hmatatelné) a **psychosociální** (symbolické – např. ztráta vztahu). Oba tyto typy se vyskytují velmi často současně – pokud byl ztracený objekt fyzické povahy a jedinec k němu měl vytvořený emocionální vztah.

Posledním dělením, které zmíníme, je dělení na ztráty **primární** a **sekundární**. Ztrátami primárními jsou míněny ztráty objektů samotných, zatímco sekundární ztráty vznikají důsledkem primárních ztrát – například při rozchodu s partnerem může být sekundární ztrátou ztráta společných přátel.

## 2.2 Ztráta blízké osoby

Smrt blízké osoby je obecně považována za nejtěžší ztrátu, se kterou se člověk může v životě setkat. Jak píše Říčan (2006, s. 263): „*Čím více máme někoho rádi, tím více se také bojíme, že ho ztratíme; a tím větší je naše ztráta, jestliže dotyčný skutečně zemře.*“ Dodává k tomu, že smrt blízké osoby může být pro člověka větším trápením než smrt vlastní. Tomu nasvědčuje i tabulka náročných životních událostí Holmesa a Raheho (viz tab. č. 1), podle níž smrt milovaného člověka vyvolává nejvyšší možnou úroveň stresu. Vlastní závažné onemocnění nebo úraz je zde až na šestém místě s téměř polovičním počtem bodů.

Pokusíme-li se vymezit ztrátu blízké osoby podle typologie ztrát z předchozí kapitoly, dle Mitchella a Andersona (1995, cit. podle Špatenková, 2011, s. 57) ji lze definovat jako:

- **úplnou a trvalou vztahovou** ztrátu
- **ztrátu materiální (fyzickou)** – pozůstalý již nemůže dotyčného například obejmout
- **ztrátu psychosociální** – ztrátu vztahu
- **ztrátu rolovou** – pozůstalý ztrácí svou roli vůči zesnulému (např. roli partnera)
- **ztrátu systémovou** – ztráta se projeví i v celém systému, zejména v rodině.

Dále s sebou ztráta blízké osoby nese:

- **ztráty sekundární** – např. ztrátu opory, kterou pozůstalý v zesnulém měl
- **ztráty intrapsychické** – např. ztrátu naděje.

Podle Baldwinovy typologie krizí (viz s. 16) je možné ztrátu blízké osoby označit za traumatickou i za situační krizi. Zdá se, že traumatické ztrátě v jeho pojetí odpovídá spíše náhlá ztráta blízké osoby.

I přes toto dělení je však třeba mít stále na paměti, že reakce na ztrátu je záležitostí individuální, stejně jako reakce na zátěžovou situaci obecně. Pro někoho tedy může být anticipovaná ztráta blízké osoby větším traumatem, než pro jiného ztráta náhlá.

Obecně je u většiny lidí intenzita reakce na ztrátu blízké osoby velmi vysoká. Jak uvádí Bowlby (1998, s. 7–8): „*Pro truchlící neexistuje nic jiného, co by jim přineslo skutečnou útěchu, než je navrácení ztracené osoby.*“

Dle Špatenkové (2008; 2011) představuje ztráta blízké osoby výrazný zásah do sebepojetí pozůstalých, jejich identity i pocitu vlastní integrity. Narušuje také jejich vztahy s okolím a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa – pozůstalí mají mnohdy pocit, že se jejich svět zhroutil a jejich život ztratil smysl.

Pozůstalí zakoušejí silné emoce. Špatenková mezi ně řadí hluboký zármutek, pocity opuštění, zoufalství a bezmoc.

Podrobnější přehled emocí vyskytujících se u jedinců po ztrátě blízké osoby se pokusili shrnout Moody a Arcangelová (2011, s. 56–77) následovně:

- **smutek (až deprese)**

Smutek (žal, zármutek) je snad nejvíce typickou reakcí na ztrátu. Jeho základem je hluboká touha mít milovaného člověka zase zpátky. Pocity deprese jsou při truchlení také běžné – dochází k nim zejména při oživení vzpomínek na zesnulého. Deprese po ztrátě se však liší od deprese klinické – při truchlení je deprese méně intenzivní, postupně slábne a trvá kratší dobu.

- **hněv**

Hněv bývá zpravidla vyvolán nezvratností ztráty blízké osoby, jež pozůstalí zakoušejí jako nespravedlivou. Může být ale nasměřován i na zesnulého (za to, že je opustil), na sebe sama (kvůli tomu, že neudělali pro zesnulého více, apod.) nebo například na lékaře

(za to, že blízkého nezachránili). Není-li cíl hněvu pro pozůstalé přijatelný, může dojít k přenesení hněvu na okolí. Bez ohledu na příčinu je vždy zapotřebí hněv ventilovat.

- **úzkost** (až stavy **paniky**)

Úzkost může být doprovázena záchvaty paniky. K těm může dojít zejména tehdy, je-li žal potlačován. Nejsou-li léčeny, mohou vyústit až v panickou poruchu. Mezi hlavní symptomy záchvatů paniky řadí Americká psychiatrická asociace tlak na prsou, pocity dušení, slabost, strach (ze smrti, šílenství), pocity derealizace, palpitaci, návaly horka (případně zimy), nauzeu, závrať, pocení, chvění a třes.

- **opuštěnost**

Pozůstalí často zakoušejí ztrátu blízké osoby jako opuštění. Zároveň se u nich mohou objevovat tendence vyhýbat se kontaktu s okolím, které mohou vést až k izolaci pozůstalého – v takovém případě dosahují pocity osamění ještě větší intenzity.

- **strach**

Pozůstalí mají obvykle po ztrátě strach, který může mít nejrůznější důvody – např. strach ze zapomnění tváře či hlasu zesnulého, společných vzpomínek, apod.

- **pocity viny**

Pozůstalí mohou ve smrti blízké osoby spatřovat vlastní selhání – řada z nich pociťuje vinu jen za to, že oni sami nadále žijí. Často také hledají, co mohli udělat jinak. S těmito pocity se pojí i výčitky svědomí a hněv na sebe sama. Mohou mít i pocity viny za to, že se po smrti baví a netruchlí. Pokud pozůstalý prožívá vinu vůči zesnulému ještě z období před jeho ztrátou, jsou tyto pocity o to intenzivnější.

- **závist**

Závist pozůstalí prožívají zejména vůči takovým jedincům, kteří nadále zakoušejí vztah podobný tomu, který měli oni k zesnulému.

- **frustrace**

Mikšík (2007) definuje frustraci jako zmaření možnosti realizovat aktualizovanou tendenci v daném směru totálním blokováním cesty. Mezi čtyři základní druhy reakcí na frustraci řadí **agresi** (vedle hněvu se může jednat i o projekci), **únik** (k němu řadí i racionalizaci, popření a snění), **regresi** (případně transgresi či sublimaci) a **depresi**.

Mezi dalšími pocity uvádějí Moody s Arcangelovou (2011) **zklamání, hanbu, lítost**, ale i **lásku, úlevu** a **rezignaci** (pojící se s **beznadějí** a **bezmocností**) či **smíření**.

Kubíčková (2001) zmiňuje také **touhu** nalézt zesnulou osobu, **radost a smích** jakožto paradoxní reakci na ztrátu, za kterou se pozůstalí obvykle stydí, nebo i **vysvobození** (např. pokud zesnulý blízké psychicky nebo fyzicky týral).

DiGiulio a Kranzová (1997) navíc uvádějí pocit **studu** (nejčastěji za to, že jsou kvůli ztrátě blízké osoby jiní než ostatní). Upozorňují ale i na to, že všechny z těchto pocitů jsou normální a většinu z nich zakouší každý, kdo smrti blízké osoby čelí.

### 2.2.1 Ztráta dítěte

*Součástí oné výzvy, jakou pro nás život představuje, bude vždy i to, čemu říkám větrné bouře – větší i menší. Ze zkušenosti víme, že všechny vichřice se nakonec přeženou, že po každém dešti znovu zazáří slunce a že po každé zimě – i po té nejstudenější – vždycky nadejde jaro. Po ztrátě dítěte je neskonale těžké takovýmto myšlenkám uvěřit.*  
(Kübler–Rossová 2003, s. 35)

Bezesporu každá smrt, i očekávaná smrt starého člověka, vzbuzuje v okolí zesnulého úzkost. Zatímco však smrt starého člověka je svým způsobem přirozená a nevyhnutelná, smrt dítěte je událostí zcela nepřirozenou a tragickou.

V dobách minulých byla ztráta dítěte o mnoho častější a v jistém smyslu i přirozenější. Jak uvádí Říčan (2006), ještě před sto lety pohřbila většina žen alespoň jedno ze svých dětí – z toho důvodu byly tehdy děti raného věku zřejmě méně milovány, neboť se jevíly jako málo spolehlivá investice.

Oproti tomu v dnešní době je dětská úmrtnost výrazně nižší; většina narozených dětí se dožívá vysokého věku a rodiče si tak možnost jejich smrti téměř nepřipouštějí.

Tento posun můžeme pozorovat na grafu č. 1 v následující kapitole.

Ze všech typů ztráty blízké osoby je ztráta dítěte považována za tu nejnáročnější – tedy za tu, se kterou je nejtěžší se vypořádat.

Elliot Luby pronesl dnes již známý citát: *Když umírají rodiče, ztrácíme svou minulost; když umírá dítě, ztrácíme svou budoucnost.* Špatenková (2006) jej doplňuje tím, že pro zarmoucené rodiče je typický pocit náhlé ztráty „všeho“ – své minulosti, současnosti i budoucnosti. Kübler–Rossová (2003, s. 157) v jedné ze svých knih píše:

*„Po smrti dítěte se rodičům zdá, jako by svět zůstal stát, a pokud se okolo nich něco děje, jich se to netýká.“*

Ztráta dítěte však není bolestná jen sama o sobě, jakožto ztráta primární, ale nese s sebou také těžce prožívané sekundární ztráty, jako je například ztráta role rodiče, kterou plně pociťují rodiče, kteří přišli o jediného potomka.

Všechny charakteristiky, které jsme uvedli u ztráty blízké osoby, platí i u ztráty dítěte. Přesto se však tato ztráta od obvyklých reakcí na ztrátu blízké osoby v mnoha ohledech liší (Špatenková 2006). Na rozdíl od ztráty blízké osoby je ztráta dítěte vždy ztrátou časově nepřiměřenou – téměř u všech rodičů panuje předpoklad, že je jejich děti přežijí. Také intenzita emocí je při ztrátě dítěte zpravidla vyšší, stejně jako jsou výraznější i ostatní reakce. Pozůstalí rodiče mají většinou po ztrátě strach z dezintegrace vlastní osobnosti (mají pocit, že se snad „zblázní“). Zároveň se u nich častěji vyskytuje pocit závidění vůči „šťastným“ rodičům – jak uvádí Moody a Arcangelová (2011), někteří rodiče se od objektu závidění odvrací, aby unikli bolesti, zatímco jiní se místům, kde se rodiče s dětmi shromažďují, rovnou vyhýbají. Po určitém čase se závidění obvykle vytrácí.

Z těchto důvodů se můžeme – byť jen na hypotetické rovině – domnívat, že pokud by Holmes a Rahe do svého seznamu náročných životních událostí zařadili také ztrátu dítěte, byla by ještě na vyšší příčce, než je ztráta partnera, s hodnocením vyšším než 100 bodů. Domníváme se tedy, že jde o nejhorší možnou ztrátu, která obecně vyvolává nejvyšší možnou úroveň stresu.

### **2.2.1.1 Statistiky ČR**

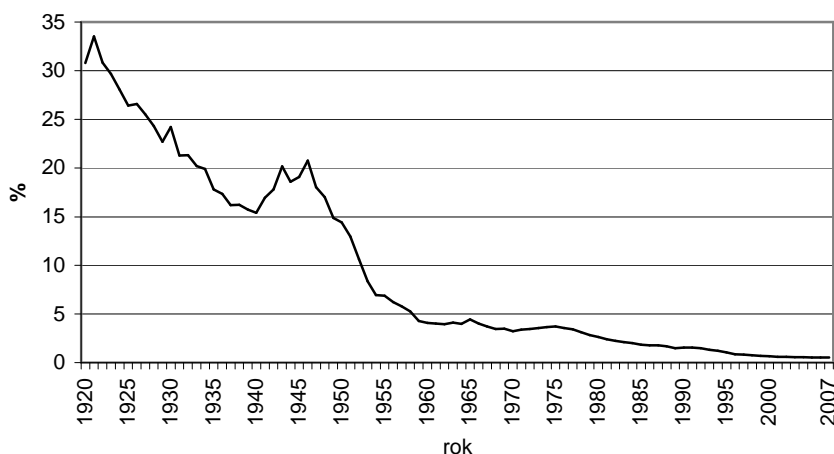
V České republice v dnešní době ročně umírá kolem 800 dětí a mladistvých ve věku do 24 let (ČSÚ, 2012). V tabulce č. 2 uvádíme přesné počty úmrtí u jednotlivých věkových skupin za posledních pět let. Záměrně uvádíme pouze ty věkové skupiny, se kterými pracujeme v empirické části (tj. 1–24 let).

Tabulka počtu úmrtí podle věkových skupin za posledních 5 let						
rok	věk					celkem
	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	
2007	83	45	73	252	423	876
2008	71	41	71	255	385	823
2009	76	50	72	210	389	797
2010	88	47	60	209	382	786
2011	77	41	54	210	381	763
průměr 2007-2011	79	45	66	227	392	809

Tab. č. 2 (zdroj: ČSÚ, 2012)

Úmrtnost je vyšší u dětí do 1 roku, v následujících letech pak klesá – její nejnižší hodnoty se objevují u věkové kategorie 5–9 let (viz tab. č. 2). Poté následuje další vzrůst úmrtnosti, který se zastavuje mezi 20. a 35. rokem života.

Na grafu č. 1 můžeme sledovat celkový pokles úmrtnosti od r. 1920 do r. 2007.



Graf č. 1 Podíl zemřelých ve věku 0-14 roků na zemřelých celkem (zdroj: ČSÚ, 2008a)

Z dat publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR je patrné, že ve věkové skupině do 1 roku převažují úmrtí zapříčiněná vrozenými vadami nebo nemocemi vzniklými v perinatálním období. S přibývajícím věkem pak roste i procento vnějších příčin smrti. Ve věkové skupině 15–24 let tvoří vnější příčiny smrti 72 % všech úmrtí mužů a polovinu všech úmrtí žen; ve věku 20–29 let počet úmrtí mužů více než trojnásobně převyšuje počet zemřelých žen, a to zejména z toho důvodu, že muži v tomto věkovém rozmezí častěji umírají na vnější příčiny, jako jsou dopravní nehody, sebevraždy, apod. (ÚZIS ČR, 2012). Počty zemřelých ve věku 0–14 let v souvislosti s příčinami úmrtí v letech 1994–2007 můžeme sledovat v tabulkách č. 3, 4 a 5 (tabulky pro vyšší věk nejsou dostupné).



	podíl v %														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Vnitřní	94,2	73,2	69,1	59,4	56,4	61,6	55,7	54,8	59,1	53,9	58,2	57,4	57,0	56,1	48,2
Vnější	5,8	26,8	30,9	40,6	43,6	38,4	44,3	45,2	40,9	46,1	41,8	42,6	43,0	43,9	51,8

**Tab. č. 3** Zemřelí podle vnitřních a vnějších příčin a věku - úhrn za roky 1994-2007 (zdroj: ČSÚ, 2008b)

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	771	705	523	504	444	389	356	344	368	346	339	324	333	339
1 - 4	146	118	107	98	76	64	56	70	70	62	59	49	52	54
5 - 9	78	80	79	77	64	66	55	40	45	42	39	33	43	31
10 - 14	84	95	68	63	71	64	66	58	50	56	54	68	37	36

**Tab. č. 4** Zemřelí z vnitřní příčiny úmrtí podle věku (zdroj: ČSÚ, 2008b)

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	76	35	24	27	28	24	17	16	17	19	27	23	19	21
1 - 4	90	58	56	61	32	33	43	21	30	27	17	20	24	29
5 - 9	80	81	55	46	44	51	46	36	37	25	23	24	21	14
10 - 14	89	56	54	67	59	57	62	47	41	46	34	39	30	37

**Tab. č. 5** Zemřelí na vnější příčiny úmrtí podle věku (zdroj: ČSÚ, 2008b)

Dle McLarenové (2007) umírá v každé věkové kategorii relativně více chlapců než dívek a většina úmrtí, ke kterým během prvního roku života dítěte dochází, má příčinu v prenatálním nebo perinatálním období. K úmrtí dle autorky dochází u jedinců ve věku do 24 let většinou náhle – mezi tři **nejčastější příčiny úmrtí** v tomto věkovém období řadí McLarenová (2007):

1. úrazy způsobené **vnějšími faktory** (zejména dopravní nehody) – 44 %
2. veškeré formy **malignit** (zhoubných nádorů) – 13 %
3. **onemocnění nervové soustavy** – 9 %.

### 2.2.1.2 Povaha ztráty

Reakci na ztrátu dítěte ovlivňuje zejména fakt, zda se jedná o ztrátu náhlou či anticipovanou. V této kapitole se podrobně zaměříme na oba tyto druhy ztrát.

Přestože do této kategorie spadají také potraty a úmrtí dospělých dětí, vzhledem k možnostem této práce se jimi zabývat nebudeme. Zaměříme se zejména na ztrátu dětí ve věkovém rozmezí 1–24 let, které odpovídá kritériím stanoveným pro empirickou část.

### 2.2.1.2.1 Náhlá ztráta

Náhlá je ta ztráta, kterou pozůstalí neočekávají a tudíž ani nemají možnost se na ni připravit. Zpravidla se jedná o tragickou smrt, která může mít podobu **nehody, náhlého kolapsu, vraždy** nebo **sebevraždy**. Špaňhelová (2009) do této kategorie řadí také úmrtí po krátké nemoci, zatímco Kübler-Rossová (2003) zmiňuje i náhlé úmrtí dlouhodobě nemocného pacienta. Hranice mezi náhlou a anticipovanou ztrátou není v literatuře přímo definována.

Reakce na náhlou ztrátu jsou podobné jako u anticipované ztráty, truchlení však v těchto případech nabývá vyšší intenzity a často je i delšího trvání – rodiče po takové ztrátě někdy potřebují celá dlouhá léta na to, aby se se svým zármutkem vyrovnali (Kübler-Rossová, 1994). Dle Handsleyho (2001) může náhlá ztráta výrazně narušit rodinnou rovnováhu.

Jedním z důvodů je také absence podpůrného systému, který u rodičů terminálně nemocných dětí vzniká v průběhu léčby a tvoří jej například lékařský tým, přátelé, sousedi, a podobně (Kübler-Rossová, 2003). V momentě úmrtí pak rodiče dlouhodobě nemocných dětí (na rozdíl od těch, jejichž dítě zemřelo náhle) vědí, na koho se mohou obrátit.

Mezi prvotní reakce na náhlou ztrátu patří **šok, zoufalství, beznaděj, neschopnost uvěřit skutečnosti** a **hněv** (Špaňhelová, 2009). Často se objevují také **pocity viny** a **výčitky** – zejména u úmrtí vzniklých nehodou, kde si rodiče vyčítají například to, že svému dítěti dovolili jít s kamarády jezdit na kole, atd. Později vedle **smutku** a **žalu** zakoušejí také pocity **prázdnoty** a **ztráty smyslu života**. Stejně tak ale velmi těžce prožívají, že neměli možnost se s dítětem rozloučit a sdělit mu, jak moc ho mají rádi, nebo se mu i případně za něco omluvit. Jak uvádí Kübler-Rossová (2003, s. 58): „*Nebyla jim dopřána výsada času, který působí jako lék a připravuje na blížící se ztrátu.*“ Nezbyvá jim tedy nic jiného, než truchlit až po úmrtí dítěte.

Pomoci jim může ventilace zármutku a bolesti. Kübler-Rossová (2003) se domnívá, že pro ně může být velmi očistné se ze své bolesti vykřičet, a to nejlépe v nějakém bezpečném prostředí.

Náhlá ztráta bývá často příčinou komplikovaných forem truchlení. Především se v těchto případech objevuje obranný mechanismus popření. Všemi formami komplikovaného truchlení se budeme podrobně zabývat v kapitole 2.3.4.

Vedle tragického rozměru s sebou ale náhlá ztráta nese i určitá „požehnání“ – „nejsou s ní spojeny úzkosti a utrpení dlouhé a bolestivé léčby, ani obavy o to, jak čas nemoci prožívají zdraví sourozenci“ (Kübler-Rossová 2003, s. 59).

Mezi dopady na pozůstalé můžeme u jednotlivých typů náhlého úmrtí spatřovat významné rozdíly. Proto se v rámci této kapitoly podrobněji zaměříme na násilnou smrt, sebevraždu a spornou příčinu smrti, jež mají zcela specifický charakter. V závěru kapitoly pak stručně popíšeme téma traumatu, které s náhlou ztrátou velice často souvisí.

#### 2.2.1.2.1.1 Násilná smrt

Násilná smrt se okolnostmi výrazně liší od všech ostatních typů náhlé ztráty (Moody a Arcangelová, 2011). Rodiče zavražděných dětí se s úmrtím dítěte vyrovnávají ještě obtížněji než ti, jejichž dítě náhle zemřelo například na následky nehody.

Kübler-Rossová (2003) uvádí, že většina z těchto rodičů nejprve (tedy ještě před tím, než jsou seznámeni s realitou ztráty) pociťuje vůči dítěti **hněv** za to, že nepřišlo domů včas a že se neozývá. Tento hněv postupně přechází v **nejistotu** a **úzkost**, je-li dítě v pořádku. Zároveň zažívají i **pocity viny** a **výčitky** za to, že se na dítě ještě před chvílí zlobili. Poté začínají po dítěti pátrat a kontaktují policii. V tuto chvíli pro ně mohou být velkou pomocí kamarádi dítěte, kteří ví mnohdy nejlépe, kde dítě trávil volný čas. Velkou přítěží bývají naopak policejní výslechy, jež pro pozůstalé mohou představovat až sekundární traumatizaci. Během čekání na výsledky policejního pátrání zakoušejí rodiče **zoufalství**, **bezmoc**, **netrpělivost** i **naději**. Po nalezení mrtvého těla pak prožívají naprosté **zoufalství** a zborcení všech nadějí. Vedle toho ale mohou pociťovat také mírnou **úlevu** z ukončení sžírající nejistoty – a to zejména v těch případech, kdy pátrání trvalo dlouho. Zejména matky pak určitou dobu nedokážou vstupovat do venkovního světa, kterému najednou nerozumí – připadá jim krutý a chladný. Vůči okolí pociťují **vztek** za to, že řeší nepodstatné věci (těmi se po takto významné ztrátě jeví být téměř cokoli), a tak zůstávají v určité **izolaci**. U pozůstalých rodičů je také silnou emocí **touha pomstít se** zločinci, který smrt dítěte způsobil.

Schiffová (1978) se domnívá, že většina z těchto rodičů tráví celé roky hledáním odpovědi na otázku *proč?* (Proč muselo zemřít právě jejich dítě? A proč zrovna takovýmto způsobem?) Někteří z nich mohou najít částečnou útěchu ve víře v posmrtný život, opětovné shledání se zesnulým dítětem i potrestání pachatele.

Prokazatelně častěji se po násilné smrti dítěte u rodičů objevuje obranný mechanismus *popření*. Právě v těchto případech je velmi důležité, aby rodičům byla poskytnuta možnost spatřit mrtvé tělo, což k přijetí reality významně přispívá. Pokud rodiče tuto možnost nemají nebo ji odmítnou, mohou v částečném popření zůstat až desítky let – například u nich může přetrvávat víra, že vrah ve své choré mysli něco spletl a jejich dítě stále někde žije – a to i v případech, kdy vrah dítě přesně popíše (Kübler-Rossová, 2003).

#### 2.2.1.2.1.2 Nezvěstné děti

*„Pro rodiče je nepředstavitelná tragédie zjistit, že jejich dítě zmizelo a oni nevědí nic o tom, kde právě je, a jen trnou hrůzou.“* (Kübler-Rossová 2003, s. 108) V České republice se takových dětí ročně pohřešují tisíce a desítky z nich zůstávají nezvěstné i nadále.

Případy, kdy se rodiče nikdy nedozví, co se s jejich dítětem vlastně stalo, jsou pro rodiče snad ještě horší, než ty, kdy je jim oznámeno, že jejich dítě bylo zavražděno. Mohou sice stále doufat, že dítě pořád žije, ale stejně tak je nadále šírají i hrůzostrašné myšlenky na to, co vše se mu mohlo stát – anebo může dít doteď. Jsou tedy odsouzeni k tomu žít po zbytek života v čekání, strachu a mučivé nejistotě.

I tyto případy většinou vedou k patologickým formám truchlení. Stejně jako u násilné smrti dochází velice často k popření (zejména proto, že neměli možnost spatřit mrtvé tělo) – a to i v těch případech, kdy se nenajde tělo dítěte, ale najdou se jiné důkazy o tom, že dítě bylo zavražděno.

#### 2.2.1.2.1.3 Sebevražda

Sebevražda je velkým společenským problémem dnešní doby, ke kterému dochází stále častěji – podle statistik za posledních pětadvaceti let stoupl počet sebevražd na celém světě o 60 procent (Kübler-Rossová, 2003; Moody a Arcangelová, 2011). Jak uvádí Drtílková (2001), v České republice v současné době umírá na následky sebevraždy asi 60–70 dětí a adolescentů ročně, z toho asi 5 do věku 14 let, a počet nedokonaných sebevražedných pokusů je ještě mnohonásobně vyšší. Rizikovým obdobím je převážně věk 15–19 let (Študent a Žukov, 2001).

U starších dětí a adolescentů je dokonané suicidium druhou nejčastější příčinou smrti (hned po dopravních úrazech) a sebevražednost se v tomto věku, na rozdíl

od dospělých, v průběhu posledních let stále zvyšuje (Drtílková, 2001). Jako nejčastější způsob provedení suicidia bývá u chlapců udávána strangulace<sup>1</sup> a skok z výšky, zatímco u dívek je nejběžnější požití medikamentů (Drtílková, 2001).

Jak píše Špatenková (2011, s. 142): „*Důvodů, proč děti a dospívající představují z hlediska suicidální profylaxe rizikovou skupinu, je hned několik. Dospívající jsou velmi zranitelní, zvýšeně senzitivní, citově labilní, mají sníženou odolnost vůči zátěži a nedisponují dostatečným repertoárem strategií řešení náročných životních situací. Přitom je strach ze smrti na prahu dospělosti ze všech životních období nejmenší, dospívající jsou jakýmsi zvláštním způsobem otázkami kolem umírání a smrti fascinováni.*“

Frankel a Kranzová (1998) považují za prvotní **příčiny** sebevraždy u dětí z nefunkčních rodin fyzické i psychické **týrání** a pohlavní **zneužívání**, zatímco u dětí z funkčních rodin jsou dle nich motivy sebevraždy velmi často záhadou. Koutek a Kocourková (2007) uvádějí, že nejčastěji zjištěným motivem sebevraždy je **duševní onemocnění** – především **deprese**. Často se však dozvíme pouze jednu příčinu z kombinace více faktorů, která mohla být pro zesnulého pouhou „poslední kapkou“. Frankel a Kranzová (1998) se domnívají, že nejčastějším spouštěčem sebevraždy u adolescentů bývá nějaký typ **ztráty** nebo **neúspěchu** (např. rozvod rodičů, rozchod, přestěhování, neúspěch ve sportu, zklamání v oblasti, kde jedinec pociťoval vysoké naděje, atp.).

Varovným signálem suicidálního jednání může být pro okolí jedince také tzv. **sebevražedná triáda adolescenta**, která zahrnuje:

- negativní pohled na sebe sama
- negativní pohled na události kolem
- negativní výhled do budoucna

(Špatenková, 2011).

Právě rodiče dobrovolně zesnulých dětí zřejmě nejvíce trpí **pocit viny**. Je pro ně téměř nemožné nemyslet na to, co mohli udělat jinak, jak mohli neštěstí předejít. V nešťastném činu svého potomka často vnímají naznačené nepřátelství a lhostejnost (Culley a Bond, 2008), a tak cítí vedle **hanby** a **žalu** někdy i **vztek** za to, že jejich dítě zvolilo takto nespravedlivý způsob odchodu.

---

<sup>1</sup> *Strangulace* je smrt v důsledku uzavření dýchacích cest působením vnějšího násilí na oblast krku. V případě sebevraždy se jedná převážně o smrt oběšením.

Jak jsme zmínili v první kapitole, již samotné téma smrti (a zejména smrti dítěte) je ve dnešní společnosti velkým tabu. Sebevražda dítěte je pak ještě tabuizovanějším tématem než ztráta dítěte obecně. Druzí často nevědí, co rodičům říci, a tak raději neříkají nic. To vede pozůstalé rodiče k úvahám, zda jim okolí nepřisuzuje za smrt potomka vinu (Schiffová, 1978). K tomu přispívá i dodnes panující mýtus, že děti, jež páchají sebevraždu, nutně musí pocházet z nefunkčních rodin. Přestože dysfunkčnost rodiny skutečně jistým rizikovým faktorem výskytu sebevraždy je, dnes již víme, že zdaleka ne vždy se v těchto případech o děti z nefunkčních rodin skutečně jedná. Podlehne-li okolí tomuto mýtu, zakoušejí rodiče vedle pocitů viny a **samoty** také **ostrakismus**<sup>2</sup> (Schiffová, 1978).

Výsledkem pak mnohdy je, že se okolí těmto rodičům vyhýbá – ať už proto, že neví, co by jim mělo říci, nebo proto, že rodiče ze smrti jejich dítěte viní. To může u těchto rodičů vést až k **absenci sociální opory, izolaci** a pocitům **stigmatizace**. Tím u nich dochází i k posílení pochybností ohledně toho, zda byli opravdu dostatečně dobrými rodiči.

#### 2.2.1.2.1.4 Sporná příčina smrti

Jak uvádí Kübler-Rossová (2003), za mnoha „nehodami“ se ve skutečnosti skrývají sebevraždy nebo vraždy. Rodiče takto zesnulých dětí však velmi často cítí, že vše pravděpodobně bylo úplně jinak. Otázky typu, zda si jejich dítě vzalo život úmyslně nebo šlo o nešťastnou náhodu, je tak mohou trápit do konce života.

Mohou ale také tušit věci, které nikdo slyšet nechce – například mohou mít podezření, že došlo k pochybení lékařů, kteří pak záměrně uvedli jinou příčinu smrti – v takových případech je velice obtížné domoci se práva a dozvědět se o smrti svého dítěte pravdu (Kübler-Rossová, 2003).

#### 2.2.1.2.2 Anticipovaná ztráta

Ačkoliv jsou pocity rodičů po očekávané ztrátě dítěte velmi podobné pocitům, jež zakoušejí rodiče, kteří přišli o potomka náhle, má tento typ ztráty jistá specifika.

Na jedné straně mají tito rodiče více času se na nadcházející ztrátu psychicky připravit. Po vyřčení diagnózy obvykle truchlí nejprve nad ztrátou zdraví svého dítěte

---

<sup>2</sup> *Ostrakismus* znamená vyhnání na „sociální dno“.

(McLarenová, 2007) a po tomto prvotním šoku pak postupně oplakávají nadcházející ztrátu potomka i všechny sekundární ztráty, které s ní souvisejí – tedy i vše, co již nikdy nenastane (Kübler-Rossová, 2003). Mohou se hněvat a smlouvat s Bohem, zkoušet další možnosti léčby a podobně. Především ale mají možnost věnovat umírajícímu potomkovi maximum svého času.

Díky vysoké péči, kterou dítěti v průběhu nemoci poskytují, zakoušejí tito rodiče po smrti svého dítěte menší pocity viny než rodiče po náhlé ztrátě dítěte – dalším důvodem tohoto jevu je také fakt, že rodiče nemocných dětí nad postupující nemocí jasněji spatřují neschopnost vlastní kontroly (Schiffová, 1978), a tak si realitu tolik nevyčítají. Rodiče po náhlé ztrátě mají větší sklony se ze smrti potomka vinit – velmi časté jsou u nich například myšlenky na to, co mohli udělat jinak, aby dítě nezemřelo.

Dalším významným rozdílem je, že tito rodiče mají prostor se se svým dítětem rozloučit a říci mu vše, co potřebují a co cítí, že by před svým odchodem mělo vědět. Někteří z nich pak ještě před jeho úmrtím docházejí k jakémusi vnitřnímu klidu a smíření.

Poté, co dlouhou dobu přihlíželi obrovskému utrpení svého dítěte, mohou v momentě úmrtí paradoxně prožívat i určitou úlevu (Schiffová, 1978) – ta však bývá zpravidla doprovázena pocity viny (McLarenová, 2007).

Zdaleka ne vždy však k tomuto smíření dochází. Řada rodičů očekávanou ztrátu dítěte vůbec není schopna akceptovat.

Pokud rodiče ještě před smrtí dítěte otevřeně prožijí tento přípravný zármutek, pociťují žal po smrti dítěte obvykle s menší intenzitou a bývá pro ně snadnější jej překonat. Proto je v těchto případech průběh truchlení většinou mírnější, stejně jako je nižší výskyt komplikovaných forem truchlení.

Na druhou stranu je pro tyto rodiče velice náročné sledovat, jak jejich dítě během léčby trpí. Protože mu od bolesti nemohou nijak pomoci, pociťují často obrovskou bezmoc. Ptají se po smyslu utrpení svého dítěte, který mnohdy hledají i v různých náboženských naukách. *„Neustálá nejistota ,kdy a jak to trápení skončí‘, po níž následuje vina, že si takové otázky vůbec připouštějí, (...) – i kvůli tomu může být anticipovaný zármutek velmi tíživý a bolestný.“* (Kubíčková 2001, s. 31)

Dalším významným zdrojem úzkosti je pro ně učinění rozhodnutí, kdy už je zapotřebí ukončit všechny zákroky, jež uměle prodlužují život dítěte, a nechat jej dožít.

Smrtelná nemoc dále obvykle zcela narušuje běžný chod rodiny – a to i tehdy, je-li její průběh krátký. Aby se rodiče mohli péči o nemocné dítě plně věnovat, musí většinou alespoň jeden z nich zanechat své práce. A vzhledem k tomu, že ani u krátké nemoci nelze dobu úmrtí nijak předvídat, žijí tito rodiče často v další nejistotě ohledně finanční situace. Péče o dítě je pro ně místy natolik náročná, že se po jeho úmrtí cítí být na pokraji fyzických sil (Moody a Arcangelová, 2011). Řada z nich zůstává po smrti dítěte nadále bez práce a prázdnota, která po odchodu dítěte vznikla, na ně tím pádem doléhá o to více (McLarenová, 2007).

Jak jsme již uvedli výše, na rozdíl od rodičů, jejichž dítě zemřelo náhle, mají rodiče terminálně nemocných dětí tu výhodu, že kolem sebe mají z období léčby vybudovaný podpůrný systém v podobě lékařů, rodičů jiných umírajících dětí z nemocnice a podobně. Po úmrtí dítěte pak ale o pravidelný kontakt s těmito lidmi přicházejí, což je pro ně další významnou ztrátou.

Doprovázení umírajícího dítěte je také velkou zkouškou manželského vztahu. Zpravidla dochází buď k významnému posílení manželství anebo k jeho rozpadu, který bohužel vůbec není výjimkou.

## 2.3 Zármutek a truchlení

Pod pojmem *zármutek* rozumíme žal, smutek nebo hoře. Často je zármutek také zaměňován za pojem *truchlení*. Podle Baštecké (2005) je zármutek přirozený prožitek vyrovnávání se se ztrátou. Jedná se o instinktivní reakci, jejíž trvání je dlouhodobé a doprovází ji řada pocitů (Moody a Arcangelová, 2011). Truchlení je spíše osvojeným společenským chováním, kterým jedinec navenek vyjadřuje zármutek nad ztrátou blízkého člověka nebo jinou důležitou ztrátou. (Baštecká, 2005; Moody a Arcangelová, 2011). Přesto se s pojmem truchlení v literatuře často setkáváme ve významu zármutku. V této práci zachováme tyto pojmy tak, jak byly uvedeny v původním zdroji – pojem truchlení tedy budeme používat i ve smyslu zármutku.

Jak píše Steinová (1983, cit. podle DiGiulio a Kranzová, 1997, s. 77-78): „*Truchlit neznamena jen cítit smutek. Je to specifický psychologický proces, během něhož lidské bytosti nabývají schopnosti oprostít se od některých pocitů, které vložili do člověka, jenž už neexistuje, a přenést svou lásku na živé lidi. Truchlení je náročná citová práce. Znamená to, že se soustředíme na své vzpomínky a necháme se dojímat pocity, které s sebou přinášejí.*“



Přestože se s úmrtím blízké osoby vyrovnává každý jinak, byly vypořádávány určité charakteristiky zármutku, které jsou u většiny jedinců shodné. V této kapitole se jimi budeme zabývat podrobněji – popíšeme hlavní psychologicky orientované teorie truchlení i jednotlivá stádia zármutku a jeho determinanty. Zaměříme se na rozdíly mezi normálním a komplikovaným truchlením i na rozdíly mezi truchlením mužů a žen. Uvedeme také specifika zármutku po ztrátě dítěte i jednotlivé přístupy v práci se zármutkem.

### 2.3.1 Teoretická východiska zármutku

Jak uvádí Silvermanová (2007), během dvacátého století vznikla řada psychologických teorií truchlení. Cílem jejich autorů bylo vymezit hranice mezi truchlením a duševní nemocí a vytvořit účinné strategie pomoci truchlícím (Kubíčková, 2001).

Z historického hlediska bylo truchlení považováno za nemoc. Obecně se předpokládalo, že pokud by truchlení probíhalo správným způsobem, žádné symptomy by se nevyskytovaly (Silvermanová, 2007). Až **Sigmund Freud** ve své eseji *Truchlení a melancholie* z roku 1917 popsal rozdíl mezi „normálním“ truchlením a depresí (v jeho podání tzv. melancholií). Přestože se truchlení depresi podobá (u obou z nich je přítomen pláč, poruchy spánku, nezájem o okolí, stažení se ze sociálních kontaktů, apod.), Freud mezi nimi spatřoval zásadní rozdíl – a to konkrétně v tom, že při truchlení, na rozdíl od deprese, pozůstalý nemá pocit ztráty sebedůvěry a sebeúcty (Špatenková, 2006). *„Melancholik nám ukazuje ještě jednu věc, která při truchlení odpadá – mimořádné snížení svého jáského citu, ohromné ochuzení Já. Při truchlení se svět stal chudý a prázdný, při melancholii se takovým stalo Já samo.“* (Freud, 1971, s. 282) Freud argumentoval také tím, že okolí ani odborníci se nesnaží klienta truchlení zbavit, jako je tomu u nemoci. *„Spoléháme, že po určité době bude [truchlení] překonáno, a nějaké jeho rušení pokládáme za neúčelné, ba dokonce za škodlivé.“* (Freud, 1971, s. 280)

„Práce truchlení“ je podle Freuda založena na tzv. vyzvedávání vzpomínek. *„Při každé jednotlivé vzpomínce a při každé situaci budící očekávání, v nichž se libido ukazuje vázáno na ztracený objekt, vynáší realita svůj verdikt, že objekt už neexistuje, a Já, postavené jakoby před otázkou, zda chce tento osud sdílet, se nechává úhrnem narcistických ukojení čerpaných z toho, že je naživu, přimět, aby svou vazbu*

na zničený objekt uvolnilo.“ (Freud, 1971, s. 290) Proběhla-li práce smutku a libidozní energie investovaná do vztahu k blízké, nyní zesnulé osobě, byla stažena a zaměřena jinam, je dle Freuda truchlení u konce (Kubíčková, 2001).

Většina psychologických teorií truchlení právě z této Freudovy práce vychází.

Další průlomovou prací byla *Symptomatologie a zvládání akutního zármutku*<sup>3</sup> **Erika Lindemanna** z roku 1944, v níž autor provedl analýzu chování pozůstalých osob a definoval tzv. **syndrom ztráty**. Ten se rozvíjí bezprostředně po ztrátě blízké osoby a jsou pro něj typické následující příznaky:

- **tělesné napětí** – pocit staženého hrdla, dušnost, dechová nedostatečnost, vzdychání, nedostatek svalové síly, duševní bolest
- **pocity viny** ve vztahu k zemřelému nebo k příčinám jeho smrti
- **nepřátelské reakce** – sklon reagovat podrážděně a zlostně
- **pocity neskutečnosti** – pocity, že se ztráta ve skutečnosti nestala
- **ztráta modelů chování** – pocity bezúčelnosti spolu s neschopností fungovat tak jako před ztrátou
- **zabývání se představami o zemřelém**
- **v chování pozůstalého se nově objevují rysy zesnulého**

(Lindemann, 1944).

Tato Lindemannova práce byla převratná také tím, že v ní poukázal na stav somatického diskomfortu u truchlících (Kubíčková, 2001).

**Geoffrey Gorer** ve své práci *Smrt, zármutek a truchlení v současné Británii*<sup>4</sup> roku 1965 upozornil na to, že rituály, jež se s truchlením donedávna pojily a jež usnadňovaly lidem po ztrátě milované osoby zármutek vyjádřit, postupně (spolu s náboženskou vírou) vymizely (Silvermanová, 2007).

Dle Bradburyové (1999, cit. podle Baštecká, 2003) ztrácí jedinec smrtí blízké osoby především část sebe, své staré „self“, a proto se cítí sám, i když se o svou bolest má s kým podělit.

Současný pohled na truchlení zdůrazňuje dle Quinnové (2007) různorodost individuálních reakcí. Mnozí odborníci kritizují klasifikace truchlení, protože pozůstalí mohou koncept fází vnímat jako něco, čím zákonitě musí projít a fakt, že by v danou chvíli měli být v určité fázi, kterou ale ve skutečnosti neprožívají, je pro ně zpravidla pouze dalším stresujícím prvkem (Špatenková, 2011). Tito kritici se domnívají,

---

<sup>3</sup> Z angl. *Symptomatology and Management of Acute Grief*.

<sup>4</sup> Z angl. *Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain*.

že zármutek je u každého člověka zcela jedinečný a podle toho by k němu mělo být přistupováno – měl by být navrácen do běžného života.

### 2.3.2 Proces truchlení

Zármutek může být spojen s celou řadou různých reakcí, které se individuálně liší, a to jak svojí povahou, tak délkou trvání (Lovasová, 2005). Přesto byly identifikovány určité typy reakcí na ztrátu, které jsou společné většině truchlících. Cílem jejich tvorby bylo identifikovat, co může jedinec po ztrátě prožívat (Kübler-Rossová, 2007).

Mezi typické zármutkové reakce, které se objevují hned po ztrátě, patří **šok**. Ten je zpravidla spojován s **odmítáním uvěřit realitě**. Pozůstalí mohou mít pocit, že je vše jen zlým snem, ze kterého se brzy probudí. Zároveň jsou obvykle sklíčení, otupělí a neschopní truchlit. Stejně tak se u nich často vyskytuje i pocit jisté oddělenosti od reálného života – nejsou schopni se na nic soustředit a jediné na co myslí, je to, že jejich blízký zemřel.

Poté si začínají postupně **uvědomovat význam ztráty**. Proto je další reakce zpravidla spjata se **silnými emocemi**. Pozůstalí plně pociťují hloubku a dosah své ztráty a prožívají intenzivní truchlení (Kubíčková, 2001). V této fázi zažívají zejména zoufalství, smutek, pocity ztráty smyslu a pocity viny.

Schiffová (1978) uvádí, že až s prožitím této bolesti nastupuje samotné **uzdravování**. Většina autorů se shoduje na tom, že je velmi důležité dát prostor svým emocím a žal skutečně „odtruchlit“. Potlačování emocí podle nich vede k patologickým formám truchlení – těmi se budeme podrobně zabývat v kapitole 2.3.4.

Významným mezníkem v celém procesu truchlení je **pohřeb**. Jak jsme již zmínili v kapitole 1.2, pohřeb představuje přechod z fáze konfuze do fáze exprese a právě během něj začíná intenzivní truchlení. To je dáno také tím, že dny mezi úmrtím a pohřbem bývají poměrně rušné. Teprve poté, co skončí stres ze zařizování pohřbu, zpravidla padá na pozůstalé samota a opravdový žal (Kübler-Rossová, 2003). Účast na pohřbu zároveň významně napomáhá k přijetí reality. Dle Kubíčkové (2001) by se pohřeb neměl konat dříve než tři dny po úmrtí, protože v té době jsou pozůstalí ještě ve fázi šoku, zároveň by však neměl být odkládán déle než osm dní od úmrtí.

Obzvláště náročné bývají pro pozůstalé zvláštní příležitosti, jako je například první výročí úmrtí nebo narozeniny zesnulého, Vánoce, a další události, které pro ně byly ve vztahu k zesnulému významné. V prvních letech po ztrátě je pozůstalí zažívají

velice intenzivně a i po několika letech, kdy už se cítí být se ztrátou vyrovnáni, mnohdy pociťují v tyto dny silný stesk a návrat zármutku.

Také délka truchlení je individuální. Většina autorů se shoduje na tom, že pro to, aby se pozůstalí dokázali se smrtí blízkého člověka vyrovnat, musí prožít celý proces truchlení (Špatenková, 2011). Vymětal (1994, cit. podle Kubíčková, 2001) se navíc domnívá, že je potřeba, aby pozůstalí ztrátu přijali, smířili se s ní a s ohledem na ni dále žili a plánovali svůj život. „*Jistou známkou, že je pozůstalý ‚na dobré cestě‘ je to, že vzpomínky na zemřelého mu už nepůsobí takovou bolest.*“ (Špatenková, 2008, s. 56). Moody a Arcan-gelová (2011) nazývají konec truchlení „uzavřením“ – přirovnávají jej k uzavření rány v lékařství. Mají za to, že pozůstalí zažívají nesčetná uzavření s každou sekundární ztrátou zvláště. Ale jak uvádí Špatenková, můžeme se setkat i s názorem, že truchlení nemusí skončit vůbec – zvláště jednalo-li se o mimořádně blízkého člověka, nemusí k akceptaci ztráty dojít nikdy. Jak píše Kubíčková (2001, s. 250): „*Někteří pozůstalí nechtějí a nemohou svůj zármutek ukončit a rozvíjejí se u nich fenomény komplikovaného truchlení.*“

Ohledně členění procesu truchlení na jednotlivé fáze panuje v odborné literatuře nejednotnost. Různí autoři mluví o různém počtu fází i různých známkách ukončení truchlení. Obecně ale můžeme v dělení truchlení na jednotlivá stadia pozorovat rozšířenou představu, že normální truchlení má svůj začátek i konec (Špatenková, 2011).

Snad nejznámější periodizací reakcí na ztrátu jsou stadia smutku (umírání) **Kübler-Rossové**, která je roku 1969 předložila ve své knize *O smrti a umírání*<sup>5</sup>. Později se tato její teorie stala mezinárodně uznávaným modelem reakcí na ztrátu. Kübler-Rossová byla přesvědčena, že těmito pěti stádii prochází člověk v případě diagnózy smrtelného onemocnění či v případě ztráty blízké osoby. Popsala tato stadia:

1. **popírání/šok** – jedinci v prvním stadiu zakoušejí zborcení všech životních nadějí, které je doprovázeno obranným mechanismem popření
2. **hněv/agrese** – v druhé fázi pociťují pozůstalí zároveň vztek a depresi, místy i závist (v takových případech se ptají „*Proč zrovna já a ne on?*“)
3. **smlouvání** – v tomto stadiu jedinci (potenciální pozůstalí i samotní umírající) často smlouvají s Bohem o prodloužení života výměnou za změnu životního stylu nebo hledají alternativní možnosti léčby

---

<sup>5</sup> Z angl. *On Death and Dying*.

4. **deprese** – v tomto stadiu jedinec rezignovaně přijímá skutečnost; u umírajících osob nebo jejich příbuzných nastupuje truchlení
5. **akceptace** – jedinec se začíná s realitou vyrovnávat a nově pociťuje psychickou úlevu.

Ne každý jedinec prochází všemi těmito stádii, ani jimi nemusí procházet v předepsaném pořadí (Kübler-Rossová, 2007). Zároveň to, že projde jedním stadiem, neznamena, že už se do něj nemůže vrátit.

**Lindemann** identifikoval tyto **tři hlavní úkoly „práce se zármutkem“**:

1. **emancipaci od vazeb na zemřelého**
2. **přízpůsobení se prostředí**, ve kterém zesnulý schází
3. **vytváření nových vztahů**  
(Lindemann, 1944).

Konec zármutku Lindemann považoval za ukončení vztahu k zemřelému (Silvermanová, 2007).

**John Bowlby** zkoumal proces truchlení u rodičů smrtelně nemocných dětí a definoval následujících **pět fází**, které zažívá člověk **při anticipované ztrátě** blízké osoby:

1. **fáze ochromení** je mnohdy přerušovaná výbuchy hněvu
2. **fáze nedůvěry (neochoty uvěřit)** – je opět fází popření, kdy pozůstalí nevěří správnosti diagnózy či prognóze
3. **fáze pokusů zvrátit konečnost ztráty** – pozůstalí v této fázi například dokazují lékařům, že se mýlí
4. **fáze dezorganizace** – v ní dochází k uvědomění reality – jedinec propadá zoufalství a začíná truchlit
5. **fáze reorganizace** je fází následného přebudování a smířením se s realitou (Bowlby 1998, s. 115).

**Špatenková** (2008; Kubíčková, 2001) definuje tato tři stádia reakce na ztrátu, kterými dle jejího názoru procházejí téměř všichni pozůstalí:

1. **stadium konfuze**  
První stadium je krátkým obdobím otřesu, šoku a popírání reality. Truchlící nejsou schopni přijmout projevy soustrasti, chovají se neobvykle klidně a neadekvátně dané situaci a zpravidla mají tendence vyhýbat se pojmenování reality.

## 2. **stadium exprese**

V okamžiku, kdy jsou schopni realitu nazvat pravým jménem, přecházejí do druhého stadia. To může nastat během pohřbu nebo těsně po něm, ale také později. Zejména po náhlé ztrátě trvá přechod do druhé fáze delší dobu.

V tomto stadiu pociťují pozůstalí intenzivní zármutek a snaží se najít odpověď na otázku „Proč?“ Velmi důležitá je pro ně v tomto období kondolence. Většinou rádi mluví o zesnulém, ale při necitlivém jednání okolí se mohou stáhnout a truchlit sami v izolaci. Stejně tak přehodnocují svůj vztah k zesnulému a perou se s pocity viny, lítosti i hněvem. Někdy pociťují i rozčarování, že „život plyne dál, jako by se nic nestalo“. Tato fáze trvá většinou rok nebo více. Někdy se do tohoto stadia po čase vrací – zejména při zvláštních událostech, jakou je například výročí smrti, jak jsme již zmiňovali.

## 3. **stadium akceptace**

V poslední fázi dochází k uzdravování a k pomalému návratu do „normálního“ fungování. Pozůstalí se smiřují s realitou ztráty a učí se ji přijímat. Postupně si budují novou identitu, která není na zemřelém závislá. Zároveň jsou nově schopni citové investice do nových vztahů, aniž by pociťovali výčitky vůči zesnulému. O něm si vytvářejí reálný obraz a jsou schopni na něj vzpomínat bez výrazných emočních projevů. Celá fáze může trvat měsíce i roky. Vstup do ní si pozůstalí musí sami vědomě zvolit. Pokud do této fáze nedospějí, dochází u nich k rozvoji patologických reakcí na ztrátu.

Důvodem kritiky těchto teorií bylo to, že nepředpokládají aktivitu jedince – ten je v jejich pojetí pasivní a není s to zármutek ovlivnit (s výjimkou těch teorií, kde se jedinec musí pro přechod do posledního stádia vědomě rozhodnout); a právě v tom se odlišuje **Wordenův úkolový model**, jenž aktivitu pozůstalých naopak zdůrazňuje a dává truchlícím naději, že zármutek je možné ovlivnit – dává jim důvod být aktivní (Špatenková, 2011). Jak uvádějí Moody a Arcangelová (2011), zatímco teorie Kübler-Rossové je založena na emocích, Wordenův přístup je kognitivní. Vyžaduje splnění následujících čtyř úkolů:

1. **přijmout realitu ztráty** a pochopit, že smrt je trvalá a nezvratná
2. **prožít zármutek** a zvládnout citovou bolest, kterou s sebou přináší

3. **přizpůsobit se světu, ve kterém zemřelý schází**, což často vyžaduje přeskupení sociální sítě a zájmů
4. **citově se od zemřelého odpoutat** a investovat city do jiného vztahu (Worden, 2009).

Wordenova formulace čtvrtého úkolu se poměrně rychle stala terčem kritiky. Bylo mu vytýkáno, že jeho model platí spíše pro ovdovělé jedince než pro rodiče po ztrátě dítěte, kteří často zkrátka nejsou schopni své zesnulé dítě citově „nahradit někým jiným“ a zapomenout na něj. Proto Worden tento úkol přeformuloval do podoby „emocionálně se od zemřelého odpoutat a naučit se bez něho žít“ (Kubíčková, 2001). Gilbert (1996) hovoří v této souvislosti o reinvestici citů v rámci rodiny.

### 2.3.3 Projevy zármutku

Rozsah reakcí na úmrtí blízké osoby je značně široký. Dle Špatenkové (2006) je zármutek komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakcí na ztrátu a mohou se u něj objevit zejména tyto projevy:

- **záplava** různorodých **emocí** – nejčastěji se jedná o smutek, obavy, hněv a pocity viny i opuštěnosti (podrobnější výčet viz kapitola č. 2.2)
- **somatické potíže** (například třes, pocit sevřeného hrdla, dechová nedostatečnost, svalová ochablost, únava, svírání u srdce, senzoričná přecitlivělost, nespavost, nechutenství, pocity sucha v ústech, gastrointestinální potíže, apod.)
- na **kognitivní úrovni** se objevují:
  - depresivní myšlenky
  - odmítání skutečnosti
  - poruchy paměti a pozornosti
  - zmatenost
  - dezorientace (časová i prostorová)
  - zahlcení představami o zemřelém
  - identifikace se zemřelým
  - pocit přítomnosti zesnulého
  - sny o zemřelém (převážně příjemné povahy)
- na **behaviorální úrovni** lze pozorovat:
  - impulzivní, chaotické jednání
  - vyhýbání se sociálním kontaktům nebo podrážděnost v přítomnosti jiných lidí

- změny v sexuálním životě (hlavně ztrátu sex. apetence)
- vyhýbání se vzpomínkám na zesnulého nebo naopak vyhledávání míst či předmětů, které zesnulého připomínají
- vzdychání
- hledání a volání zesnulého (nahlas či pouze v duchu)
- únikové reakce (od denního snění a hyperaktivity až po úniku k drogám, do nemoci či k sebevraždě)
- dezorganizací běžného fungování

(Kubíčková, 2001; Špatenková, 2011).

### 2.3.4 Normální a komplikované truchlení

Dosud jsme hovořili o normálním, tedy nekomplikovaném zármutku. Někteří jedinci však mohou na ztrátu milované osoby reagovat naopak komplikovanými formami truchlení.

Jak píše Quiniová (2007): „*V tradičním pojetí zármutku se pozůstali zpracovávají fázi vysoké zátěže k postupnému zpracování svého zármutku. Jiné reakce, ať již bez projevů zvýšeného distresu, nebo takové, které spočívají v přetrvání vztahu k zesnulému, jsou považovány za abnormální a patrně i patologické.*“

Protože má normální zármutek svou funkci, bývá komplikované truchlení nazýváno také jako *dysfunkční, nezdravé, patologické* nebo *chronické* (Moody a Arcangelová, 2011; Kubíčková, 2001).

Zatímco v průběhu normálního truchlení pozůstali „*nabývají schopnosti opřít se od některých pocitů, které vložili do člověka, jenž už neexistuje, a přenést svou lásku na žijící lidi,*“ (Steinová, cit. podle DiGiulio a Kranzová, 1997, s. 77-78) patologický zármutek toto psychické odpoutání od zesnulého a adaptaci na ztrátu znemožňuje, čímž prodlužuje bolest pozůstalých a brání jim pokračovat v plnohodnotném životě.

Jak uvádí Špatenková (2008, s. 14): „*Patologické truchlení se od normálních reakcí na ztrátu neliší ve své podstatě, ale rozdílnou intenzitou a délkou trvání.*“

Jedním z možných příznaků patologického zármutku je tzv. **prolongované** (nebo také inhibované či chronické) **truchlení**, při němž si pozůstali uvědomují, že se jejich zármutek zkomplikoval a trvá již příliš dlouho, aniž by se někam posunuli (Moody a Arcangelová, 2011; Špatenková, 2006). Přetrvávající intenzivní zármutek je pro jedince ohrožující a znemožňuje mu začít normálně fungovat. Není-li s ním



adekvátně pracováno, může vést až ke vzniku závažných duševních poruch (Prigerson et al., 2009). Podle Špatenkové (2011) může prolongovaný zármutek nabývat také latentní podoby, z níž může kdykoli znovu plně propuknout či zintenzivnit průběh jiných krizí.

Další formou komplikovaného zármutku je **absence truchlení**, která bývá způsobena převážně potlačením emocí. Takoví „*truchlíci jsou natolik zasaženi ztrátou blízkého člověka, že nejsou schopni truchlit, necítí bolest a připadají si často jako bezcitní, ochromení a neživotní.*“ (Kubíčková 2001, s. 151) Gorer (1987 cit. podle Kubíčková, 2001) se domnívá, že pokud byl zesnulý pro pozůstalé důležitý, a oni přesto netruchlí, jedná se o obranný mechanismus, který pozůstalým pomáhá přežít a nezhroutit se. Skrytý zármutek však často nese následky v podobě různých poruch tělesného zdraví nebo chování (Baštecká, 2003).

„**Odložené reakce**“ (zvané také opožděné, potlačované, zbrzděné či odsunuté) také spadají do komplikovaného truchlení. Začínají až po určité době absence truchlení, která může trvat týdny, měsíce i roky. Jejich spouštěčem může být nová krize nebo ztráta – ať už vlastní či v okolí pozůstalého (Worden, 2009). Grün (1997, cit. podle Kubíčková, 2001) píše, že v těchto případech trvá celý proces zármutku často i celé roky.

Moody a Arcangelová (2011) uvádějí, že nevyjádřené emoce mohou vést k záchvatům **paniky** spjatých se žalem a následně až ke vzniku panické poruchy.

Další patologickou formou truchlení, která se v reakci na ztrátu blízké osoby může u pozůstalých rozvinout, je tzv. **reaktivní deprese**. Ta dle Lovasové (2005) začíná hned po ztrátě (nejpozději do jednoho měsíce) a postupně ubývá na intenzitě – průměrně trvá kolem třinácti měsíců. Pozůstalí s reaktivní depresí mívají obavy, že tento stav již nikdy neskončí a nebývale těžce prožívají výročí smrti a další události, které jim ztracenou osobu připomínají. Je důležité, aby o ztrátě s někým mluvili, a v případě, že se jejich stav nelepší, vyhledali odbornou pomoc (Lovasová, 2005). V případě, že deprese neustupuje, jedná se o tzv. **prolongovanou depresi** – ta může být obranou proti aktivnímu truchlení, které vyžaduje bolestné uvědomění ztráty (Špatenková, 2011).

Pokud pozůstalý prožíval ztrátu jako trauma, může se u něj kromě deprese rozvinout také **posttraumatická stresová porucha**, kterou jsme již blíže popsali výše (viz kapitola č. 2.1.2).

Worden popisuje tzv. **larvované (skryté) reakce** na ztrátu, mezi které řadí depresi, abúzus alkoholu a léků, hypochondrické symptomy, fobie, záchvaty paniky, intenzivní pocity viny, suicidální pokusy a různé formy duševních poruch – jedná se tedy zejména o psychosomatické a psychiatrické symptomy či poruchy chování (Worden 1997, cit. podle Kubíčková, 2001, s. 156). Zdá se, že Wordenovu larvovanému zármutku odpovídají Lindemannovy **zkreslené reakce**, které zahrnují hyperaktivitu bez prožití zármutku, získání symptomů poslední nemoci zemřelého, změny ve vztahu k přátelům a příbuzným, zaryté nepřátelství vůči některým osobám (např. lékařům), dlouhodobou ztrátu modelů sociální interakce nebo činnosti mající negativní vliv na sociální a ekonomický status (např. rozdávání majetku) a depresi (Lindemann, 1944).

Jisté je, že vedle psychických příznaků komplikovaného truchlení se objevují také **příznaky psychosomatické**, které mají někdy podobu právě toho onemocnění, na které zesnulý zemřel.

Gorer (1987, cit. podle Kubíčková, 2001, s. 155) dále rozlišuje **mumifikaci**, při níž pozůstalí udržují po zesnulém vše přesně tak, jak to zanechal, a **zoufalství**, jež trvá déle než 12 měsíců, pozůstalý při něm má bezbarvý hlas, povolené obličejové svaly a mluví trhaně v krátkých větách.

**Popírání** je v raném stadiu považováno za zdravou reakci, ale prodlužuje-li se délka jeho trvání i po odeznění prvotního šoku, stává se dysfunkčním a je řazeno mezi patologické reakce, které brání přijetí ztráty i průběhu zármutku.

Worden v souvislosti s komplikovaným truchlením hovoří o tzv. **excesivních reakcích**, tedy přehnaných reakcích na zármutek (Worden 1997, cit. podle Kubíčková, 2001, s. 156). Mezi ně spadají také **extrémní pocity hněvu** či **viny**.

Jak správně podotýká Kubíčková (2001, s. 161): „*Žádné symptomy však nejsou specifické pouze pro patologický zármutek.*“ Každý z výše uvedených příznaků patologického truchlení tedy může, ale i nemusí být zapříčiněn samotnou ztrátou.

Většina autorů se kloní k názoru, že zármutek musí být vyjádřen. Mezi intenzitou a délkou truchlení spatřují závislost – čím více pozůstalí vyjadřují svoje emoce, tím rychleji se podle nich vracejí k normálu (Moody a Arcangelová, 2011).

Nověji se ale objevují i hlasy, že chybějící zármutek nemusí být nutně problematický (Špatenková, 2008).

Obecně je poslední dobou koncept normálního a komplikovaného zármutku pomalu opouštěn a nahrazován úvahami o faktorech, které mohou truchlení usnadňovat či naopak ztěžovat (Špatenková, 2008).

Těmito faktory se budeme zabývat v následující kapitole.

### 2.3.5 Determinanty zármutku

Průběh truchlení je determinován mnoha faktory. „Ani dva pozůstalí se nevyrovňávají se ztrátou stejným způsobem. A nejenže každý pozůstalý truchlí různě, ale i stejná osoba truchlí nad každou ztrátou jinak. To proto, že okolnosti jsou vždy jedinečné. A navíc se i pozůstalý stále mění.“ (Moody a Arcangelová 2011, s. 79)

Jak shrnuje Baštecká (2003, s. 160): „Proces truchlení směřuje obvykle k vyrovnání, šlo-li o ‚dobrou smrt‘, vztah mezi zesnulým a pozůstalým byl vyrovnaný, pozůstalý žije v přiměřených podmínkách a zajímá se o svůj další život. Když jsou věci jinak, mohou při truchlení nastat obtíže.“ Jednotlivé determinanty zármutku můžeme zobecnit na osobnost truchlícího, zesnulého a povahu jejich vztahu, okolnosti úmrtí a další vnější okolnosti. Na každý z těchto faktorů se nyní zaměříme podrobněji.

#### Osobnost truchlícího

Zvládání stresu spjatého se ztrátou blízké osoby závisí ve velké míře na osobnosti pozůstalého, zejména na jeho **temperamentu, charakteru, sociální zralosti, adaptabilitě a frustrační toleranci** – tj. odolnosti vůči zátěži (Kubíčková, 2001). Jak Kubíčková (2001) dále uvádí, adaptace na ztrátu blízké osoby je obtížnější pro emočně labilní osoby, ale i pro introverty, kteří obvykle mívají větší sklon uzavírat se před okolím a příliš se mu se svým žalem nesvěřovat, což může truchlení do jisté míry komplikovat. Bartůňková (2010) uvádí také **pozitivní motivaci a pozitivní myšlení**.

Z naučených faktorů sehrává roli **hodnotový systém, životní styl**, ale i **stereotypní způsoby reagování** na určité situace a **předsudky** (Lovasová, 2005). Důležitá je také fáze dětství, ve které se jedinec učí napodobováním chování svých rodičů – za další faktor tedy můžeme považovat i to, **jak stres zvládají rodiče pozůstalého** (Lovasová, 2005).

Neméně významnou determinantou truchlení je **věk pozůstalého**. V různém věku je ztráta blízké osoby prožívána jinak, stejně jako je odlišná i exprese zármutku (Kubíčková, 2001). Mladí lidé bývají v reakcích na ztrátu zpravidla adaptabilnější (je-li u nich truchlení podpořeno) a s přibývajícím věkem se pak tato přizpůsobivost vytrácí

(Moody a Arcangelová, 2011). Dospělí, ačkoliv jsou zralí, obvykle více lpí na svém životě, na svých blízkých i na svém majetku, a proto raději na smrt nemyslí a nevědomě ji vytěsňují, což přijetí ztráty výrazně znesnadňuje (Kubíčková, 2001).

Také **pohlaví** pozůstalého má na zpracování ztráty vliv – výsledky výzkumů dokazují, že muži a ženy reagují na ztrátu blízké osoby velmi odlišně. Touto problematikou se budeme podrobněji zabývat v kapitole 2.3.7.

Moody a Arcangelová (2011, s. 34) jsou přesvědčeni, že „**první seznámení s pojmem smrti trvale ovlivňuje náš postoj ke smrti, ztrátě a zármutku.**“ Například děti, které se směly podílet na dění kolem smrti prarodiče, jsou v pozdějším věku na smrt lépe připraveny.

**Předcházející zkušenost se smrtí a truchlením** může při další ztrátě sehrát pozitivní i negativní roli – jak píše Kubíčková (2001), nebyl-li zármutek z předchozí ztráty adekvátně zpracován, je riziko rozvoje patologických reakcí na ztrátu vyšší. Obvykle totiž při ztrátě dochází k oživení pocitů zakoušených při předchozí ztrátě – zejména byly-li tyto pocity potlačeny. Minulá zkušenost zármutku však může být i přínosem – díky ní totiž pozůstalý přibližně ví, co může v období po ztrátě očekávat nebo jaké strategie zvládnutí se mu dříve osvědčily (Kubíčková, 2001).

Také **způsob truchlení** výrazně ovlivňuje dopad ztráty na jedince. Gorer (cit. podle Kubíčková 2001, s. 112) dělí truchlící na tři typy: „*pozůstalé, kteří svůj zármutek skrývají a popírají, protože jejich sociální okolí jim ventilaci zármutku nedovoluje. Druhý typ představují pozůstalí, kteří považují truchlení za soukromou záležitost, a proto truchlí pouze v soukromí. Tento způsob je podle Gorera sociálně nepřijatelnější. Třetí typ je charakteristický pro pozůstalé, kteří dávají svému zármutku volný průběh kdekoliv a kdykoliv.*“ Mezi odborníky (viz např. Kübler-Rossová, 2003; Kubíčková, 2001; Moody a Arcangelová, 2011) převládá názor, že pro truchlící je nejzdravější dát svým emocím volný průchod.

Důležitým podpůrným faktorem při truchlení je psychické i tělesné **zdraví** jedince (Moody a Arcangelová, 2011). Zvláště psychiatrická diagnóza v anamnéze může vést k patologickým reakcím na ztrátu, ale i u pouhé predispozice k psychiatrickému onemocnění může po ztrátě dojít k propuknutí nemoci (Kubíčková, 2001).

Průběh zármutku se odvíjí i od **kulturních faktorů** – tedy od toho, jaké místo má smrt v kultuře daného sociálního systému i od toho, jak jsou truchlící naučeni a vychovávaní smrt vnímat (Kubíčková, 2001).

Také **sociální opora**, ať už ze strany **rodiny** či **okolí**, hraje významnou roli – zahrnuje možnost sdílení zármutku a prostor „vymluvit se a vyplakat“ či praktickou pomoc s povinnostmi, na které pozůstali sami v žalu nemají sílu. Velká důležitost je přikládána také **dynamice** a **integritě rodiny** – jak uvádí Kubíčková (2001), dobře integrovaná rodina může nahradit absenci podpory zvenčí.

Bowen (cit. podle Kubíčková, 2001) zdůrazňuje přínos možnosti ventilovat emoce související se ztrátou v rodinném prostředí. Ale vzhledem k tomu, že se úmrtí většinou dotýká celé rodiny, je pro její členy mnohdy náročné zvládat vlastní zármutek a zároveň být oporou dalším členům rodiny. Z toho důvodu může být velkou pomocí podpora zvenčí a fungující vztahy s přáteli – a to především právě tehdy, nemá-li jedinec možnost truchlit se svou rodinou.

Také **nalezení smyslu ve ztrátě**, tedy nalezení odpovědi na otázku „proč?“, je významnou determinantou procesu truchlení – pokud pozůstali naleznou ve ztrátě smysl, adaptují se na ni zpravidla výrazně snadněji a intenzita jejich truchlení se snižuje (Keese et al., 2008). Currier, Holland a Neimeyer (2006) spatřují mezi absencí smyslu ztráty a komplikovaným truchlením souvislost.

Moody a Arcangelová zmiňují význam **náboženství** a **spirituality**. Obecně lidem po ztrátě napomáhá především víra v to, že jejich zesnulý blízký neodešel z tohoto světa navždy, ale jeho duše dál žije, a že se možná jednou znovu shledají. *„Věřící pozůstali mohou nacházet oporu a pomoc nejen ve společenství obdobně smýšlejících lidí, ale především ve společenství se svým Pánem.“* (Kubíčková 2001, s. 99) Jak Kubíčková dále poznamenává, zdrojem síly a útěchy jim může být i četba Bible nebo církevní pohřební rituály, jež práci truchlení usnadňují a jsou prevencí rozvoje patologických reakcí. Moody a Arcangelová (2011, s. 96-97) uvádějí, že *„lidé, kteří navštěvují bohoslužby a jsou pevní ve víře, mívají se zármutkem méně problémů.“* U někoho však může být víra v Boha smrtí blízkého silně otřesena či zcela zničena (Kubíčková, 2001).

Naopak přílišné lpění na materiálních věcech jde ruku v ruce s nezdravým strachem ze smrti (Moody a Arcangelová, 2011) a neschopností se s ní vyrovnat.

### **Osobnost zesnulého**

Dalším podstatným faktorem je **„kdo zemřel“** (Lovasová, 2005) a případně v jakém byli s pozůstalým příbuzenském poměru či jiném vztahu. Jak píše Kubíčková (2001), ztráta jakékoliv blízké osoby je vždy bolestná. DiGiulio a Kranzová (1997, s. 109)

doplňují, že „k různým typům lidských vztahů se váže jiný druh lásky a proto v případech úmrtí vznikají i rozdílné problémy.“

**Věk** zesnulého také hraje v adaptaci na ztrátu významnou roli. „Mezi tiše se vytrácejícím starým člověkem a tragicky utnutým mladým životem v nejlepším věku je významný rozdíl.“ (Parkes, 1996, cit. podle Kubíčková 2001, s. 86) S dítětem umírají sny, plány i naděje do budoucna (Moody a Arcangelová, 2011).

Dále záleží na **roli**, kterou zesnulý v rodině zastával i nakolik tato role po jeho smrti v rodinném kruhu chybí.

### **Vztah k zesnulému**

Smutek je zpravidla silně ovlivněn také vztahem mezi zesnulým a pozůstalým (Moody a Arcangelová, 2011). Kubíčková (2001) mluví o tzv. **charakteru vazby** (tj. nakolik byl zemřelý pozůstalému blízký), **míře závislosti a jistotě vazby**. Nejsilnější a nejjistější vazbu a zároveň vysokou míru závislosti vykazují vůči svým rodičům právě děti – proto je ztráta dítěte tak traumatická a často vede ke komplikovanému truchlení.

Dalším faktorem týkajícím se vztahu mezi pozůstalým a zesnulým je ale také to, zda neměl pozůstalý ve vztahu k zesnulému **něco nedořešeného** (Lovasová, 2005).

### **Okolnosti úmrtí**

Na truchlení má velký vliv **způsob smrti**, jakým zesnulý zemřel. Velmi komplikované se ukazuje být truchlení v případě, má-li pozůstalý pocit, že v souvislosti se smrtí blízkého **něco zanedbal** či se za ni dokonce cítí být zodpovědný (Lovasová, 2005).

Také fakt, zda byla **smrt očekávaná, náhlá** nebo **násilná** proces truchlení silně ovlivňuje (Moody a Arcangelová, 2011). U **náhlého** či **předčasného** úmrtí, jakým je například smrt mladého člověka, jsou patologické reakce na ztrátu častější – v těchto případech dochází k intenzivnějším emocionálním reakcím, které mají delší průběh a častěji u nich dochází k popírání ztráty (Kubíčková, 2001). Zejména u tohoto typu ztráty je podstatné, aby pozůstalí měli možnost **spatřit mrtvé tělo**. Špatenková (2008) v této souvislosti hovoří o tzv. nedostatku reality – chybí-li jakýkoli hmatatelný důkaz smrti (včetně těla zesnulého) či její příčiny, dochází k výraznému znesnadnění přijetí reality ztráty. V těchto případech navíc většinou schází i rituál pohřbu, což je dalším důvodem patologických forem truchlení (Schiffová, 1978).

Nejistota, zda truchlení ztěžuje či usnadňuje, panuje kolem **anticipačního zármutku** (tj. zármutku před očekávanou ztrátou). Obecně o něm platí, že připravuje jedince na ztrátu a poté, co úmrtí nastane, průběh zármutku usnadňuje – trvá-li však

anticipační zármutek déle než šest měsíců, dochází naopak ke komplikaci procesu truchlení (Baštecká, 2003). Kubíčková (2001) dále poukazuje na to, že péče o umírajícího může být pro pečující osoby natolik náročná, že u nich může vést ke zvýšené emoční labilitě a psychickému diskomfortu, což může být příčinou problematické komunikace s umírajícím, častějších konfliktů i vzájemné distance až izolace. Podaří-li se příbuzným překlenout obtíže, které doprovázení umírajícího přináší, probíhá truchlení zpravidla bez komplikací a práce zármutku je vykonána relativně rychle – pečující v takových případech hovoří i o pocitech osobního a duchovního růstu (Kubíčková 2001).

Pokud zemřela blízká osoba **násilnou smrtí**, *„komplikuje truchlení silný pocit viny a hněvu, velká touha po pomstě a také deziluze ve vztahu k autoritám, které mají zajišťovat bezpečí občanů – především k policii a soudům. Tato deziluze může vyústit v tendenci pozůstalých ‚vzít spravedlnost do svých rukou‘ a snahu potrestat viníka.“* (Kubíčková 2001, s. 48)

Snad nejobtížněji zvládnutelným typem ztráty je **sebevražda**, která může u pozůstalých vést až k tendenci zesnulého následovat (Kubíčková, 2001).

Podstatným faktorem je i pocit pozůstalého, že **mohl smrti zabránit** (DiGiulio a Kranzová, 1997) spjatý se sebeobviňováním, které je další překážkou na cestě k přijetí ztráty.

Pokud jedinec ztratil v jeden moment více osob (např. při nehodě), je dopad ztráty o to silnější (Mercer a Evans, 2006).

### **Vnější okolnosti**

Velmi záleží také na tom, zda pozůstalý po ztrátě zažívá i **sekundární stresy** či **krize**. Jak píše Kubíčková (2001, s. 112) *„Dodatečné krize, které přicházejí v období truchlení, mohou projevy zármutku prohlubovat, prodlužovat nebo komplikovat.“*

Zároveň je pozůstalým na cestě za zvládnutím ztráty většinou velice přínosná **profesionální podpora**. Může se jednat o odbornou pomoc nebo o účast na svépomocných setkáních, kde mají pozůstalí možnost vidět druhé po stejné ztrátě znovu fungovat a sdílet s nimi svůj žal i zkušenosti.

Kübler-Rossová (2003, s. 211) se domnívá, že adaptaci na ztrátu může komplikovat také užívání **sedativ**, která *„jenom překrývají bolest a způsobují, že se pozůstalý člověk musí se svým zármutkem střetnout, vyjádřit jej a zpracovat až mnohem později a za daleko vyšší cenu.“*

Nyní se pokusíme stručně shrnout faktory, které truchlení usnadňují i ty, které jej naopak komplikují.

### **2.3.5.1 Podpůrné faktory**

Mezi faktory, které přispívají ke zvládnutí adaptace na ztrátu blízké osoby, můžeme zařadit následující:

- anticipovaná ztráta
- intenzivní péče o umírajícího
- možnost být s umírajícím
- „dobrá věta“ o okolnostech smrti
- možnost rozloučit se s umírajícím
- prostor říci nevyřčené – ať už jde o slova lásky, odpuštění či vyznání
- možnost spatřit mrtvé tělo, zejména pokud jde o náhlé úmrtí
- rituály
  - umývání a oblékání zesnulého
  - možnost rozloučit se s mrtvým bez dalších lidí
  - sestavování parte
  - účast na pohřbu
  - „nošení smutku“ po pohřbu
  - vzpomínkové rituály (např. při významných výročích)
- předchozí zkušenost se smrtí
- náboženské přesvědčení a s ním související naděje, že se člověk neztrácí do nicoty
- sociální opora – ať už ze strany rodiny či širšího okolí
- sdílení zármutku (vyjádření emocí)
- dobrovolná činnost (péče o jiné umírající nebo pozůstalé) má zvláštní význam zvláště pro ty, kdo si myslí, že svoji první signifikantní ztrátu nezvládli tak, jak měli
- účast na svépomocných setkáních
- hledání smyslu

(Baštecká, 2003; Kubíčková, 2001; Kübler-Rossová, 2003).

### **2.3.5.2 Rizikové faktory**

Naopak faktory, které adaptaci na ztrátu výrazně znesnadňují, jsou:

- náhlost a neočekávanost ztráty (pokud ke smrti došlo nečekaně, bez předchozího varování)



- přítomnost pozůstalého u náhlé smrti
- trauma (traumatizující prožitek spojený s úmrtím)
- ztráta více osob (ať už současně či v rychlém sledu)
- předchozí nevyřešené ztráty
- významné sekundární stresy, souběžné krize
- příliš prolongovaný konec u anticipované ztráty
- vnímaná možnost prevence úmrtí
- ústřednost vztahu mezi zesnulým a pozůstalým
- rizikové charakteristiky vztahu – např. vztah symbiotický, závislý či ambivalentní
- k zármutku náchylná osobnost
- nadměrné pocity hněvu, sebeobviňování a výčitek
- pocity bezmoci, zoufalství či touha najít viníka
- duševní onemocnění v anamnéze či predispozice k němu
- emoční labilita
- introverze
- potlačování emocí či neschopnost je vyjádřit
- přesvědčení, že dát průchod zármutku je „morbidní“ a „nezdravé“ a že psychickou rovnováhu, jež byla ztrátou narušena, je možné obnovit jen odvrácením pozornosti od tragické události a snahou být co nejvíce aktivní
- potlačení zármutku únikem z reality do hyperaktivity
- nevhodný způsob truchlení a absence vhodných sociálních rituálů, které by jej usnadňovaly
- tabuizace – o úmrtí se nemluví (časté zejména u sebevraždy)
- nestabilní rodinný systém nebo nedostatek sociální opory obecně
- nedostatek/redukce sociálních rolí (zejména pečující osoby)
- odmítání či znemožnění spatření mrtvého těla
- užívání sedativ
- absence víry
- samota pozůstalého
- smrt dítěte
- nezaměstnanost
- přítomnost dětí v rodině a přání chránit je před bolestí a žalem

- sociální negování ztráty – pozůstalí i jejich okolí se chovají, jako by k žádné ztrátě nedošlo (typické hlavně po potratu) (Baštecká, 2003; Kubíčková, 2001; Kübler-Rossová, 2003; Moody a Arcangelová, 2011; Schiffová, 1978; Špatenková, 2008).

Přítomnost několika „rizikových faktorů“ současně může poukazovat na to, že klient bude potřebovat maximální možnou míru pomoci a opory, aby adaptaci na ztrátu blízké osoby zvládnul a našel nový smysl života (Špatenková, 2008).

### 2.3.6 Specifika zármutku po ztrátě dítěte

Truchlení po ztrátě dítěte je v mnoha ohledech specifické, protože ztráta dítěte je intenzivní a komplikovaná sama o sobě (Špatenková, 2006). Zármutek rodičů je oproti zármutku po jiné ztrátě traumatictější, delší a komplexnější (McLarenová, 2007). *„Většina rodičů tvrdí, že bolest ze ztráty nikdy zcela nevymizí: vrací se s neměnnou vážností, ale méně často, a slábne rychleji než v prvních letech po osudové ztrátě.“* (McLarenová 2007, s. 111). Špatenková (2006; 2008) označuje reakce truchlících rodičů jako nepřiměřené, přehnané a nekončící. To však nemusí nutně znamenat, že jsou patologické. *„Za určitých okolností totiž může být ‚normální‘ i to, co obvykle ‚normální‘ není.“* (Špatenková 2008, s. 14) Právě truchlení rodičů nad smrtí dítěte je podle Špatenkové normální reakcí na nenormální situaci, protože úmrtnost dětí je v dnešní době statisticky nízká a rodiče jsou na ni velmi špatně připraveni. Z toho důvodu sehrávají v zármutku významnou roli také **okolnosti úmrtí** i fakt, zda se jednalo o ztrátu náhlou či anticipovanou (Kubíčková, 2001). Pravděpodobně nejtěžší je pro rodiče vyrovnat se s neočekávanou ztrátou zdravého dítěte. Jak píše Kübler-Rossová (1994, s. 52) *„Pokud jde o náhlou ztrátu, na níž se rodina nemohla nijak připravit, potřebují někdy pozůstalí celá dlouhá léta na to, aby se vyrovnali se svým zármutkem.“*

Dalším podstatným faktorem je **věk dítěte**. Někteří autoři se domnívají, že čím starší dítě v době úmrtí bylo a čím více společných zážitků s ním rodiče pojilo, tím je pro ně ztráta náročnější. Dle Gorera (1965, cit. podle Kubíčková, 2001) je smrt dospělého dítěte pravděpodobně nejbolestnější ztrátou a truchlení po ní trvá nejdéle. Kubíčková (2001) uvádí, že reakce na ztrátu dospělého dítěte velmi často přechází do patologických forem truchlení.

Také celkový **počet dětí** v rodině má na průběh truchlení velký vliv. Pro rodiče, kteří přišli o své jediné dítě, je adaptace na ztrátu v jistém smyslu náročnější, neboť

ztrátou jediného dítěte přicházejí i o svou roli, identitu a sociální status rodiče (Talbot, 1996). Dle McLarenové (2007) ale na počtu dětí tolik nezáleží – domnívá se, že každá ztráta se týká jedinečného vztahu, který rodiče k zesnulému dítěti měli. Schiffová (1978, s. 83) navíc doplňuje, že *„jednou z nejobtížnějších rolí rodičů po ztrátě dítěte je být nadále rodiči svým přeživším potomkům.“*

Další významnou roli ve vyrovnávání se se ztrátou dítěte hraje **víra** v posmrtný život. Výzkumy ukazují, že u nevěřících osob se po ztrátě dítěte častěji objevují patologické formy truchlení (Kubíčková, 2001). Nevěřící rodiče vede často úmrtí dítěte k hledání odpovědí na otázky, zda a proč jejich dítě trpělo, co se stalo s jeho duší nebo zda existuje nějaký nadpozemský život. Jejich nalezení k přijetí ztráty výrazně napomáhá – může se jednat například o jev, který si rodič vysvětlí jako „znamení od zesnulého dítěte“ (Kübler-Rossová, 2003).

Ztráta dítěte s sebou však nese také významné **sekundární ztráty**. Špatenková (2011) uvádí ztrátu příslušnosti ke skupinám, do kterých rodiče dříve patřili, jako jsou rodičovské skupiny ve škole nebo neformální skupiny rodičů, kteří se setkávají při vyzvedávání dětí ze školy či jiných volnočasových aktivitách. Schiffová (1978, s. 23) při popisu ztráty svého syna zmiňuje také těžce prožívanou sekundární ztrátu části vlastního „já“: *„Pochovávat vlastní dítě znamená vidět nás samé, naši barvu očí, naše d'olíčky ve tvářích, náš smysl pro humor, jak jsou umíst'ovány pod zem. (...) Když zemře dítě, nermoutíme se ve skutečnosti jen pro ně, ale truchlíme také pro ten kousek nesmrtelnosti nás samotných, který neslo.“*

Významně intenzivněji než ostatní pozůstalí zakoušejí truchlící rodiče **pocity viny** a **výčitky svědomí** – často přemýšlejí nad tím, co mohli udělat jinak nebo jak mohli ztrátě předejít (Kübler-Rossová, 2003). Přesvědčení, že měli být schopni úmrtí předejít a své dítě ochránit u nich obvykle vede ke **ztrátě sebedůvěry** (McLarenová, 2007). Ve vyšší míře zažívají také **pocity bezmoci, marnosti** a **ztráty smyslu** (Schiffová, 1978).

Mnoho rodičů znovu smysl nachází v **pomoci lidem, kteří utrpěli stejnou ztrátu**. Stejně tak i pouhá **účast ve svépomocných organizacích**, kam chodí rodiče po smrti dítěte ventilovat svůj smutek a poslouchat, jak ztrátu potomka zvládají druzí, pro ně může mít nesmírnou hodnotu. Po ztrátě dítěte může mít na člověka velký dopad, když vidí druhé po stejné ztrátě „fungovat“ (Schiffová, 1978), a to tím spíše, byl-li do té doby přesvědčen, že tuto situaci zvládnout nelze.

**Tradice, výročí** a jiné **významné události** je pro rodiče po ztrátě dítěte zpravidla velmi obtížné slavit. Často si představují, kolik by jejich dítěti právě bylo let (McLarenová, 2007) a potýkají se s myšlenkami typu „co by bylo, kdyby mé dítě nadále žilo“. Z toho důvodu je pro ně obvykle těžké vidět kamarády zesnulého dítěte při významných životních událostech, kterých se jejich dítě již nedožilo.

U rodičů po ztrátě dítěte nejsou výjimkou ani **sebevražedné úvahy**. U mnohých z nich se zvyšuje strach o své nejbližší, zatímco strach z vlastní smrti se snižuje. To proto, že ve vlastní smrti spatřují možnost znovu se s dítětem setkat.

Dále mohou být u pozůstalých rodičů častěji pozorovány **reakce značící neukončenost citové vazby** k dítěti – patří mezi ně například imaginární rozhovory, které rodiče se zesnulým dítětem vedou, uchovávání jeho pokoje, jak byl před úmrtím (tzv. mumifikace), ale i další, zdánlivě méně patologické, jako je například podpora výzkumu nemoci, na kterou dítě zesnulo, vybudování památníku pro dítě nebo pomoc jiným umírajícím dětem (McLarenová, 2007).

Jednou z hlavních překážek v návratu do normálního života je **neschopnost radovat se** – pro pozůstalé rodiče je typický pocit, že se nemohou smát, když jim zemřelo dítě. Jak píše Schiffová (1978), je důležité, aby si tito rodiče uvědomili, že smíchem své dítě neopouštějí, stejně jako to neznamena, že by na něj zapomněli. Odborníci tvrdí, že učit se znovu si po smrti dítěte užívat život, je pro zahájení uzdravujícího procesu nezbytné (Schiffová, 1978).

Dle Špatenkové (2006) je zármutek po ztrátě dítěte celoživotním procesem přizpůsobování se nové realitě, v rámci něhož procházejí rodiče vnitřními a vnějšími fázemi – zatímco vnitřní fáze směřují k hledání sebe sama nebo nových rolí, vnější fáze se projevují v opětovném zaměření na okolní svět. Najdou-li pozůstalí rodiče nový smysl života, nastává dle Špatenkové v procesu truchlení bod obratu.

K akceptaci ztráty dítěte však pozůstalí rodiče nemusejí dospět nikdy. Mohou se na ztrátu do jisté míry adaptovat, ale nemusejí (a někdy ani nechtějí) se s ní smířit (Špatenková, 2011). Gorer neschopnost akceptace této ztráty vysvětluje následovně: *„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 božího 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.“*  
(Gorer 1965, cit. podle Kubíčková 2001, s. 81)

Frankl (2006, s. 109) píše, že *„předmět naší lásky, popřípadě našeho zármutku, který byl objektivně ztracen, zůstává subjektivně zachován: zármutek jej zpřítomňuje.“* Právě takto pozůstalí rodiče zármutek mnohdy vnímají: *překonat ztrátu* pro ně znamená *zapomenout*. Jak ale píše Špatenková (2006; 2011), mezi uzdravením se ze ztráty a uchováním vzpomínek je rozdíl – truchlící rodič nemusí svému zesnulému dítěti nutně dávat „sbohem“, chce-li se s jeho ztrátou vyrovnat.

Špaňhelová (2009) uvádí, že v lepším případě (tedy nenastane-li komplikované truchlení), trvá přijetí ztráty zpravidla 1-2 roky – pak většinou dochází k přijetí skutečnosti, kdy jsou pozůstalí schopni vzpomínat na zesulé dítě bez negativních emocí, a zároveň si uvědomit, o co je obohatilo.

### **2.3.7 Genderové rozdíly**

Mezi způsobem truchlení mužů a žen spatřují odborníci výrazné rozdíly. Kubíčková (2001) uvádí, že ženy obvykle navenek působí ztrátou více raněny než muži – jejich truchlení je otevřenější a excesivnější, zatímco u mužů je truchlení často latentní nebo larvované (například do somatických symptomů či projevů agrese).

Jak Kubíčková dále píše, ženy mají výrazně vyšší potřebu o svém zármutku mluvit – muži mají naopak sklony k tomu své emoce spíše potlačovat. To je dáno také tím, že truchlení u mužů stále není příliš sociálně akceptováno – například plačící muži dodnes vzbuzují ve svém okolí rozpaky. Namísto truchlení se od nich většinou očekává, že se postarají o zbytek rodiny. Při ztrátě dítěte není výjimkou ani to, že se okolí otce dotazuje, jak *„vše zvládá manželka“*, ale na jeho vlastní prožitky se nikdo nezeptá (Kubíčková, 2001). Další možný důvod zmiňují Moody a Arcangelová (2011, s. 87): *„Mnoho mužů vypovídá, že jejich zármutek byl stejně intenzivní jako žal žen, ale že se rozhodli nedávat jej najevo, zčásti i proto, že nechtěli zatěžovat manželku dalším, už tak těžkým břemenem.“*

McLarenová (2007) označuje tyto předpokládané genderové rozdíly v truchlení (tj. emoční inhibici u mužů a otevřené projevování zármutku u žen) za stereotypní – dle jejího názoru rozdíly v truchlení překračují genderové hranice.

Podle Kubíčkové (2001) užívají ženy po ztrátě dítěte k utlumení žalu častěji utišující prostředky, stejně jako častěji vyhledávají také odbornou pomoc. Té se muži naopak většinou vyhýbají. Jedním z důvodů může být i fakt, že u žen se v reakci na ztrátu dítěte ve vyšší míře objevují komplikované formy truchlení – konkrétně u nich celý proces zármutku trvá déle než u mužů a častěji se u nich vyskytují psychické problémy.

Moody a Arcangelová (2011) se domnívají, že zármutek u mužů může být opožděný, a to zpravidla více než o rok. Během prvního roku po ztrátě podle nich muži často unikají ke své práci, koníčkům či k jiným rozptýlením – Kubíčková (2001) zmiňuje například alkohol a sexualitu. Poukazuje také na to, že v porovnání se ženami muži ve vyšší míře vyhledávají útěchu v sociálních kontaktech mimo rodinu (Kubíčková, 2001).

Dle Schiffové (1978) zažívají muži po ztrátě dítěte intenzivněji pocity bezmoci, a to zejména proto, že se dosud častěji starají o finanční zabezpečení rodiny. Vědomí, že nebyli schopni zajistit události okolo úmrtí svého dítěte tak pro ně může být velmi obtížné přijmout.

U matek se pocity viny objevují spíše tehdy, pokud dítě zemřelo v důsledku nemoci – v takových případech si matky vyčítají, že nebyly schopny lépe kontrolovat zdravotní stav svého dítěte a tím úmrtí předejít (Schiffová, 1978).

### 2.3.8 Mýty o truchlení

O truchlení ve společnosti dodnes přetrvává řada mýtů. Někteří pozůstalí se kvůli nim cítí nejistí a zmatení v projevech svého zármutku, následkem čehož se raději snaží svůj zármutek potlačit, skrývat nebo zcela ignorovat (Kubíčková, 2001).

**Kollar** (2011, s. 200) zmiňuje tyto tři mýty:

- ***Truchlit by měl člověk o samotě.***

Mnoho lidí dodnes věří, že zármutek je třeba snášet v izolaci (Moody a Arcangel, 2011). Ačkoliv pozůstalí někdy skutečně potřebují truchlit sami, potřebují také podporu od okolí a možnost sdílet svůj žal.

- ***Po ztrátě blízké osoby by měl člověk žít jen v lítosti.***

Častá je také představa, že by pozůstalí měli být po ztrátě zarmoucení. Pokud se u nich objeví také projevy radosti, považují to mnozí za signál, že dotyční neměli zesnulého dostatečně rádi. Ti se pak v této těžké životní situaci navíc starají, aby se druhých nijak nedotkli.

- ***Truchlení trvá krátce.***

Ve skutečnosti neexistuje žádný časový limit, do kdy by měl být proces truchlení ukončen – jeho délka je zcela individuální. Přesto ostatní lidé obvykle očekávají, že by měl truchlící např. do šesti týdnů začít normálně fungovat a nedlouho poté truchlení zcela ukončit. Jak ale píše Špatenková (2006, s. 132) „*Většina pozůstalých potřebuje na zvládnutí toho nejtěžšího období několik měsíců a zpravidla jim trvá nejméně rok, než proces truchlení zvládnou.*“

Špatenková (2006, s. 144) považuje za nejrozšířenější následující mýty:

- ***Pohřeb jen znovu připomíná a oživuje tragédii.***

Účast na pohřbu se naopak jeví jako velmi důležitá pro uzavření zármutku i pro prevenci patologických forem truchlení.

- ***Kondolence je zbytečná, truchlící ji nevnímají.***

Projevení soustrasti je pro pozůstalé vyjádřením opory, kterou po významné ztrátě velmi potřebují. Jak uvádí Špatenková (2006), nejlépe kondolenci přijímají v období krátce kolem pohřbu.

- ***O zesnulém s pozůstalými není vhodné mluvit.***

Většina pozůstalých je za možnost mluvit s druhými o zemřelém vděčná. Neplatí to však vždy, proto je vhodnější jim tuto možnost nabídnout, než se na zesnulého rovnou dotazovat.

- ***Truchlení je nemoc, na kterou je zapotřebí užívat léky.***

Ve skutečnosti pozůstalí zažívají krizi, nikoliv onemocnění, ačkoliv jej truchlení v mnoha ohledech připomíná; truchlení je ale přirozeným způsobem zpracování ztráty (Špatenková, 2011) a není-li to opravdu nutné, nemělo by být léky uměle zastavováno.

### **2.3.9 Přístupy**

Přístupy k truchlení lze rozdělit na postupy určené odborníkům, kteří s pozůstalými pracují, a na doporučení pro samotné pozůstalé.

Odborná pomoc truchlícím donedávna spočívala zejména na zmírňování bolesti ze žalu – až poslední dobou se odborníci kloní spíše k postupům založeným na prožití této bolesti a učení se novým způsobům, jak ji zvládat (Silvermanová, 2007). Tyto „aktivní přístupy“ k zármutku mají pozůstalým pomoci přebudovat svůj život po významné ztrátě (Moody a Arcangelová, 2011). Mezi hlavní z nich patří tzv. **úkolové modely**. Za hlavní z nich můžeme považovat modely Wordena i Lindemanna, které jsme

zmínili v kapitole č. 2.3.2. Mezi další z nich patří model Furmannové (Silvermannová, 2007), Parkese (Kubíčková, 2001) nebo Bakera (Špatenková, 2011). Jednotlivé úkoly, jež tyto modely obsahují, si dovolíme shrnout následovně:

1. **počopení a přijetí reality ztráty**
2. **prožití zármutku**
3. **reintegrace identity pozůstalého** založená na emancipaci od vazeb k zemřelému
4. **přizpůsobení se světu, ve kterém zemřelý schází**
5. **pokračování v životě a v navazování nových vztahů.**

Moody a Arcangelová (2011) hovoří o tzv. **záměrně orientovaném procesu**. Domnívají se, že pro to, aby se pozůstalí se ztrátou blízké osoby vyrovnali, musejí nejprve konstatovat svůj záměr a následně usilovat o jeho dosažení. Tímto záměrem může být překonání ztráty – v případě ztráty dítěte je však cílem zdravého přizpůsobení se ztrátě především udržení života v rovnováze.

Toto pojetí Moodyho a Arcangelové odpovídá všem klasifikacím truchlení, u nichž je vstup do posledního stadia podmíněn vědomým rozhodnutím jedince.

Doporučení samotným truchlícím existuje celá řada. My se nyní pokusíme shrnout ty nejdůležitější, tak jak je popisují DiGiulio a Kranzová (1997), Kübler-Rossová (2003), Moody a Arcangelová (2011), Schiffová (1978), Špaňhelová (2009) a Špatenková (2006; 2008):

- **Zapojit se do příprav pohřbu.**  
Zaměstnat se v prvním týdnu po ztrátě, kdy je šok ze ztráty nejsilnější, zařizováním pohřbu je pro pozůstalé zpravidla „zdravým únikem“ od bolesti.
- **Dbát na své zdraví.**  
Zejména v prvních dnech po ztrátě fungují pozůstalí v jakémsi automatickém režimu a leckdy si až zpětně uvědomí, že třeba dva dny nejedli. Proto je dobré dbát na to, aby pozůstalí pravidelně jedli, pili i spali.
- **Zachovávat normální režim.**  
Jakmile jsou toho pozůstalí schopni, může jim v návratu do normálního života pomoci plnění běžných povinností (zaměstnat se domácími pracemi, pečovat o svůj zevnějšek, atd.). Pokud má



jedinec pocit, že na to zatím nemá sílu, doporučují odborníci si vše rozdělit na malé části, které lze zvládnout.

- **Vyvarovat se riskantního chování.**

Pozůstalí po ztrátě milované osoby často prokazují snížený pud sebezáchovy a snadněji podléhají návykovým látkám – a to i lékům. Ty jim sice mohou pomoci překlenout prvních pár dnů, ale pokud jsou užívány delší dobu, spíše zabraňují přirozenému průběhu truchlení. Překryjí totiž pocity a tím období smutku jen prodlužují. Proto je lepší se jejich dlouhodobého užívání raději vyvarovat.

- **Dovolit si truchlit.**

Odborníci doporučují vymezit si každý den na truchlení zhruba 10 minut a ty strávit „organizovaným truchlením“. Pozůstalí tak mohou na chvíli zůstat sami se svými pocity a vzpomínkami na zesnulého. Jakmile tento čas uplyne, doporučuje se přejít k nějaké aktivní činnosti, při které už pozůstalí nebudou mít čas se ztrátou příliš zaobírat.

- **Dát otevřený průchod svým emocím.**

Pozůstalí by se neměli ohlížet, jak na ně bude reagovat okolí, pokud své emoce projeví. Dovolit si plakat nebo se hněvat, když člověk potřebuje, je pro přijetí ztráty velmi důležité – stejně jako uvědomění, že tyto emoce jsou po ztrátě blízké osoby normální a přirozené.

- **Hovořit o zemřelém.**

Sdílet vzpomínky na zesnulého se svými blízkými a případně je vyzvat, aby o něm také hovořili, má zpravidla velmi ozdravný účinek.

- **Mluvit o svých potížích.**

- **Nechat si od druhých pomoci a umět si o potřebnou pomoc říci.**

- **Dovolit si i pozitivní pocity.**

Pozůstalí často pociťují vinu, když na svůj zármutek zapomenou a něčemu se například zasmějí. Psychologové je naopak povzbuzují, aby se učili znovu se radovat z maličkostí.

- **V případě potřeby se nebát vyhledat odbornou pomoc.**

Po ztrátě dítěte se doporučuje podstoupit psychoterapii.

- **Najít si vlastní způsob vyjádření zármutku.**

Osvědčeným způsobem ventilace zármutku je pro řadu truchlících psaní (např. deníku, dopisů zesnulému či básní). Někdo dává přednost

psaní tužkou, zatímco jiní preferují psaní na počítači – zjišťují, že rytmus, zvuk a dotek kláves jim přináší větší úlevu než psaní rukou. Také četba literatury na dané téma je pozůstalým zpravidla přínosem.

- **Neschovávat se před okolím.**

Izolace zpracování ztráty příliš nepřispívá. Proto se doporučuje vrátit se co nejdříve do zaměstnání i ke svým zájmům.

- **Odpočívat.**

Velmi podstatné je dopřát si odpočinek a postupně si začít užívat radostí života – pečovat o sebe, dojít si ke kadeřníkovi, na masáž, apod. Odborníci radí také dále dbát na svůj sexuální život.

- **Sportovat.**

Někteří autoři se domnívají, že nejvhodnějšími sporty jsou ty, které obsahují míček – pokud s ním truchlící ztotožní zdroj svého stresu, může jim to od žalu výrazně ulevit. Využít při sportu forem zvuku uvolňujícího emoce bývá také přínosnou ventilací.

- **Nemyslet si, že nejhorší žal potrvá věčně, ale zároveň nečekat, že za nějakou přesně danou dobu pomine.**

Pozůstalí (a to zejména rodiče, kteří přišli o dítě) by si měli uvědomit, že žal ze ztráty nelze nikdy úplně vyřešit. Postupem času je zdravé začít smiřovat se skutečností, že život plyne dál. Zatímco jejich blízký odešel, oni jsou stále tady.

- **Odhodlat se ke vstupu do posledního stadia truchlení.**

Důležité je odhodlání a nalezení nového důvodu, proč dál žít.

- **Uchovávat vzpomínky na zesnulého.**

Díky svým vzpomínkám mohou zůstat pozůstalí zesnulému nablízku po celý život. Proto se doporučuje si nadále zesnulého připomínat.

- **Pokusit se v průběhu truchlení vztah k zesnulému změnit.**

Pozůstalí by si časem měli uvědomit, v čem pro ně byl jejich blízký důležitý, rozloučit se s tím, co skutečně ztratili a přijít na to, co si naopak navždy uchovají. Těžké, ale přesto velmi důležité, je dovolit si truchlení ukončit.

- **Vytvoření vlastních rituálů.**

Pro věřící osoby je ozdravným procesem modlitba. Nevěřící ji mohou nahradit meditací nebo vytvořením vlastních rituálů.

- **Postupem času se přestat vyhýbat zvláštním příležitostí.**

Výročí úmrtí je pro pozůstalé často nejtěžším obdobím. Proto odborníci doporučují vytvořit si pro tyto dny nějaké vzpomínkové rituály, kterými by si zesnulého připomněli (např. zajít si na procházku do míst, kam spolu chodívali, napsat zesnulému dopis, navštívit jeho hrob, povídat si s ním nebo na něj společně vzpomínat se svými blízkými). Pozůstalým rodičům může pomoci uskutečnění nějaké akce k uctění památky dítěte. Odborníci ale pozůstalým doporučují dělat vše tak, jak potřebují a do ničeho se nenutit.

- **Udělat něco dobrého pro někoho jiného.**

I pomoc druhým může být pro pozůstalé přínosem, a to tím spíše, jedná-li se o pozůstalé, jež postihl podobný osud. Mohou si tak uvědomit, že nejsou ve svém neštěstí sami. Starost o druhého je navíc může ze zármutku „mobilizovat“.

## 2.4 Vyrovnavání se se ztrátou dítěte

Způsobů, jež člověku napomáhají zvládnout zátěžové životní situace, je celá řada. Mezi hlavní z nich patří tzv. copingové (nebo také zvládací, vyrovnávací) strategie a obranné mechanismy ega. My se nyní zaměříme na oba druhy.

### 2.4.1 Copingové strategie

Pod pojmem způsoby zpracování stresu rozumíme „*takové psychické pochody, které nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo nevědomě při vzniku stresu, tak aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení.*“ (Janke a Erdmannová, 2003, s. 7)

Tyto způsoby zahrnují jak fyziologické adaptační mechanismy, tak psychické procesy, které označujeme jako copingové strategie nebo strategie zvládnání stresu (Janke a Erdmannová, 2003).

**Fyziologickými adaptačními mechanismy** máme na mysli základní reakce na zátěž ve smyslu **útoku, útěku a ochromení** (Baštecká a Goldmann, 2001). Jedná se o vývojově staré mechanismy, které jsou dány lidem i zvířatům (proto se někdy nazývají také „animální“), fungují na bázi instinktů a nastupují okamžitě, aby zajistily přežití (Vodáčková, 2007).

**Copingové strategie** jsou rovněž vzorce chování, které jedinec užívá ve snaze adaptovat se na zátěžové situace (Janke a Erdmannová, 2003) – na rozdíl od fyziologických adaptačních mechanismů jsou však složitější, vlastní pouze lidem, a mohou nastupovat i později.

Dle Baštecké a Goldmanna (2001, s. 168) se copingové mechanismy od fyziologických adaptačních mechanismů odvozují. Uvádějí také, že si je „více či méně uvědomujeme a více či méně je můžeme změnit.“

Janke a Erdmannová (2003) předpokládají, že copingové strategie jsou chápány jako habituální rysy osobnosti, které jsou relativně stabilní v čase – opakují se v delším časovém horizontu a zároveň jako nezávislé na druhu zátěžové situace: každý jedinec má tedy osvědčené určité způsoby, jak na stres reaguje. Domnívají se, že lze rozlišit více na sobě relativně nezávislých způsobů zpracování stresu a že tyto strategie nejsou určovány jinými osobnostními charakteristikami. Robinson a Marwit (2006) jsou naopak toho názoru, že na copingové strategie mohou mít vliv osobnostní charakteristiky (např. neurotismus je může „přehlušit“) i okolnosti stresové situace (ztráty).

Klasifikací copingových strategií existuje celá řada. My nyní zmíníme ty z nich, které mohou být prospěšné jedincům, kteří ztratili dítě.

Lazarus a Folkmanová (1984, cit. podle Baštecká a Goldmann, 2001, s. 168) rozlišili dva základní typy copingu podle cílenosti jednání na **strategie zaměřené na řešení problému** a **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance**. Lazarus se domníval, že strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance nastupují tehdy, usoudí-li jedinec, že ve stresové situaci nemůže jednat jinak (Paulík, 2010). Můžeme tedy říci, že při ztrátě dítěte se jedná zejména o strategie tohoto typu, neboť jedinec již nemá možnost situaci zvrátit.

Vodáčková (2007) rozlišuje copingové strategie podle zdroje pomoci na **pomoc druhých** a **svépomoc**. Jak uvádí Vodáčková (2007), podle Caplana je v první a druhé fázi krize svépomoc jednou ze stěžejních strategií, jak zátěžovou situaci zvládnout. Vzhledem k závažnosti krize při ztrátě dítěte však svépomoc často není pro rodiče dostačující a proto hned v první chvíli vyhledávají pomoc okolí.

Janke a Erdmannová (2003) dělí copingové strategie podle druhu na **akční** (směřující k akci, například vyhledání odborné pomoci) a **intrapsychické** (kognitivní procesy) a podle účinnosti na způsoby **stres zvyšující** a způsoby **stres snižující**.

Ačkoliv určité copingové strategie stres obvykle buď zvyšují, nebo snižují, je třeba brát v potaz, že směr a intenzita jejich působení jsou zpravidla časově omezené – některé strategie tak mohou stres krátkodobě snižovat, ale dlouhodobě zvyšovat (Janke a Erdmannová, 2003) – jako příklad takové strategie můžeme uvést užívání návykových látek.

Dle Vodáčkové (2007) mohou být copingové strategie ve svém výsledku **adaptivní** nebo **maladaptivní** odpovědí na vzniklou situaci, ačkoliv jedinec v danou chvíli dělá zpravidla to, co je v jeho silách. Proto je také těžké určit, co je zdravou a co nezdravou reakcí na ztrátu dítěte.

Jak uvádí Mrkvička (1984, s. 46-47): „*O to běží: zůstat naživu uprostřed trosek, které za sebou neštěstí zanechalo. (...) A zůstat naživu, to je víc než zachovat si život.*“ V kontextu tohoto tvrzení můžeme říci, že jakákoliv strategie, která pomůže člověku „zůstat na živu“, je zdravá. Dle Křivohlavého (2001) je úspěšným vyrovnáním se se zátěžovou životní situací snížení psychické tenze a navrácení se k běžným aktivitám.

Vodáčková (2007) uvádí **inventář adaptivních strategií**, kterých může jedinec při zátěži vědomě využít. Mezi strategie, které se mohou objevit v reakci na ztrátu dítěte, můžeme zařadit následující:

- **kontakt s vlastními pocity a schopnost je vyjádřit**
- **schopnost sdílet prožitky s druhými**
- **orientace v situaci s využitím dostupných prostředků i informací**
- **schopnost využít předchozí zkušenosti**
- **schopnost využít pomoci druhých osob i jejich zkušeností**
- **víra a naděje**
- **nalezení smyslu v utrpení.**

Ze strategií definovaných Jankem a Erdmannovou mohou být po ztrátě dítěte využity tyto:

1. **odmítání viny** (odmítání vlastní odpovědnosti za zátěžovou situaci)
2. **náhradní uspokojení** (jednání zaměřené na kladné city, které nejsou kompatibilní se stresem a vztahují se k sebezpečením vnějšími odměnami)
3. **pozitivní sebeinstrukce** (kladné postoje a myšlenky zvyšující sebedůvěru a apely v dané situaci vydržet).

4. **potřebu sociální opory** (tendence navázat v průběhu stresové situace kontakt s druhými a získat od nich podporu)
5. **únikové tendence** (rezignační tendence vyváznout ze zátěžové situace doprovázená sníženou schopností čelit situaci) – při ztrátě blízké osoby může mít únik například podobu změny bydliště či závislostního chování
6. **perseveraci** (prodloužené přemítání, neschopnost myšlenkově se odpoutat od prožívané zátěže)
7. **rezignaci** (subjektivní pocit nedostatku možností zvládnout zátěžovou situaci doprovázený pocity bezmocnosti a beznaděje, na jejichž základě se jedinec vzdává dalšího snažení o zdoání situace)
8. **sebeobviňování** (sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání).

Wijngaards-de Meij (2008) dělí copingové strategie u ztráty na **strategie zaměřené na ztrátu** a **strategie zaměřené na obnovu** a na výsledcích svého výzkumu demonstruje, že strategie zaměřené na obnovu vedou k lepšímu přizpůsobení na ztrátu než strategie orientované na ztrátu.

DeYoung a Buzziová (2003) zkoumali copingové strategie u rodičů, kteří prožili náhlou ztrátu dítěte, a došli k závěru, že se u nich vyskytují následující copingové strategie:

- zaměřit se na to pozitivní, co zbylo (např. na rodinu, manželství)
- normalizace vlastních emocí
- kontakt s lidmi, kteří prošli stejnou ztrátou
- nalezení smyslu/poselství v neštěstí
- vyhnutí se užívání alkoholu a prostředků tisících bolest
- účast na svépomocných setkáních
- pochopit, že truchlení je individuální záležitost
- zaměstnat se.

Bennett, Hughes a Smith (2005) jako adaptivní strategii při ztrátě blízké osoby uvádějí **mluvení o zesnulém**.

Briggs a Pehrssonová (2008) v souvislosti s terapií zármutku vyzdvihují také přínos **biblioterapie** <sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Biblioterapie je terapeutická metoda, která využívá podpůrné účinky četby.

## 2.4.2 Obranné mechanismy

Pojem obranné mechanismy zavedl Freud pro označení neuvědomovaných obran ega. Sám se však zabýval převážně vytěsněním – zbylé obranné mechanismy popsala až jeho dcera Anna Freudová roku 1936 v knize *Ego a obranné mechanismy* (Baštecká a Goldmann, 2001). Freudová se domnívala, že obranné mechanismy chrání celistvost ega v situacích, kdy je ohroženo sebepojetí jedince, a předcházejí pocitům zahanbení, viny nebo úzkosti (Baštecká a Goldmann, 2001).

Všechny tyto mechanismy probíhají na nevědomé úrovni – k jejich zvědomění může dojít až zpětně. Řada autorů se domnívá, že obranné mechanismy obsahují prvky sebeklamu – tj. že za účelem ochrany ega dochází ke zkreslení dané situace.

Mezi odborníky dodnes panují spory o tom, zda jsou obranné mechanismy zdravé nebo škodlivé. U ztráty dítěte jsou zpravidla zdravé krátce po ztrátě, kdy pozůstalému umožňují adaptovat se na ztrátu a zmírnit tak prvotní šok. Pokud do jisté doby nevymizí, stávají se spíše škodlivými, neboť zabraňují procesu truchlení.

Nelze jednoduše určit, které obranné mechanismy konkrétně uplatňují rodiče po ztrátě dítěte, neboť na to má vliv řada faktorů. Přesto si však dovolueme uvést ty z nich, které bychom v reakci na ztrátu potomka očekávali:

- **popření** – odmítnutí či překroucení zjevné skutečnosti (např. přesvědčení, že se lékaři museli s diagnózou mýlit; u ztráty se objevuje nejčastěji v momentě, kdy se o ní jedinec dozví)
- **intelektualizace** – nepříjemné téma je učiněno předmětem úvahy, čímž je od něj získán emoční odstup (např. zaměření na detaily plánování pohřbu namísto smutku)
- **přemístění** (dislokace, přesunutí) – přesunutí nepříjemných emocí na náhradní (méně ohrožující) objekt, který nemá k vlastní příčině vztah (např. vztek na autoritu jedinec namíří doma na děti)
- **regrese** – návrat k projevům dřívějšího vývojového stadia, které bylo méně stresové (např. starší děti začnou v náročném situaci šišlat)
- **konverze** – přeměna potlačených afektů v tělesné příznaky

## 2.5 Důsledky ztráty dítěte

Smrt blízké osoby je vnímána jako nejvýraznější narušení života (Lalive d'Epinaý et al., 2003). Jak uvádí Špatenková (2011), životní ztráta může z dlouhodobého hlediska vést k růstu a expanzi ve vývoji osobnosti, ale také k deterioraci a vývojovému regresu.

Důsledky ztráty dítěte jsou ještě závažnější a náročnější na zvládnutí. V porovnání s ostatními ztrátami častěji vede k rozvoji komplikovaných forem truchlení, ale může způsobit také rozvoj jiných patologických fenoménů, jako je například posttraumatická stresová porucha nebo deprese. Dle Cohen-Mansfieldové et al. (2012) truchlení po ztrátě dítěte zvyšuje riziko předčasné mortality rodičů.

Existují rodiče, kteří po ztrátě potomka zůstávají v hlubokém zármutku a se ztrátou svou ztrátou se nevyrovnejí nikdy. Ti se často zcela stahují ze společnosti, čímž od sebe odstraňují i zdroj zmírnění bolesti, kterým je společnost jejich blízkých (Schiffová, 1978). Někteří jedinci po ztrátě dítěte zcela mění model života, uchylují se k mladšímu vzezření a mění práci i přátele, zatímco jiní rodiče naopak dříve zavedené modely posilují (Schiffová, 1978).

Ztráta dítěte však nemá dopad pouze na samotného jedince, ale do značné míry ovlivňuje stabilitu celého rodinného systému včetně partnerského vztahu rodičů (Kubíčková, 2001). Obecně lze říci, že *„smrt dítěte může rychle vyústit do existenciální krize, která intenzivně zpochybní základní jistoty, smysl života a mezilidské vztahy.“* (Oliver 1999, cit. dle Firthová 2007, s. 105)

Dopady ztráty dítěte na partnerský vztah mohou být jak negativní, tak pozitivní. Zda dojde následkem ztráty mezi partnery k odcizení nebo naopak k většímu sblížení, velmi záleží na kvalitě jejich vztahu před smrtí dítěte (McLarenová, 2007). Obecně platí, že blízkost manželů výrazně zmírňuje dopady zármutku (Song et al., 2010).

Podle Špaňhelové (2009) a Schiffové (1978) má po ztrátě dítěte vážné problémy 75–90 % párů, a to zejména během prvních měsíců po úmrtí. Moody a Arcangelová (2011) naopak uvádějí, že podle nových výzkumů je výskyt rozvodů u párů postižených ztrátou dítěte nižší, než je celostátní průměr. Také *„Schwabová v přehledu pramenů o rozvodovosti u rodičů po smrti dítěte dochází k závěru, že jen malá část pozůstalých rodičů se rozvádí v důsledku smrti dítěte.“* (McLarenová 2007, s. 112-113)



McLarenová (2007) dále uvádí, že bezprostředně po ztrátě vnímá většina párů svůj vztah jako těsnější a navzájem si poskytují oporu, ale během týdnů se stávají pro druhého méně přístupnými. Opět se sblíží až poté, co začnou respektovat jedinečnost partnerova prožívání. Dle McLarenové (2007) to však může trvat i celé roky.

Schiffová (1978) se domnívá, že většina rodičů není schopna být partnerovi v období zármutku oporou, protože stěží zvládají nést svůj vlastní žal. Namísto truchlícího páru jsou tak spíše dvěma truchlícími osobami. Jejich truchlení je jen málokdy synchronizované, a proto se se svými potřebami ohledně zármutku často míjejí.

Jiní autoři (viz např. Kubíčková, 2001; Moody a Arcangelová, 2011; Schiffová, 1978) uvádějí jako hlavní příčinu partnerských problémů v době truchlení genderové rozdíly – tedy emoční inhibici u mužů a potřebu sdílení u žen (viz kapitola č. 2.3.7). Jak píše Schiffová (1978), v mnohých rodinách panuje nesoulad ohledně toho, zda o smrti dítěte mluvit nebo ne - často jsou to spíše otcové, kdo se těmto rozhovorům vyhýbá. Podle Schiffové se pro otce domov mnohdy stává symbolem ztráty, a proto využívají každou možnost, jak zůstat do pozdních hodin v práci nebo s přáteli v hospodě. Není výjimkou, že se u nich postupem času rozvíjí závislost na práci nebo na alkoholu. To jen zvyšuje odpor ze strany žen, které se zároveň domnívají, že muži dítě zřejmě nemilovali, když netruchlí. Výsledkem může být až odloučení partnerů nebo rozvod (Schiffová, 1978).

Dle Shanfielda (1984, cit. podle Kubíčková, 2001) dopady ztráty souvisí spíše s okolnostmi úmrtí. Uvádí, že pozitivní dopady ztráty, jako je duchovní růst a uvědomění si sounáležitosti se zbytkem rodiny, jsou častější u rodičů, kteří prožili anticipovanou ztrátu dítěte (konkrétně v důsledku onkologického onemocnění). Naopak při náhlé ztrátě dítěte způsobené autonehodou se podle něj častěji vyskytuje intenzivnější zármutek, deprese a pocity viny.

Výjimkou není ani vzájemné obviňování partnerů ze smrti dítěte či chorobný strach o své zbylé blízké. Dle Cameronové (2008) má ztráta dítěte dopad i na pozdější rodičovství. U pozůstalých rodičů se totiž velmi často objevuje až nezdravá míra protektivity pozůstalých blízkých či nově narozených dětí.

Další oblastí, ve které pozůstalí rodiče často pocítují problémy, je sexuální soužití. Důvodem může být, že se jedinec (častěji ženy) v zármutku není schopen zaměřit na potěšení jakéhokoliv druhu nebo si to vyčítá. Další příčinou ale může být také strach z dalšího otěhotnění a další potenciální ztráty (Kubíčková, 2001).

Na druhou stranu je ale truchlení považováno také za nejvyšší katalyzátor růstu (Moody a Arcangelová, 2011). Jak píše Smékal (2005, s. 195): *„Pokud jde o minulost, ta je uzavřená. Co se stalo, nelze vzít zpátky. Avšak pro náš úděl je daleko závažnější vědět, že budoucnost je otevřená a že v naší moci je volba náhledu na minulé a volba postoje k budoucnosti i svoboda volby mezi alternativami jednání, co se budoucnosti týče.“*

Moody a Arcangelová v tomto směru hovoří o tzv. přerodu, který je podle nich nejen přebudováním a obnovením života, ale dokonce jakýmsi „duchovním znovuzrozením“. Domnívají se, že lidé, kteří k němu dospějí, přesáhnou to, čím byli v době úmrtí. *„Jsou silnější, laskavější k sobě i k druhým a víc si cení života. Nabyli moudrosti, soucitu, porozumění a nepodmíněné lásky. Cítí se povzneseni nad svým dřívějším já.“* (Moody a Arcangelová 2011, s. 165)

Obecně se odborníci shodují na tom, že se lidé po ztrátě dítěte často stávají altruističtějšími a citlivějšími vůči potřebám druhých. Někteří z nich také nově nacházejí náplň v pomoci druhým.

Jak praví Rosay ve svém citátu (cit. podle Křivohlavý 1989, s. 23): *„Člověk málokdy cítí, co je štěstí, ale obyčejně ví, co štěstí bylo.“* Po úmrtí dítěte si rodiče zpravidla silně uvědomují kvality, které mělo. Kromě toho ale také více oceňují své žijící blízké. U těchto rodičů (právě proto, že si jsou vědomi hloubky své ztráty) dochází často ke změně hodnotové orientace. Stávají se také citlivějšími vůči tomu, za co mohou být nadále vděční.

Moody a Arcangelová dále uvádějí, že ztráta blízké osoby učí pozůstalé pokoře a umožňuje jim více si uvědomit vlastní smrtelnost a pomíjivost času. Ten se pro ně stává vzácným a tak mnohdy nově více usilují o to, aby ho nepromarnili. Většina pozůstalých si buduje nové priority, mezi které patří touha věnovat více času svým blízkým.

Také se u nich někdy snižuje samotný strach ze smrti. Pokud již dříve věřili v posmrtný život, stává se pro ně smrt možností znovushledání se svým potomkem. Ti z nich, kteří v době ztráty věřící nebyli, se často nově zaobírají hledáním odpovědi na otázky ohledně transcendentna i víry obecně.

## 3. Možnosti intervence

### 3.1 Druhy pomoci

Péče o pozůstalé může mít mnoho podob – od laické pomoci k pomoci odborné. Bezprostředně po úmrtí blízké osoby je pro truchlící důležitá zejména podpora nejbližších, mezi které patří širší rodina, přátelé, sousedi či kolegové v práci. Během prvního týdne po ztrátě od nich pozůstalí potřebují hlavně praktickou pomoc, která je nezbytná k udržení chodu rodiny (McLarenová, 2007).

Samotný rituál pohřbu, účast na něm a jeho přípravě, je také významnou formou pomoci (viz kapitola č. 1.2). Oporu svých blízkých ale pozůstalí potřebují i po pohřbu, kdy na ně zpravidla intenzivně doléhá samota ze ztráty. Obvykle jim stačí pouhá přítomnost blízkých. Ti ani nemusejí nic říkat – stačí, když tam jsou, připraveni naslouchat (Schiffová, 1978).

Není však pravidlem, že jedinec vyhledává pomoc až po ztrátě. Zejména u anticipovaného úmrtí může být přínosem podstoupit odbornou péči již před ztrátou.

Neformální pomoc není vždy dostačující. Zvláště pokud jedinec ztratil dítě, potřebuje často hovořit o bolesti ze ztráty s odborníkem – ať už proto, že ostatní zdroje, jako jsou copingové strategie či pomoc blízkých, selhávají, nebo nejsou dostatečně účinné (Špatenková, 2008). V takovém případě má pozůstalý možnost využít formální pomoci, která sestává z poradenství pro pozůstalé, krizové intervence, psychoterapie (či tzv. terapie pozůstalých), svépomocných setkání nebo medikace. Nyní se na každou z nich zaměříme podrobněji.

#### 3.1.1 Poradenství pro pozůstalé

Poradenství pro pozůstalé je u nás poměrně novým druhem pomoci truchlícím. Je určeno zejména těm, kteří v nedávné době prožili ztrátu blízké osoby a potřebují pomoci se na ni adaptovat (Špatenková, 2008). Jak píše Kubíčková (2001), spíše než samostatnou profesí je poradenství pro pozůstalé specializovaným rozšířením kompetencí u jednotlivých druhů psychosociálního poradenství – poskytují jej psycho-terapeuti, zdravotníci, sociální pracovníci, lékaři, duchovní i zaměstnanci pohřebních služeb. Patří sem ale také laická pomoc poskytovaná dobrovolníky (např. v hospicích), v rámci svépomocných sdružení nebo tzv. laickými poradci – tedy pozůstalými, kteří již vlastní ztrátu zpracovali a rozhodli se pomáhat druhým ve stejné situaci.

**Hlavní principy poradenství pro pozůstalé** zformuloval Worden (1997, cit. podle Špatenková 2008, s. 27; Kubíčková 2001, s. 225-234) následovně:

**1. Pomoci pozůstalým v akceptaci ztráty.**

K přijetí reality ztráty může poradce přispět zejména povzbuzováním pozůstalých k vyprávění o úmrtí.

**2. Pomoci pozůstalým identifikovat jejich pocity a vyjádřit je.**

Podstatné je doptávat se také na negativní pocity.

**3. Pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého.**

Pozůstalým se doporučuje také vyvarovat se jakéhokoliv radikálního a unáhleného rozhodnutí, jako je např. změna bydliště, zaměstnání nebo adopce dětí.

**4. Podporovat pozůstalé v emocionálním odpoutávání od zesnulého.**

Poradce se snaží povzbuzovat je v navazování nových či prohlubování již existujících vztahů. Zároveň je ale odrazuje od rychlé náhrady pozůstalého – v případě ztráty dítěte se nedoporučuje okamžité nahrazení zesnulého dítěte početím nového potomka či adoptí. Odborníci radí počkat s takovým rozhodnutím až po odeznění akutního zármutku.

**5. Poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení.**

**6. Interpretovat „normální“ reakce na ztrátu.**

**7. Respektovat individuální rozdíly v truchlení**

**8. Poskytovat pozůstalým kontinuální podporu.**

Zvláštní význam má poradenství pro pozůstalé zejména v období, kdy podpora sociálního okolí slábne anebo zcela schází.

**9. Prozkoumat obranné mechanismy a copingové strategie pozůstalých.**

Poradce by měl odhalit způsoby zvládnání ztráty u pozůstalých a podpořit adaptivní strategie zvládnání krize.

**10. Identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc.**

Pokud poradce objeví komplikované formy truchlení, doporučuje podstoupit tzv. terapii pozůstalých nebo jinou formu psychoterapie. Na komplikované truchlení usuzuje z přítomnosti rizikových faktorů (viz kap. č. 2.3.5.2) a tzv. záchytných bodů (viz kap. č. 3.1.3).

Z prvních čtyř principů je patrná návaznost na Wordenovy úlohy truchlení.

Jak uvádí Špatenková (2008), klientem poradenství pro pozůstalé může být jedinec, pár i celá rodina nebo skupina (například při skupinovém poradenství).

Poradci pro pozůstalé by měli být „především zkušení zralí lidé, kteří zpracovali svůj strach ze smrti a vybudovali si přiměřené postoje nejen k umírání, smrti a truchlení, ale především k životu vůbec.“ (Kubíčková, 2001, s. 254-255)

Může se jednat o jednorázový kontakt nebo o pravidelné setkávání.

Mezi hlavní formy poradenství pro pozůstalé patří:

- **doprovázení** – pomoc klientovi s problémem, který nemá řešení
- **edukaci** – předání potřebných informací (o procesu truchlení, možnostech intervence, atd.)
- **poradenství** – pomoc založená na hledání řešení  
(Kubíčková, 2001; Špatenková, 2008).

Metod, které poradci využívají, je více. Jak píše Kubíčková (2001, s. 224), je vhodné „využívat např. identifikačních předmětů, fotografií, videonahrávek z pohřbu nebo jiných významných událostí, speciální hudby (hudba z pohřbu, „jeho/její písnička“) nebo analýzy snů pozůstalých.“ Mezi další metody patří psaní (deníku, básní, apod.), kresba, vytváření rituálů, sestavení alba vzpomínek, řízená imaginace, změna struktury hodnot, apod. (Špatenková, 2008).

Mezi hlavní cíle poradenství pro pozůstalé patří:

- pomoci pozůstalým vrátit se na určitou úroveň fungování
- pomoci pozůstalým porozumět tomu, co se s nimi děje
- pomoci pozůstalým naučit se „žít se smrtí“
- ventilace prožitků
- uvědomění si ztráty i jejích dopadů
- umožnění katarze<sup>7</sup>  
(Špatenková 2008).

### 3.1.2 Krizová intervence

Nejvhodnější formou pomoci pozůstalým v akutní fázi zármutku (v případě pozůstalých zpravidla krátce poté, co se o úmrtí blízké osoby dozví) je psychologická první pomoc a krátkodobá krizová intervence – tj. specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Kubíčková, 2001; Špatenková, 2011).

---

<sup>7</sup> Katarze je ozdravný účinek, zbavení se pocitů viny a výčitek svědomí.

Cílem krizové intervence je podpora vlastní schopnosti postiženého si za určité účasti okolí pomoci sám (Bouček, 2001). Pozůstalému je při ní poskytnut prostor pro ventilaci emocí a ze strany interventa se mu dostává podpory, empatie a povzbuzení.

Kromě lékařských služeb první pomoci, psychiatrů a psychologů poskytují krizovou intervenci také telefonické linky důvěry a krizová centra (Bouček, 2001).

V České republice funguje asi 30 linek důvěry, z toho některé jsou v nonstop provozu. Výhodou telefonické krizové intervence je zachování anonymity klienta a okamžitá dostupnost služby.

Do krizového centra mohou klienti v akutní krizi přijít bez předchozího objednání či doporučení. Mohou využít ambulantní formu pomoci nebo krátkodobou hospitalizaci.

### 3.1.3 Psychoterapie

Psychoterapii lze definovat jako „léčebné působení psychologickými prostředky“ (Beran, 2001), které mohou být verbální i neverbální. Vedle individuální psychoterapie existuje také psychoterapie skupinová, na které je přítomno více klientů – přibližně deset.

Narozdíl od krizové intervence nebo poradenství je psychoterapeutický proces dlouhodobý – někdy trvá i déle než rok. Klient dochází na sezení pravidelně, většinou jednou za 14 dní.

Cílem psychoterapie je odstranit či zmírnit psychické obtíže a je-li to možné, tak i ovlivnit jejich příčiny (Beran, 2001).

V současné době existuje celá řada psychoterapeutických směrů – není však cílem této práce je všechny zmapovat. Pro pozůstalé může být vhodná například logoterapie, jejímž cílem je pomoci klientovi nalézt smysl života. Zejména u rodičů po ztráty dítěte je absence smyslu častá. Mezi další psychoterapeutické přístupy, které lze u terapie pozůstalých uplatnit, řadí Kubičková (2001) terapii zaměřenou na klienta (například Rogersovskou psychoterapii), gestaltterapii, kognitivně-behaviorální terapii, hypnózu, arteterapii či muzikoterapii.

Psychoterapeut může využít i metody, které jsme uvedli v kapitole č. 3.1.1 (s. 71).

Psychoterapií, která je určena zejména pozůstalým, je tzv. **terapie pozůstalých**. Jedná se o formu psychoterapie, jejímž cílem je povzbudit pozůstalé k ventilaci zármutku a k překonání fixací a bariér bránícím otevřené exploraci pocitů (Parkes a Prigerson, 2010).

Terapie pozůstalých je doporučována především těm truchlícím, kterým nepomohlo samotné poradenství nebo u kterých jsou přítomny komplikované formy truchlení (Kubíčková, 2001).

Z toho důvodu by měl být poradce schopen zmapovat rizikové faktory truchlení (viz kap. 2.3.5.2). Protože samotná ztráta dítěte je rizikovým faktorem, můžeme předpokládat, že u ní bude psychoterapie (terapie pro pozůstalé) v porovnání s jinými ztrátami zapotřebí častěji.

Vedle rizikových faktorů také poradce určuje, zda se nejedná o komplikované truchlení. K tomu mu mohou pomoci tzv. **záchytné body**, které definoval Worden (1987, cit. podle Kubíčková 2001, s. 163–165) takto:

- neschopnost pozůstalého hovořit o zemřelém, aniž by opět akutně a intenzivně prožíval smutek
- jakákoliv bezvýznamná událost vyvolává silnou emoční odezvu
- v rozhovoru se objevují témata, která souvisejí se ztrátou
- pozůstalý zachovává věci tak, jak je zesnulý zanechal (mumifikace)
- pozůstalý vykazuje stejné symptomy, které se u zemřelého vyskytovaly před smrtí
- pozůstalý radikálně mění životní styl, odvrací se od příbuzných nebo rezignuje na aktivity, které mají vztah k zemřelé osobě
- přetrvávající sklíčenost a silné pocity viny
- falešná euforie
- neuvědomovaná imitace zemřelé osoby
- sebedestruktivní jednání
- fobie ze smrti (tzv. thanatofobie) nebo z nemoci, na kterou blízká osoba zemřela (tzv. nosofobie)
- okolnosti úmrtí nasvědčující komplikovanému truchlení
- vyhýbání se návštěvě hrobu nebo účasti na rituálech a aktivitách, které mají souvislost se smrtí (např. pohřby, zádušní mše)
- nedostatek přiměřené sociální opory ze strany rodiny v období akutního zármutku.

Žádný z těchto záchytných bodů však sám pro diagnostický závěr nestačí – jedná se spíše o varovný signál.

Jelikož terapie pozůstalých vychází z Wordenova úkolového modelu, zjišťuje terapeut, která z úloh truchlení nebyla splněna. Na základě práce s emocemi se poté snaží pomoci truchlícímu projít scházejícími úkoly a uznat konečnost ztráty.

Mezi techniky používané v rámci terapie pozůstalých řadí Kubíčková (2001) například psychodrama nebo tzv. techniku prázdné židle. V psychodramatu pozůstalí přehrávají svůj problém. Mohou hrát sami sebe nebo fiktivní rozhovor se zesnulým či dalšími členy rodiny. Prázdná židle slouží k představě zesnulého, ke kterému pozůstalý v přítomném čase mluví o svých pocitech a myšlenkách.

V rámci terapie v ideálním případě dochází ke změnám v chování pozůstalých, jejich subjektivních prožitků i ke zmírnění symptomů (Kubíčková, 2001)

Psychoterapie slouží také jako prevence patologických jevů. Proto ji může podstoupit kdokoliv – nejen ti, u kterých se vyskytuje komplikované truchlení.

### **3.1.4 Svépomocné skupiny**

Další druh pomoci pozůstalým představují tzv. svépomocné skupiny, které jsou tvořeny klienty se stejnými potížemi. Ti si jsou často schopni až překvapivě dobře pomoci navzájem.

Na setkání je přítomen i odborník, který (na rozdíl od skupinové psychoterapie) do dění ve skupině příliš nezasahuje – spíše ji nepřímo řídí.

U pozůstalých (a obzvláště u těch, kteří ztratili dítě) se tato forma pomoci velice osvědčila. Obvykle totiž zažívají pocity, že jim druzí nemohou plně porozumět, pokud nezažili to samé.

Schiffová (1978, s. xii-xiv) popisuje vlastní zkušenost ztráty syna následovně: *„My jsme tehdy potřebovali slyšet od někoho ‚Zažil jsem stejné utrpení, jaké teď snášíte. Zvládnete to. Mám nějaká doporučení, která by vám mohla pomoci.‘ (...) Rodiče, kteří přišli o dítě potřebují vědět, že jiní rodiče zakoušejí stejné emoce, které oni nyní pociťují a že efektivně zvládají spojit truchlení i život dohromady.“*

Jak píše Špatenková (2008), zjištění, že někdo jiný také prožil stejnou ztrátu a dokázal ji zvládnout, dává pozůstalým naději, že i oni toto těžké období překonají. Podpora od těch, kteří „přesně vědí, co právě prožívají“, je pro pozůstalé velmi cenná. Vzájemná pomoc i podpora od skupiny zároveň pomáhá pozůstalým překonat pocity osamělosti a zoufalství.

Dalším přínosem svépomocných setkání pro pozůstalé je, že se nemusejí obávat, jak na jejich jednání budou druzí reagovat. *„Při takovýchto setkáních se kritizování*



*a potřeba všechno posuzovat a hodnotit přetavují v porozumění, pochopení a soucit.“*  
(Küber-Rossová 2003, s. 47)

Odborníci však doporučují po ztrátě nejprve vyhledat individuální odbornou péči, protože v akutní krizi jsou pozůstalí zahlceni svými vlastními emocemi a nejsou příliš schopni naslouchat jiným lidem v krizi (Špatenková, 2008).

Při ztrátě dítěte se nemusí zapojovat jen rodiče, ale mohou se zúčastnit i pozůstalé děti – pokud jsou dost velké.

### **3.1.5 Medikace**

Další možnou pomocí je užití psychofarmak – nejčastěji se jedná o hypnotika, anxiolytika nebo antidepresiva.

Dříve bylo jejich předepisování zvykem, postupně se však situace mění. Odborníci varují, že psychofarmaka znemožňují proces truchlení, a tak pozůstalý prožití zármutku užíváním léků pouze odsouvá do budoucna.

Jak píše Špatenková (2008), ačkoliv může zármutek v mnohém depresi či jinou nemoc připomínat, je normální a přirozenou reakcí na ztrátu a její dopady – proto je medikace při nekomplikovaném truchlení neadekvátní.

Otázka podávání léků je dodnes sporná, ačkoliv se stále více odborníků kloní k názoru, že pokud se nejedná o komplikovanou formu truchlení, je lépe medikaci nepodávat. Kübler-Rossová (2003) píše, že sedativa je potřeba nahradit účastným nasloucháním.

V případě deprese jsou antidepresiva bezesporu namístě. Je však třeba důkladně prověřit, zda se spíše než o depresi nejedná o komplikovanou formu truchlení.

## **3.2 Organizace v ČR**

V České republice existuje řada organizací, které se zabývají poradenstvím pro pozůstalé. Nyní uvedeme alespoň ty hlavní.

### **Občanské sdružení Dlouhá cesta – [www.dlouhacesta.cz](http://www.dlouhacesta.cz)**

Občanské sdružení Dlouhá cesta je organizací, která se u nás zabývá pomocí pozůstalým rodičům, kteří ztratili dítě (nebo dalším členům rodiny).

Toto občanské sdružení pravidelně pořádá pro pozůstalé svépomocná setkání, rekondiční víkendy a vzpomínkové akce. Zároveň ale zaštiťuje i odborné poradenství,

poradenství pro pozůstalé a laické poradenství. Dnes má již několik poboček po celé republice.

Hlavním typem organizací, které poskytují pomoc umírajícím i jejich rodinám, jsou **hospice**. Ty vznikly za cílem umožnit terminálně nemocným pacientům prožít důstojný zbytek života. Vedle toho, že poskytují paliativní péči terminálně nemocným, se také zaměřují na praktickou pomoc rodinám pacientů a jejich podporu. Rozdělit je můžeme podle typu na:

- **domácí péči** – ta předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí; rodině v péči o terminálně nemocného pomáhají kvalifikovaní odborníci, kteří docházejí do domu umírajícího
- **stacionáře** – jsou součástí hospice; pacienti do nich denně docházejí
- **lůžkovou péči** – ta je určena terminálně nemocným, o které se nemůže starat rodina.

#### **Hospicové občanské sdružení Cesta domů – [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)**

Cesta domů je jedním z nejznámějších českých sdružení působících v oblasti paliativní péče. Cesta domů provozuje v Praze hospic domácího typu (pomáhá tedy rodinám, které doma pečují o své umírající blízké) – poskytuje jim tzv. odlehčovací služby (pomoc s péčí o umírajícího), zapůjčení pomůcek i odborné poradenství.

Další hospice lze vyhledat přes portál **[www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)**, který sdružuje veškeré informace o aktuálním dění v oblasti hospicové péče.

Mezi další organizace, které mohou být pozůstalým rodičům přínosem, patří například tyto<sup>8</sup>:

- **Bílý kruh bezpečí – [www.bkb.cz](http://www.bkb.cz)**  
Pokud pozůstalí prožili násilnou ztrátu, mohou se obrátit na Bílý kruh bezpečí, který nabízí pomoc obětem i svědkům trestných činů, včetně doprovodu k soudu.

---

<sup>8</sup> Tyto informace byly zpracovány pomocí informací z internetových portálů a propagačních materiálů jednotlivých organizací.

- **Nadační fond Klíček a Sdružení Klíček** – [www.klicek.org](http://www.klicek.org)  
 Nadační fond a sdružení Klíček se snaží zlepšovat životní podmínky vážně nemocných dětí i jejich rodin a poskytovat jim podporu. Jejich cílem je vybudovat první dětský hospic v ČR.
- **České sdružení obětí dopravních nehod** – [www.csodn.cz](http://www.csodn.cz)  
 Toto sdružení sestává převážně z pozůstalých, kteří přišli o své blízké při dopravní nehodě. Pozůstalým poskytují psychickou podporu, pomoc při dalším jednání (např. s policií, soudy či pojišťovny), odborné poradenství i svépomocná setkání.
- **Sdružení rodičů onkologicky léčených dětí ONKA**  
[www.onka-sdruzeni.cz](http://www.onka-sdruzeni.cz)  
 ONKA pomáhá zejména rodičům a rodinným příslušníkům onkologicky nemocných dětí. Zaměřuje se také na pomoc těm z nich, kteří své dítě v důsledku onemocnění již ztratili.
- **Občanské sdružení HAIMA CZ** – [www.haima.cz](http://www.haima.cz)  
 HAIMA pomáhá onkologicky nemocným dětem i jejich rodinám.
- **Psychosociální intervenční tým ČR** – [www.pit-cr.info](http://www.pit-cr.info)  
 Jedná se o mezioborové sdružení lidí, kteří pomáhají skupinám při neštěstí.
- **Pohřeb** – [www.pohreb.cz](http://www.pohreb.cz)  
 Na této webové stránce lze najít informace týkající se úmrtí, pohřbu i praktické rady pro pozůstalé.

### **III. EMPIRICKÁ ČÁST**

## 1. Cíle empirického šetření

V teoretické části jsme se pokusili zmapovat problematiku ztráty dítěte a adaptaci na ni.

Cílem empirické části je na základě kvalitativního výzkumného šetření zmapovat podpůrné psychologické aspekty, které napomáhají rodičům v adaptaci na ztrátu dítěte. Zároveň se zaměříme na aspekty, které adaptaci na ztrátu dítěte naopak znesnadňují. Dále se pokusíme popsat potřeby pozůstalých rodičů během procesu truchlení a zjistit, jakým způsobem ztráta dítěte jedince a jeho další život ovlivňuje.

Jednotlivé kazuistiky budou získávány pomocí individuálních hloubkových rozhovorů, které budou následně analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Pro kvalitativní výzkumný design jsme se rozhodli zejména proto, že se jedná o citlivé a osobní téma. Jelikož tato problematika zatím nebyla zkoumána, jeví se nám kvalitativní přístup jako vhodnější také proto, že narozdíl od přístupu kvantitativního spíše mapuje širší souvislosti.

Výsledky této práce by měly vycházet z poznatků zahrnutých v teoretické části. Měly by poskytovat přehled možných podpůrných faktorů a osvědčených strategií, který může být pomocí jak pozůstalým po ztrátě dítěte, tak jejich okolí.

V minulosti byla zkoumána převážně problematika ztráty blízké osoby, zejména ztráty životního partnera. Dnes je již mapována i problematika ztráty dítěte, a to zejména v zahraničí. Není nám však znám žádný český výzkum, který by mapoval podpůrné aspekty napomáhající adaptaci na ztrátu dítěte starší jednoho roku. Proto se domníváme, že by výsledky této práce mohly přispět také odborníkům, kteří s pozůstalými pracují.

## 2. Výzkumné otázky

Na základě poznatků, které jsme uvedli v teoretické části a cílů tohoto výzkumného šetření definujeme následující výzkumné otázky:

### 1. Jaké psychologické aspekty napomáhají v adaptaci na ztrátu dítěte?

#### a) Zda a jak napomáhají pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte podpůrné faktory?

- **sociální opora**
  - rodina
  - partner
  - přátelé
  - svépomocné skupiny
- **vlastní aktivita** (aktivní coping)
- **odborná pomoc**
  - psychosociální intervence
  - medikace
- **informace** – četba odborné literatury
- **náboženské přesvědčení**
- Jaké konkrétní věci jim pomáhají?

#### b) Co jiného pozůstalí v období po ztrátě dítěte potřebují?

### 2. Jaký dopad má ztráta dítěte na život jedince?

#### a) Jak se změnila životní situace jedinců po smrti dítěte?

#### b) Jak se změnil jejich postoj k životu?

#### c) Jak s odstupem času vnímají samotnou ztrátu?

### **3. Použité výzkumné metody**

Pomocí fenomenologického přístupu jsme zkoumali subjektivní zkušenost žen po ztrátě dítěte. Jelikož se jedná o citlivé a osobní téma, zvolili jsme pro tuto kvalitativní mapující studii metodu individuálního hloubkového rozhovoru. Ten jsme následně analyzovali pomocí tzv. interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis – dále jen IPA).

#### **3.1 Individuální hloubkový rozhovor**

Individuální hloubkový rozhovor obsahuje řadu pečlivě formulovaných otázek, na něž respondent odpovídá. Vyznačuje se definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací (Hendl, 2005). Další výhodou individuálního hloubkového rozhovoru je, že umožňuje dotazovanému, aby přinášel jemu vlastní témata (Kocvrlichová, 2006), neboť mu nejsou nabízeny možnosti odpovědí.

Pro účely našeho výzkumu, v němž chceme zachytit subjektivní pohled respondentek na jejich potřeby, podpůrné aspekty i ztěžující faktory v průběhu truchlení, považujeme tuto metodu za nejvhodnější.

S jednotlivými respondentkami jsme byli v e-mailovém či telefonickém kontaktu již před samotným setkáním. Domníváme se, že se nám tak podařilo již předem navodit přátelskou atmosféru.

Během samotného setkání byly respondentkám nejprve poskytnuty informace týkající se průběhu rozhovoru a jeho účelu. Respondentky byly dále seznámeny s tím, jak bude naloženo se sdělenými údaji. Kladli jsme důraz na naprostou anonymitu, stejně jako na dobrovolnost jejich odpovědí a možnost od výzkumného šetření kdykoliv odstoupit. Následně byly respondentky požádány o poskytnutí informovaného souhlasu s účastí na výzkumu (viz příloha č. 2) a s pořízením audio–nahrávky.

Na začátek rozhovoru pak byly zařazeny demografické otázky a otázky vztahující se k úmrtí dítěte. Domnívali jsme se, že lépe porozumíme celému vyprávění, dozvíme-li se potřebné informace ještě před zahájením rozhovoru. Po realizaci prvních třech rozhovorů jsme se však rozhodli umístit tyto otázky až nakonec, neboť se nám to jevilo jako citlivější (jednalo se o otázky na způsob smrti, počet pozůstalých dětí, atp.).

Základní informace potřebné pro orientaci v příběhu byly respondentkami zpravidla uváděny hned v odpovědi na první otázku.

Samotný rozhovor se skládal z úvodní narativní otázky, na kterou navazovaly otázky polostrukturované. Úvodní narativní otázku jsme do rozhovoru zařadili s předpokladem, že nám umožní lépe porozumět tomu, co respondentky považují v příběhu za podstatné, aniž by přitom byly ovlivněny konkrétními otázkami. Již během tohoto vyprávění jsme sledovali zmíněné podpůrné faktory, potřeby respondentek i důsledky ztráty.

Dalšími otevřenými otázkami jsme mapovali, jak respondentky prožívaly celé období po ztrátě dítěte. Požádali jsme je, aby se pokusily celé období po úmrtí dítěte rozdělit na jednotlivé fáze a následně jsme se doptávali na podpůrné aspekty a potřeby v jednotlivých fázích. Vedle podpůrných aspektů jsme se dotazovali také na to, jak respondentky prožívají ztrátu dítěte nyní, a zda je podle nich možné se se ztrátou dítěte vyrovnat. V závěru rozhovoru jsme se ptali na doporučení, která by respondentky daly jiným pozůstalým rodičům. Tím jsme se pokusili zmapovat i takové strategie, které respondentky samy nevyužily, ačkoliv se zpětně domnívají, že by jim mohly pomoci.

Po poslední otázce byla respondentkám poskytnuta možnost doplnit, co nebylo zmíněno, přestože to považují za podstatné.

Kompletní struktura rozhovoru je uvedena v příloze č. 1.

Pro upřesnění a vysvětlení odpovědí jsme často používali následné inquiry<sup>9</sup> (Miovský, 2006) – ověřovali jsme si, zda jsme odpovědím dobře porozuměli a zda respondentky správně rozumí našim otázkám.

Respondentky často otázku zodpověděly ještě předtím, než jsme se na ni stačili zeptat – zejména během odpovědi na první (narativní) otázku. V takových případech jsme otázku přesto uvedli a stručně jsme shrnuli, jak jsme jejich předchozí odpovědi porozuměli. Respondentce jsme pak dali možnost odpověď doplnit.

Netrvali jsme na striktním zachování pořadí otázek. Pokud se respondentky začaly k některé otázce vyjadřovat předtím, než byla uvedena, pro usnadnění jsme související otázku položili rovnou.

Během rozhovoru jsme sledovali také emoční a citové projevy respondentek.

---

<sup>9</sup> Pod pojmem *inquiry* rozumíme dotazování.



## 4. Postup a organizace sběru dat

Empirická část této práce vznikala od října 2012, kdy byl vytvořen scénář rozhovoru a dopis oslovující potenciální respondenty.

Pro zprostředkování kontaktu s respondenty jsme využili organizaci Dlouhá cesta, jejíž zakladatelka na naši žádost e-mailem rozeslala všem členům Dlouhé cesty náš oslovující dopis (viz příloha č. 3). Ten obsahoval informace o zaměření naší diplomové práce i o plánovaném průběhu rozhovoru.

Na tento dopis nám odpovědělo 19 žen, z nichž 13 odpovídalo námi stanoveným kritériím (tj. jednalo se o ženy, které přišly o dítě starší 1 roku a mladší 25 let, a doba, která od úmrtí dítěte uplynula, byla delší než jeden rok). Do oslovujícího dopisu jsme tato kritéria záměrně neuváděli pro případ, že bychom nezískali dostatečný počet respondentů. V takovém případě jsme byli připraveni zvolená kritéria rozšířit. Vzhledem k tomu, že bylo možné poslat oslovující dopis pouze všem členům Dlouhé cesty (nikoliv jen těm, kteří by našim kritériím odpovídali), nechtěli jsme celý proces oslovování respondentů komplikovat tím, že bychom jim v případě nízkého počtu získaných respondentů zasílali druhý dopis se změněnými kritérii.

Tři z těchto 19 žen se nám po úvodní nabídce již neozvaly. Deset respondentek jsme však považovali za dostatečný počet, a proto jsme se zbylým šesti ženám omluvili a vysvětlili jsme jim, proč jsme při jejich oslovování postupovali tímto způsobem.

Realizace sběru dat pro výzkumné šetření probíhala od 13. 11. 2012 do 21. 12. 2012. Všechny rozhovory se odehrávaly v místě bydliště jednotlivých respondentek, která se nacházela v nejrůznějších částech České republiky. Volba místa schůzky byla ponechána na respondentkách. Povzbudili jsme je však k volbě takového místa, kde se budou cítit příjemně a bezpečně. Čtyři rozhovory proběhly v kavárně, další čtyři na pracovišti respondentek a dva v domácím prostředí.

Po vzájemném představení byly respondentky seznámeny s průběhem rozhovoru. Požádali jsme je o možnost rozhovor nahrávat na diktafon a o podpis informovaného souhlasu.

Následoval individuální hloubkový rozhovor, jehož délka se pohybovala od 1 hodiny a 6 minut až po 2 hodiny a 13 minut. Střední hodnotu délky rozhovoru jsme určili na 1 hodinu a 40 minut ( $\bar{x}$  = 1 hod. 41 minut;  $\mu$  = 1 hod. 40 min.).

## 5. Zpracování dat

Vzhledem k nízkému počtu respondentek jsme ustoupili od původního plánu realizovat orientační předvýzkumné šetření.

Výpovědi respondentek, byly zaznamenávány na digitální diktafon a následně doslovně převáděny do písemné podoby.

Kompletní přepisy rozhovorů jsou k diplomové práci přiloženy na CD.

Pro citace výpovědí respondentek v empirické části jsme využili redukce prvního řádu (tj. vynechali jsme některá vycpávková slova). Dbali jsme přitom však na to, aby nedošlo ke změně obsahu sdělení. Při transkripci jsme zaznamenávali také emoční projevy respondentek, zejména pláč a smích.

Dále jsme kladli důraz na zachování anonymity respondentek. Z toho důvodu jsme v textu diplomové práce i v samotném přepisu rozhovorů změnilí jména respondentek, jejich dětí i dalších osob, které respondentky v rozhovoru uvedly. Výjimku tvořila respondentka, která si přála, aby její jméno zůstalo beze změny, v čemž jsme jí vyhověli. Uvedené zeměpisné názvy byly zkráceny na počáteční písmeno názvu, aby ani touto cestou nemohly být respondentky identifikovány.

### 5.1 IPA analýza

Vzhledem k tomu, že cílem této práce je zmapovat a porozumět subjektivním prožitkům a zkušenostem specifické skupiny lidí, rozhodli jsme se pro analýzu získaných dat využít metodu interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Jedná se o kvalitativní přístup, který zjišťuje, jaký význam jedinec přikládá specifické životní zkušenosti, události či stavu (Smith, Flowers a Larkin, 2009; Smith, 2008). Jelikož IPA vychází z fenomenologického přístupu, umožňuje nám porozumět zkoumané problematice nejen na kognitivní, ale i na emocionální úrovni (Harper a Thompson, 2012).

Abychom mohli správně interpretovat získaná data, byly přepisy rozhovorů nejprve pečlivě přečteny a následně kódovány – tj. byly identifikovány témata daných sdělení. Tyto kódy byly dále pomocí metody vytváření trsů seskupovány do jednotlivých témat (Mioviský, 2006). Tam, kde jsme to považovali za podstatné, byla pomocí metody prostého výčtu uvedena četnost výskytu daného jevu (Mioviský, 2006).

## 6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tohoto výzkumného šetření tvoří deset žen, kterým v minulosti zemřelo dítě.

Sledovat pouze ženy nebylo naším původním záměrem, ale žádný muž na náš oslovující dopis nereagoval. Výsledky výzkumného šetření tak budou mapovat pouze prožívání ztráty dítěte ze strany žen. Pro srovnání s mužským úhlem pohledu by byla zapotřebí realizace nového výzkumného šetření, které by ukázalo, zda se zjištěné kategorie nějakým způsobem liší.

Vzhledem ke specifčnosti zkoumané problematiky byla použita nepravděpodobnostní metoda výběru výzkumného souboru – konkrétně jsme využili metodu záměrného výběru přes instituce (jednalo se o svépomocnou organizaci Dlouhá cesta) a metodu samovýběru (Miovský, 2006). Vzhledem k tomu, že jsme neoslovovali respondenty přímo, ale přes zakladatelku dané organizace, byla iniciativa ve věci účasti na výzkumném šetření ponechána zcela na nich samotných (tj. sami nemuseli odpovídat na žádný e-mail). Jejich rozhodnutí zúčastnit se výzkumu bylo tedy plně dobrovolné.

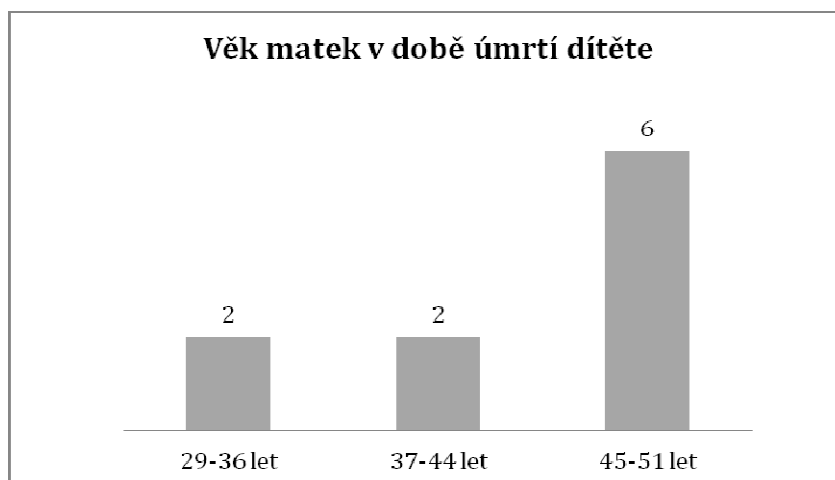
Hlavním kritériem pro výběr respondentů bylo úmrtí dítěte v anamnéze. Zaměřili jsme se pouze na rodiče dětí, kterým byl v době úmrtí alespoň jeden rok a současně ne více než 24 let. Potraty a úmrtí novorozenců jsme do našeho výzkumného šetření nezahrnovali, jelikož se svými dopady od ztráty staršího dítěte liší (McLarenová, 2007). Dále se domníváme, že rodiče mohou jinak (netvrdíme však, že snáze) prožívat i smrt dospělého dítěte, které se již od primární rodiny osamostatnilo a založilo svou vlastní rodinu. Proto jsme se rozhodli stanovit také kritérium horní hranice věku dítěte v době úmrtí, a to na 24 let.

Dalším kritériem byla doba, která od úmrtí dítěte uplynula. Její minimální délku jsme stanovili na jeden rok, neboť první rok po ztrátě dítěte je většinou obdobím akutního zármutku. Chtěli jsme předejít oživení vzpomínek, které by při akutním zármutku mohlo vést až k dekompenzaci stavu respondentek. Protože je ztráta dítěte vnímána jako celoživotní proces (Špatenková, 2006) a zajímal nás celý proces adaptace na ztrátu dítěte (tj. i řadu let po ztrátě), rozhodli jsme se horní hranici této doby nestanovovat.

Dále se zaměříme na vybrané demografické a jiné charakteristiky, které budeme ilustrovat na grafech.

Místa bydliště respondentek se nacházela v nejrůznějších částech České republiky, což přispívá k dobré reprezentativnosti vzorku.

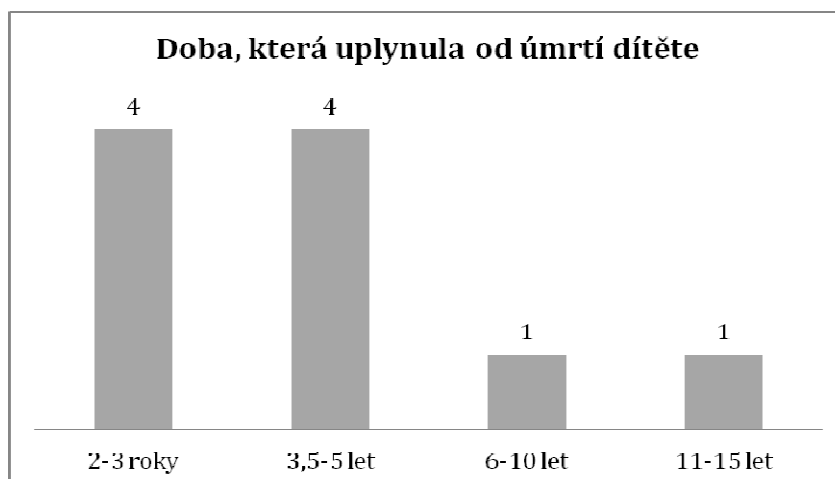
Jejich věk se v době realizace výzkumného šetření pohyboval v rozmezí od 29 do 51 let. Průměrný věk respondentek byl 43 let, medián odpovídal hodnotě 45 let.



**Graf č. 2** Věk respondentek v době ztráty dítěte

Osm respondentek se pravidelně účastnilo akcí Dlouhé cesty (zbylé 2 nebyly na žádné akci). Z nich pět bylo současně laickými poradkyněmi a jedna respondentka byla profesí psychoterapeutka.

Doba, která v době rozhovoru od úmrtí dítěte uplynula, se pohybovala mezi 2 a 15 lety. Průměrná doba byla 5 let, medián odpovídal necelým 4 letem. S většinou respondentek (8) jsme hovořili v rozmezí 2 až 5 let od ztráty.



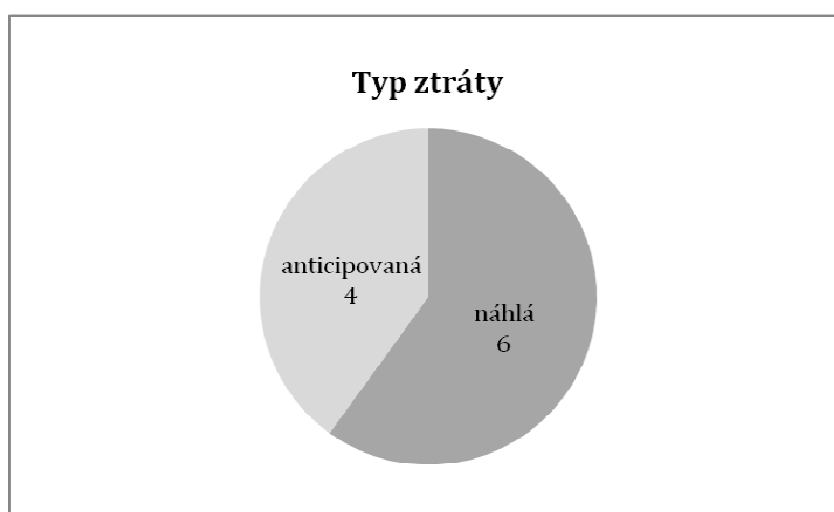
**Graf č. 3** Doba, která od úmrtí dítěte uplynula

Sledovali jsme také způsob, jakým k úmrtí dítěte došlo.

Šest respondentek prožilo náhlou ztrátu dítěte. Ve dvou případech se jednalo o náhlý kolaps a v jednom případě šlo o závažné onemocnění, které se projevilo náhle. Dítě jedné z respondentek spáchalo sebevraždu. Další respondentka přišla o dítě v důsledku nehody. Jednu respondentku připravily o dítě přírodní živly.

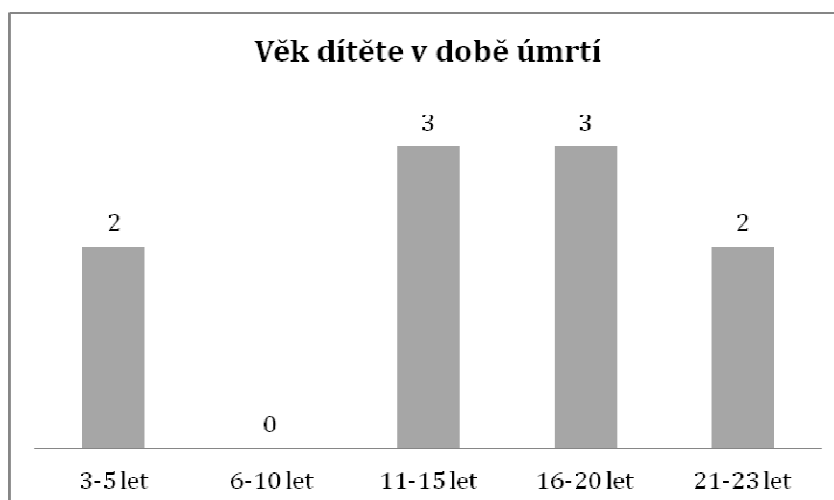
U dalších čtyřech respondentek se jednalo o anticipovanou ztrátu dítěte. Tři respondentky přišly o dítě v důsledku onkologického onemocnění a u jedné respondentky se jednalo o vzácné závažné onemocnění.

Poměr anticipovaných a náhlých (4:6) ztrát tedy tvoří reprezentativní vzorek.



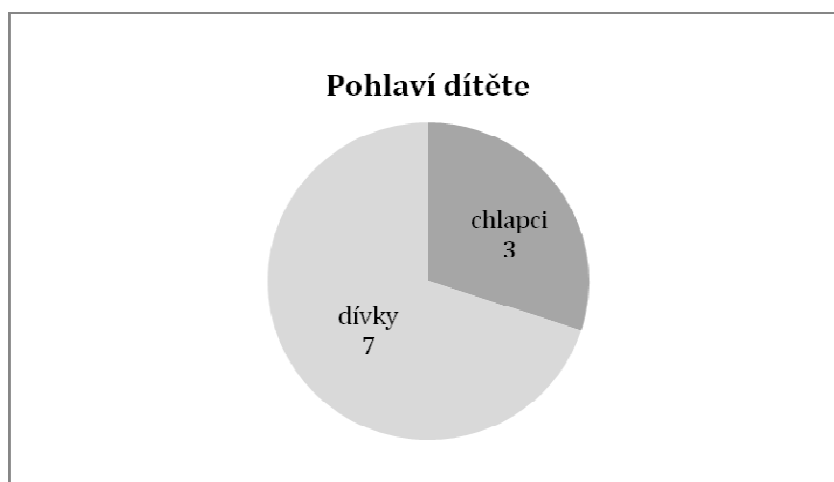
Graf č. 4 Typ ztráty

Věk dítěte v době úmrtí se pohyboval v rozmezí od 3 do 23 let. Šest dětí spadalo do věkového rozmezí od 12 do 18 let. Průměrný věk dětí byl necelých 15 let, medián odpovídal hodnotě 16 let.



Graf č. 5 Věk dítěte v době úmrtí

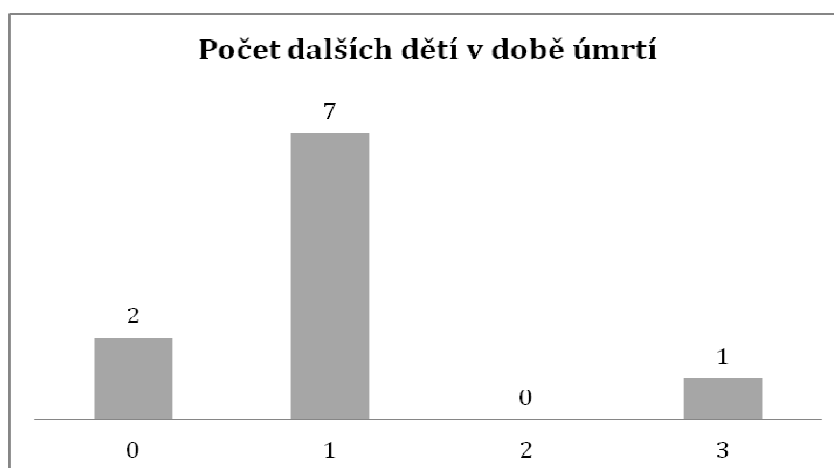
Sedm respondentek přišlo o dceru a tři respondentky o syna.



**Graf č. 6** Pohlaví dítěte

Všechny respondentky zůstaly s partnerem, se kterým byly již v době úmrtí svého dítěte. U osmi z nich se jedná o biologického otce zesnulého dítěte. Další dvě respondentky byly již v době ztráty s biologickým otcem rozvedeny a měly již delší dobu nového partnera, se kterým žijí dosud.

Zjišťovali jsme také počet dalších dětí v rodinách respondentek v době úmrtí. Dvě respondentky přišly o své jediné dítě. Sedm respondentek mělo v době ztráty jedno další dítě a jedna respondentka měla tři další děti.



**Graf č. 7** Počet dalších dětí v době úmrtí

Dvěma respondentkám, které měly v době ztráty jedno další dítě, se později narodilo druhé.

Podrobnou tabulku, která popisuje základní údaje každé respondentky, uvádíme v příloze č. 4.

## 7. Kvalitativní analýza rozhovorů

### 7.1 Výzkumná otázka č. 1

#### Jaké psychologické aspekty napomáhají v adaptaci na ztrátu dítěte?

V rámci této otázky jsme se pokoušeli zjistit, jak napomáhá jedincům po ztrátě dítěte **sociální opora, vlastní aktivita (aktivní coping), odborná pomoc, informace a náboženské přesvědčení**. Doptávali jsme se také na konkrétní **potřeby**, které respondentky v období po ztrátě pociťovaly, i na **aspekty, které jim v adaptaci na ztrátu naopak bránily**.

Přestože se tyto oblasti vzájemně prolínají, uvádíme pro větší přehlednost každou zvlášť.

#### 1. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte sociální opora?

Sociální oporu můžeme označit za jeden z nejvýznamnějších podpůrných aspektů, které respondentky uváděly. Ačkoliv se jednotlivé podporující osoby u každé z nich lišily, všech deset respondentek nějakou takovou osobu uvedlo.

Mezi **přínosy sociální opory** patřilo především **sdílení** (10). Pro respondentky bylo velmi důležité mluvit s někým o ztrátě, vzpomínat na zesnulé dítě a sdílet konkrétní vzpomínky na svého potomka. Spíše než vést s druhými rozhovor bylo pro řadu z nich (5) důležitější „vypovídat se“, mít „nějaké ucho k naslouchání“.

*„Mně fakt stačilo, že mi naslouchali. (směje se) Mně to stačilo, protože já jsem se z toho vypovídala, vyplavila jsem ze sebe ten zármutek tu bolest a ten člověk to teda někdy i unes.“ (Alena)*

*„Pro mě bylo důležité hlavně to sdílení, že jsem mohla zavzpomínat, že jsem měla to ucho, který mě naslouchalo a člověku se udělalo líp.“ (Katka)*

Dále si řada respondentek (7) velmi cenila **praktické pomoci** okolí, a to zejména v období krátce po úmrtí. Konkrétně oceňovaly pomoc s přípravami pohřbu, v domácnosti nebo v zaměstnání. Jako velkou oporu vnímaly již pouhou **nabídku pomoci**.

*„...šéf teda (...) byl mezi prvníma, který došel, jestli budeme něco potřebovat, tak že prostě můžeme se na něj obrátit.“ (Lenka)*

Jako **hlavní představitele sociální opory** respondentek můžeme označit **rodinu, přátele a jedince, kteří rovněž prožili ztrátu dítěte.**

*„... Já jsem vlastně nejvíc u toho cítila, jak silný pouto ta rodina je. Když funguje, samozřejmě.“ (Alena)*

**Z rodinných příslušníků** byli respondentkami jako podporující nejčastěji zmiňováni jejich **partneři**, a to hned v sedmi případech. Čtyři respondentky považovaly jako cenné, že s nimi partner o zesnulém dítěti a jeho smrti mluvil. Další respondentka tento aspekt také uvedla jako podpůrný, ale dostalo se jí ho až později, neboť krátce po ztrátě s ní manžel nebyl schopen o zesnulém dítěti hovořit. Další respondentky oceňovaly partnerovu praktickou pomoc (3) a přítomnost, přestože o ztrátě nemluvil (2). Pro některé z nich (2) byla důležitá také partnerova kontrola, „aby si nic neudělaly“. Jedna respondentka dále oceňovala manželovu péči. Další respondentka byla vděčná, že jí manžel poskytl prostor dělat, co potřebuje a toleroval, že jistou dobu v domácnosti „nefungovala“.

*„A další den třeba zase přišel manžel: ‚Představ si, co se mi dneska stalo.. Táhle jsem jel okolo a vzpomněl jsem si na tohle...‘ A když jsem měla náladu, tak jsme si prostě jako o tom sedli, popovídali.“ (Eliška)*

*„Já jsem strašně moc brečela a on mě prostě jenom držel, ani nic neřikal, ale prostě byl tam.(...) a prostě mě jako když hlídal, jo.“ (Dáša)*

Všech 7 respondentek, které měly v době úmrtí ještě jiné, ne zcela malé **dítě**, jej rovněž uvádělo jako podpůrný aspekt. Některým z nich (4) bylo dítě oporou aktivně – sdílelo s nimi pocity, vzpomínky nebo jim jinak pomáhalo. Dalším pomohla spíše přítomnost pozůstalého dítěte a samotný fakt, že jej mají – tj. že dítě, o které přišly, nebylo jejich jediným.

Jako podporující byli dále u čtyřech respondentek uváděni **sourozenci**, a to **zejména sestry**. Respondentky u nich opět oceňovaly praktickou pomoc, přítomnost, ale také „zabavení“ nebo to, že si při výročí smrti nebo narozeninách zesnulého dítěte vzpomněli a zatelefonovali.

*„Tak sestra vůbec, ta zafungovala úžasně, aktivizovala co mohla, co se dalo.“ (Bára)*

**Rodiče** respondentek nebo jejich partnerů byli jako opora vnímáni pěti respondentkami. Čtyřem z nich se však podpora dostávala pouze od **matky**, u které oceňovaly zejména sdílení (2) a praktickou pomoc v domácnosti nebo s hlídáním dětí.



Tři respondentky zmínily také podporu od **švagrové**, která jim poskytovala praktickou pomoc (2). V jednom případě pak byla respondentce pomocí pouhá přítomnost švagrové i jejího muže.

*„Švagrová bezprostředně potom došla, donesla mi  
to cukroví, já nevím – jídlo – to jsou takové věci, na které  
člověk vůbec ani nepomyslí.“ (Lenka)*

Obecně lze říci, že pomoc rodiny měla podobu sdílení, praktické pomoci (včetně pomoci s přípravou pohřbu) i pouhé přítomnosti.

Dalším významným zdrojem sociální podpory byli respondentkám **přátelé** a **známí** (8). Vedle původních přátel zmiňovaly respondentky také nové přátele, které našly například ve svépomocné skupině nebo díky novým zájmům. Podpora přátel měla stejnou podobu jako ta ze strany rodiny – respondentky u nich oceňovaly možnost sdílení, jejich přítomnost (přijeli je navštívit) i pomoc s praktickými věcmi (přivezli jídlo, koláč, atp.), ale i podporu projevenou tím, že se ozvali nebo poslali kondolenci. Zejména u těch známých, kteří dítě neznali osobně, respondentky (6) spatřovaly výhodu v tom, že nejsou ztrátou tolik zasaženi jako jejich blízké okolí (zejména rodina), a ony tak nemusí brát ohledy na to, aby je svými vzpomínkami na zesnulé dítě nezraňovaly.

*„Takže kdo mi nejvíc pomoh? Já mam pocit, že to byli  
fakt ti cizí lidé, kteří od toho měli takovej ten zdravej odstup.  
(...) protože to nebylo jejich vlastní příbuzenstvo.“ (Alena)*

*„Vim, že vždycky přijeli nějaký známí a přivezli nám jídlo a myjsme ho uložili  
do ledničky. My jsme teda nic nejedli, ale druhej den přijeli další známí a my jsme  
říkali „Hele, my tady máme akorát tohle, nemáte hlad?“ (Bára)*

Výraznou oporou byli respondentkám rovněž **jiní lidé, kteří též ztrátu dítěte prožili**. S nimi se respondentky znaly především ze sdružení Dlouhá cesta (9), ale v případech úmrtí dítěte v důsledku onkologického onemocnění také z období léčby dítěte v nemocnici (2). Jedna respondentka měla takovou osobu ve svém blízkém okolí.

*„Musim říct, že třeba minulý Vánoce jsem musela Martině napsat:  
'Prosim tě, mně je tak strašně blbě o těch Vánocích. Co mám dělat?'  
A ona mi napsala SMSku ‚Prosim tě, neřeš to, to je normální.  
Mně je taky blbě, že ho tady nemam.‘ Jo, a to tak strašně stačí...“ (Dáša)*

Obecně u těchto jedinců respondentky nacházely porozumění, podporu a sounáležitost. Pro většinu respondentek (8) bylo přínosné sdílet s nimi své emoce,

vzpomínky i zkušenosti ohledně toho, co jim v době zármutku pomáhalo. Velmi podpůrné pro ně bylo s jinými rodiči plakat. Jedna respondentka zmiňovala jako povzbuzující také zjištění, že existují rodiče, kteří ztrátu dítěte překonali. Dále respondentky oceňovaly, že jiným rodičům mohly říci ohledně ztráty dítěte i vlastních prožitků cokoliv, aniž by se obávaly, zda to tito unesou. Třem respondentkám rovněž pomáhalo vyslechnout příběhy druhých. Jedna respondentka, jejíž dítě zemřelo z vlastního rozhodnutí, vnímala jako velmi přínosnou realizaci setkání zaměřeného pouze na ztrátu dítěte v důsledku sebevraždy. Kontakt respondentek s jinými pozůstalými rodiči nemusel mít podobu osobního setkání – některým respondentkám (2) pomáhalo pouhé dopisování si s jinými pozůstalými maminkami. Jedna respondentka uvedla jako podpůrný faktor členství v Dlouhé cestě – ačkoliv na žádném setkání pozůstalých rodičů nikdy nebyla, samotné členství jí přinášelo pocit sounáležitosti.

Jako hlavní přínos kontaktů s jinými pozůstalými rodiči můžeme určit **sdílení společné zkušenosti** (8) a z ní vyplývající **vědomí respondentek, že nejsou samy, koho neštěstí ztráty dítěte postihlo** (6).

*„Takže já jsem pak vlastně vlezla na internet a tam vlastně paní doktorka Š. má takový povídání pro ty rodiče, a já jsem si to přečetla a pak jsem právě zavolala i manžela, a by si to šel přečíst a on povídá: „No to je přesně ono, to je to, co my prožíváme...“ Takže člověk získal i takovej ten pocit, že to, co prožívá, je normální.“ (Bára)*

Některým respondentkám (4) byli oporou také **kolegové v práci**. Dvě respondentky oceňovaly nabídku pomoci ze strany kolegů – a to i nabídku zastoupení v práci v momentě, kdy se necítily dobře. Další respondentky zmiňovaly možnost sdílení zármutku s kolegy, podporu, toleranci sníženého výkonu i účast kolegů na pohřbu.

Pro pět respondentek představovali významnou oporu **vrstevníci zesnulého dítěte**. Čtyři z nich popisovaly vděčnost za účast spolužáků dítěte na pohřbu. Jedna respondentka hodnotila pozitivně také návštěvu kamarádů zesnulého dítěte. Další respondentka se s vrstevníky dítěte vídá dodnes a oceňuje u nich otevřenost, spontánnost a podporu.

*„Veliké poděkování patří teda těm klukům, těm spolužákům, kdy vlastně i v těch 18ti letech to znamenalo pro mě strašně moc,*

*když došli a vlastně prostě dokázali překonat prostě ten strach, jo – dospěli se nás báli potkat a tady ti osmnáctiletí kluci prostě přišli a snažili se s náma mluvit a byli tam, takže to bylo pro mě strašně důležité.“ (Lenka)*

Dvě respondentky dále vnímaly po smrti dítěte jako podpurný přístup **lékařů**, kteří jim trpělivě poskytovali informace ohledně příčiny smrti. Jedna respondentka dále oceňovala jednání a snahu policejního **vyšetřovatele**. Další respondentka byla vděčná za laskavý a vstřícný přístup **pohřební služby**.

Ne vždy se však respondentkám sociální opory dostávalo. Jako nejvíce zraňující uváděly vyhybavé chování ze strany okolí. Stresující pro ně byla také nutnost brát ohledy na to, zda jejich vyprávění druzí unesou. Negativně prožívaly rovněž hodnocení vlastního chování druhými a udělování rad, co by měly dělat jinak.

*„Protože jsem měla tu zkušenost, že lidi, který třeba nejsou naši blízký přátelé, se vyhýbaj těmhle tématum – ted' nevědi, jak se mnou – jestli můžou, nemůžou...“ (Bára)*

*„Spíš mam zkušenosti i s osatníma rodičema, že vám (příbuzní) nepomůžou a spíš vám ublíží, protože očekávaj, že se budete chovat jinak. Čekaj, že budete chodit v černym, že budete chodit na hřbitov, a vy zrovna ne...“ (Katka)*

## **2. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte vlastní aktivita (aktivní coping)?**

Vlastní aktivita se také ukázala být významným podpurným aspektem.

Jednotlivé činnosti, které respondentky zmiňovaly jako podpurné, měly řadu podob. My jsme je rozdělili do následujících **sedmi kategorií**:

1. zaměření se na pomoc druhým
2. účast na posmrtných či jiných rituálech
3. strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance
4. aktivní předcházení nežádoucím reakcím okolí
5. ventilace emocí
6. orientace na činnost
7. intrapsychické strategie.

Vedle účasti na aktivitách Dlouhé cesty vnímala řada respondentek (6) jako velmi přínosné podílení se na **pomoci druhým rodičům**, kteří o dítě přišli. Tato pomoc měla řadu forem. Nejvíce z těchto respondentek (4) uvádělo vyškolení

na **laického poradce** a následné působení v této pozici. Tři respondentky se podílely na organizaci svépomocných setkání. Jedna pak organizovala besedy pro odborníky, kteří mohou přijít s rodiči po ztrátě potomka do styku. Dvě respondentky spolu zakládaly organizace na podporu rodičů s terminálně nemocným dítětem či po jeho ztrátě. Dalším respondentkám (2) pomáhalo **dopisování s jinými maminkami**, které dítě čerstvě ztratily. Respondentky uváděly, že řešení problémů druhých jim pomáhalo zapomenout na ty vlastní. Stejně tak pro ně bylo důležité podílet se na změně toho, co se jim samotným po ztrátě od společnosti nedostávalo.

*„...že musím něco udělat, aby v tom ty rodiče nebyli úplně stejně, jak my, kdy jsme nevěděli vůbec na koho se obrátit – prostě byli jsme úplně bezmocní.“ (Lenka)*

Jako další oblast aktivit, které respondentkám pomáhaly, můžeme označit **rituály**. Z pěti respondentek, které u dítěte nebyly přítomné v době úmrtí, čtyři vyvinuly snahu **spatřit tělo mrtvého dítěte**. Třem z nich to bylo umožněno a všechny z nich za to byly svým způsobem vděčné, neboť tak získaly příležitost se se zesnulým dítětem ještě naposledy rozloučit. Dále respondentky (3) uváděly jako napomáhající **přípravu pohřbu**, jež je v prvním týdnu největšího šoku „zaměstnala“ a ony tak neměly tolik času na ztrátu myslet. Dvě z nich hodnotily pozitivně také **vytváření parte**.

*„Já jsem třeba nesnesla, aby Karolína měla černý parte, to pro mě bylo nepředstavitelný, takže jsem jí parte udělala sama a hrozně mi to pomohlo.“ (Eliška)*

Samotného **pohřbu** se účastnily všechny respondentky a osm z nich za to bylo rádo. Jakkoliv pro ně byl pohřeb náročný, vnímaly jej jako důležitý rituál rozloučení. Jedné respondentce pomohlo vložit do hrobu dítěte dopis na rozloučenou a hračky.

Dvě respondentky dále uvedly jako podpůrné „**chození na hrob**“. Jedné z nich pomáhalo udržovat na hřbitově plamínek a denně chodit dolévat do lampy olej, zatímco druhá se svou rodinou vozila na hrob zesnulého dítěte kamínky z míst, které navštívili. Jedna respondentka měla několik let urnu dítěte doma a poté ji s manželem uložili do hrobu, který dítěti vytvořili na oblíbeném místě.

*„No a co mi pomáhalo taky bylo to, že – já jsem v tom okýnku měla plamínek, takovou tu olejovou svíčku, jak se tam dolejí olej. A já jsem tam chodívala každé den dolívat ten plamínek a měla jsem pocit, že nesmí zhasnout. A stála jsem tam a plakala jsem a plakala“ (Alena)*

*„A vždycky, když jsme takhle někde na vejletě, tak Anežka vybere nějaký kamínek, a já na to doma napíšu lihovkou, odkud to je – třeba Orlík. A vždycky, když jdeme na hrob, tak jí tam ty kamínky přineseme (pláče) a dáme to okolo toho hrobečku – je to strašně hezký.“ (Eliška)*

Mezi rituály uváděné jednotlivými respondentkami můžeme zařadit „**duchovní rituály**“ (rituál vyprovázení duše či rituál propuštění), „odprošování“ zesnulého dítěte, každovečerní chvilkový rituál založený na intenzivním vzpomínání na zesulé dítě nebo pořádání každoročního memoriálu za účelem na uctění jeho památky.

*„...že mi i radila udělat si takovou jako minutku večer – probírat se těma fotkama, vzpomínat na ni nebo se i zlobit na některý ty věci. To mi tenkrát hrozně pomohlo.“ (Bára)*

Další skupinu copingových strategií můžeme dle Lazara a Folkmanové (1982, cit. podle Baštecká a Goldmann, 2001) nazvat jako **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance**. Mezi ně řadíme **změnu prostředí**, která může být trvalého i dočasného rázu. Jedna respondentka se ihned po smrti dítěte odstěhovala ke svému partnerovi, zatímco dalším respondentkám (4) pomohlo opustit domácí prostředí jen na určitou dobu. Ve dvou případech se jednalo o odjezd na dovolenou. Další respondentka pozitivně hodnotila 3 měsíce strávené v odborné péči a s tím spjatou možností nebýt doma, kde to na ni „padalo“. Jedna respondentka odjela s rodinou pryč o Vánocích, které si doma nedokázala představit.

*„My jsme vlastně v ten den, kdy zemřela, změnili místo bydlení a já jsem vlastně už tam jenom docházela balit věci a začli jsme bydlet u něho.“ (Dáša)*

Podstatné pro ně bylo i „**vypořádání se s věcmi zesnulého dítěte**“ – ať už formou úklidu nebo darováním potřebným. Pro jednu respondentku bylo důležité „každou věc zvlášť držet v ruce“, než ji dala pryč. Jedna respondentka rovněž uváděla jako podpůrnou změnu pokoje zesnulého dítěte. Jiné respondentce pomohlo sundat fotky všech dětí a pověsit si místo nich fotky, které měli doma s manželem ještě předtím, než se jim děti narodily. Pro další z nich bylo naopak důležité nějakým způsobem doma zesulé dítě „zvěčnit“ – ty si naopak jeho fotky na zeď věšely nebo mu doma vytvářely „vzpomínkový koutek“.

*„...takže jsme udělali to, že jsme vzali třeba lyže s přilbou, s brýlemi, které měl nově a dali do dětského domova a různé oblečení jsme porozdávali známým“ (Lenka)*

Dvě respondentky našly novou radost v **plánování dalšího miminka**. Jiné dvě respondentky si pořídily nového **psa**.

Jako další strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance můžeme zařadit vykonávání těch činností, které respondentkám pomáhají (2). **Věnovat se sama sobě**, pečovat o sebe a dělat si radost, byť třeba jen maličkostmi. Jedna respondentka se zároveň snažila takové činnosti, které by jí pomáhaly, aktivně vyhledávat.

Dvě respondentky velmi pozitivně hodnotily rozhodnutí **předejít nepříjemným reakcím okolí**, které o úmrtí dítěte nevědělo (u obou z nich se jednalo o náhlý způsob ztráty). Všechny **známé** tedy o ztrátě **hned informovaly**. Jedna z nich dále svému okolí oznámila, jak by potřebovala, aby se k ní chovali.

Významnou aktivní strategií byla pro respondentky (9) rovněž **ventilace emocí**. Většině z nich (6) přinášelo úlevu **vyplakat se**. Jedné respondentce k tomu pomáhala představa „studnice slz, které musí vyplakat“. Dvě respondentky uvedly také **ventilaci vzteku**. Další formou ventilace emocí bylo „**vypsání se**“ v dopise jiné mamince, které zemřelo dítě, či samotnému zesnulému dítěti. Jedné respondentce pomohlo sepsání celého příběhu své ztráty a jeho následná prezentace na odborné konferenci.

*„Takže mě hodně pomohlo, když to na mě přišlo, tak se z toho vyplakat a neschovávat to.“ (Alena)*

*„...když jsem došla domů, tak jsem sedla k počítači a vypsala se – prostě napsala jsem mail paní Hráské a cítila jsem, že se mi strašně ulevilo.“ (Lenka)*

Všem deseti respondentkám pomáhalo nějakým způsobem **se zaměstnat**. Na činnosti obecně oceňovaly zejména to, že jim umožnila nemyslet na ztrátu celý den v kuse. Tři z nich kladně hodnotily možnost **nebýt doma**, kde to „na ně padá“. Pět respondentek vnímalo pozitivně **návrat do práce**. Čtyři se začaly nově věnovat **studiu**. Mezi další aktivity respondentek (5) patřily **vycházky** do přírody a jiné výlety (5). Dvěma respondentkám pomáhalo vypravit se do míst, která zesnulé dítě mělo rádo či tam, kde spolu v minulosti byly. Jedné respondentce přinesla úlevu také návštěva místa, kde její dítě zemřelo.

*„Takže opravdu jsme poctivě navštívili každý to místo, každý to místo jsme obřečeli, že jo, ale opravdu to pomohlo, protože na tom místě jsme měli potom zase nové zážitky a člověk to má spojený zase s něčím úplně novým...“ (Eliška)*

*„...takže jsme chodili místy, kde to měl rád, kde prostě jsme ho cítili nějak blíž.“ (Lenka)*

Pět respondentek vyhledávalo **četbu** poutavých knih, které jim dovolily na chvíli uniknout z reality. Dalším respondentkám (2) pomáhalo vykonávat nějakou **manuální činnost** (např. sekat trávu, vyrábět korálky, atp.).

*„Já tím, jak jsem pracovala opravdu hodně intenzivně, tak jsem vlastně neměla čas nad tím přemýšlet. Já jsem třeba pak přijela domu a probřečela jsem celou noc, ale ta práce mi hodně pomohla. A fakt si myslím, že manuální práce je skvělá na tyhle traumatické záležitosti.“ (Alena)*

Respondentky se dále zaměstnávaly svými předchozími zálibami nebo hledaly nové. Řada z nich oceňovala **sport** (5), a to konkrétně tanec, jógu a cvičení. Dvěma respondentkám pomáhalo **sledování filmů či seriálů**, dalším dvěma **focení**. Mezi další záliby, z nichž žádná nebyla společná více respondentkám, patřila meditace, výroba šperků, hra na kytaru i myslivectví. Jedné respondentce rovněž pomáhala **relaxace ve vodě** (nechat se vodou nadnášet a „rozpustit v ní tříhu“).

*„Takže my jsme třeba – manžel hrál hry na počítači, aby se nějakým způsobem zabavil a já jsem si třeba šila korálky, šila jsem šperky a koukala jsem mezitím na Přátelé – ono je to komedie, že jo, je toho devět sérií – mně to vydrželo půl roku (smějeme se), ale prostě člověk nad tím nemusel přemýšlet...“ (Eliška)*

Dvě respondentky oceňovaly pevně daný **program a režim** – jedna z nich jej dodržovala při pobytu v ozdravném zařízení, zatímco druhá si jej tvořila sama (každý den do detailu plánovala průběh dalšího dne).

Některé respondentky (2) si naopak dopřávaly **odpočinek a volno od práce**. Pro respondentku, která o nemocné dítě dlouhodobě pečovala, bylo náhle velkou úlevou „o nikoho se nestarat“.

*„myslím, že mi pomohlo hlavně to, že jsem tam chodila na procházky, že jsem měla ten režim, byla jsem pryč z baráku a že jsem si jakoby odpočala od manžela v tu chvíli.“ (Petra)*

*„Jenomže já jsem potřebovala fakt si jako fyzicky odpočinout.“ (Renata)*

Poslední oblast aktivních způsobů zvládnání můžeme označit jako **intrapsychické strategie** (Janke a Erdmannová, 2003), tedy kognitivní procesy. Radíme je mezi aktivní coping, neboť ze strany respondentek vyžadovaly určité psychické úsilí. Sedm respondentek považovalo za velmi přínosné učinit **rozhodnutí „jít dál“**, pokoušet se ukončit truchlení a zaměřit se na to pozitivní, co mají. Šest z nich si v určitém momentě uvědomilo, že chtějí život po ztrátě dítěte „prožít, ne přežít“. Také ve vztahu k zesnulému

dítěti respondentky usilovaly o „**přepřerování zármutku na láskyplné vzpomínky**“. Některé respondentky uváděly jako podpůrný také **smích**, a to i při vzpomínání na zesnulé dítě. Jedna respondentka rovněž pozitivně hodnotila moment, kdy si uvědomila, že lítost nad ztrátou dítěte má většinou podobu sebelítosti, kterou si následně zakázala. Jiné respondentce pomáhalo vybavit si slova, která jí kdysi řekla její maminka: „*Některé věci nelze ovlivnit, ale lze ovlivnit to, jak je člověk přijme.*“

*„A myslím si, že to bylo až po tom měsíci, kdy jsem se rozhodla, že budu dělat všechno pro to, abych ... abych se s tím naučila žít.“ (Eliška)*

Intrapsychické strategie některých respondentek (4) dále sestávaly ze **snížení nároků na sebe sama** (jako příklad můžeme uvést uvědomění, že to „nemusí zvládnout“, že „nemusí truchlit podle představ druhých“ nebo že „nemusí být statečná“). Respondentce, která měla obavy, že pláčem „zadržuje duši dítěte“, pomohlo uvědomění, že pláčem naopak vyjadřuje, jak měla dítě ráda. Další respondentka uváděla jako přínosné **oprostit se od toho, co si o ní myslí druzí**.

Další intrapsychické strategie, jež respondentky vnímaly jako podpůrné, spočívaly naopak v **kladení nároků na sebe sama** („nelitovat se příliš“, „neutápět se v žalu“, „nemyslet na to, co by bylo, kdyby...“, „nevzdávat se“ nebo „truchlit jen na nezbytně nutnou dobu“).

Specifickou oblast intrapsychických podpůrných strategií jsme pozorovali zejména u těch respondentek, jejichž dítě zemřelo po dlouhé nemoci. Tyto respondentky (3) nalézaly útěchu ve **vědomí, že s dítětem strávily maximum svého času**, udělaly pro něj vše, co bylo v jejich silách a byly s ním v momentě úmrtí (2). Také **připomenutí všeho, co dítě během léčby zvládlo** a vytrpělo, bylo jedné respondentce povzbuzením k tomu, aby utrpení zármutku vydržela.

*„Takže to byl pro mě i takovej bod, že to, co ona všechno zvládla za ty dva roky (...) a vždycky prostě s úsměvem, vždycky to bylo „Mami... Prosim tě, usměj se na mě! Bud' veselá...“ Takže to mi pomáhalo, že ona prožila tady to, tak já to taky zvládnou, ten život.“ (Katka)*

*„A v tý chvíli jako, jak vlastně umřela, tak jsem pocítila takovej hroznej klid. Protože jsem jako když věděla, že jsem udělala všechno, co jsem mohla...“ (Dáša)*

U respondentek, které ztrátu dítěte neočekávaly, můžeme do této kategorie zařadit **vědomí, že pokud by dítě přežilo, bylo by do konce života upoutáno na lůžko** (3). Tyto respondentky také vnímaly **smrt dítěte jako jeho „vysvobození“**.



Respondentka, jejíž dítě spáchalo sebevraždu, prožívala jako napomáhající **uvědomění, že nebyla špatnou matkou.**

*„...jsem si to strašně moc přála, aby za jakýchkoliv podmínek prostě žila dál.*

*Což bylo hrozně sobecký. Když se to pak stalo, jsem si uvědomila, že ona by vlastně už nikdy nebyla taková jako dřív a že by se asi utrápila.“ (Alena)*

### **3. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte odborná pomoc?**

Z různých druhů odborné pomoci respondentky kladně hodnotily zejména vyhledání služeb **psychologa** či **psychoterapeuta** (6). Tři z těchto respondentek oceňovaly především pomoc **psycholožky, která sama dítě ztratila**. Jedné respondentce velmi pomohl **dopis, který jí psycholožka napsala**, protože se k němu mohla kdykoli vrátet. Respondentky na pomoci psychologa oceňovaly zejména možnost sdílení svých emocí a vzpomínek, aniž by musely zvažovat, co vše mohou říci. Jedna respondentka pomoc psycholožky vyhledala hlavně kvůli tomu, aby měla odbornou vnější kontrolu, zda situaci zvládá bez léků.

*„...takže mi napsala velice krásný dopis, který mám dodneška schovaný,*

*a dá se říct, že z něj čerpám do teďka, když je mi těžko, tak ho vytáhnu.“ (Lenka)*

Dalšími zmiňovanými formami pomoci byly: pobyt na psychosomatické klinice, krizová intervence, medikace (antidepresiva) a holotropní dýchání.

### **4. Napomáhají pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte informace?**

Obecně můžeme říci, že informace byly pro respondentky významným přínosem, neboť každá respondentka mezi podpůrnými faktory nějakou informaci uvedla.

Nejvíce zastoupeným zdrojem informací byla **odborná a duchovní literatura** (7). Četba odborné literatury respondentkám umožňovala lépe porozumět tomu, co v danou chvíli zakoušejí. Duchovní literatura jim pomáhala v hledání odpovědí na otázky, proč se to stalo právě jim a co se děje s duší člověka po smrti.

Pro dalších pět respondentek byly výrazně napomáhající **informace, které normalizovaly jejich pocity**. Respondentka, jejíž dítě spáchalo sebevraždu si velmi cenila ujištění, že ze světa dobrovolně odcházejí i děti dobrých rodičů a neznamená to tedy, že v roli matky selhala.

*„Už jenom to utvrzení, že vlastně jsem slyšela, že to, co prožívám i to,*

*co dělám je normální, že opravdu neblázním, že je to zcela normální reakce.“ (Lenka)*

Dále respondentkám (3) pomáhaly veškeré **rady a doporučení, „co dělat“** (zejména tzv. desatero pro pozůstalé), které čerpaly zejména z webových stránek Dlouhé cesty. Zde jim byly rovněž dostupné i tzv. **láskyplné vzpomínky** jiných rodičů, které souvisely se zjištěním, **že nejsou ve své ztrátě samy**. Dvě respondentky dále od své psycholožky oceňovaly **upozornění, co může po ztrátě dítěte nastat**, a doporučení, **jak tomu mohou předejít**.

*Takže já jsem pak vlastně vlezla na internet a tam vlastně paní doktorka Š. má takový povídání pro ty rodiče, a já jsem si to přečetla a pak jsem právě zavolala i manžela, a by si to šel přečíst a on povídá: „No to je přesně ono, to je to, co my prožíváme...“ Takže člověk získal i takovej ten pocit, že to, co prožívá, je normální. (Bára)*

*„Mně stačí, když se na tu Dlouhou cestu – oni tam maj ty „láskyplný vzpomínky“, mně to v jistým smyslu pomáhalo, že v tom nejsem sama. Vidět to. Ono je to strašný teda, jo. Ale prostě vidět to, že nejsme ani první, bohužel, ani poslední lidi, kterejm umřelo dítě.“ (Eliška)*

Jedna respondentka dále zmínila užitečné rady paní z pohřební služby týkající se organizace pohřbu. Od lékařů další respondentka vítala přetrvávající přísun informací ohledně výzkumu onemocnění, na něž její dítě zemřelo.

*„Ten pan doktor, tak on vlastně nás informuje o tom, co je ve světě, jestli se ve světě objevil podobnej případ – protože kdyby se ve světě objevil podobnej případ a oni na něm něco zjistěj, tak oni jsou schopný nám otestovat Anežku, že jo.“ (Eliška)*

## **5. Napomáhá pozůstalým v adaptaci na ztrátu dítěte náboženské přesvědčení?**

Duchovní oblast se ukázala být jedním z nejvýznamnějších podpůrných aspektů, přestože víru v Boha jako podpůrnou uvedla pouze jedna respondentka.

Významným podpůrným faktorem se jevila být **víra nenáboženského charakteru**. Většina respondentek (7) nalézala útěchu ve **víře v posmrtný život** a v naději, **že se se zesnulým dítětem jednou znovu shledají**. Pro řadu z nich (6) byla oporou i víra, **že smrt dítěte byla dílem osudu**, jež nemohly ovlivnit.

*„...tahleta jakoby víra mi to všechno asi pomáhala nějak ustát, no.“ (Hana)*

*„Mně třeba taky hodně pomáhá možná ta víra v to, že je něco mezi nebem a zemí – ať je to cokoliv. Já nevím, jak to je, nicméně ta víra je hrozně důležitá. Třeba jen věřit, že se znovu setkají nebo že tam někde je, nebo – já nevím.“ (Alena)*

*„A žít teda v té naději, že se jednou snad spolu zase sejdeme.“ (Lenka)*

Pět respondentek vnímalo kolem smrti dítěte zvláštní duchovní znamení. Se dvěma z nich se například dítě při posledním setkání neobvyklým způsobem loučilo, což později obě přijaly jako dar rozloučení. Další dvě respondentky zakoušely zvláštní pocity v momentě smrti dítěte (ačkoliv u ní nebyly), zatímco další dvě popisovaly spirituální zážitek po úmrtí dítěte, kdy vnímaly určité **znamení, že jejich dítě stále „někde existuje“ a je „tam“ v pořádku.** Tato znamení byla respondentkám (4) výraznou oporou a napomohla jim k víře v posmrtný život či osud. V jednom případě bylo toto znamení i zlomovým okamžikem v celém procesu truchlení.

*„...tak prostě mně byl dán ten dar, že jsem se s ní mohla rozloučit, a jestli ona to cítila, tak že se se mnou loučila – třeba v tom autě, tak že mi to bylo dáno jako dar – a já to tak vnímám.“ (Bára)*

*„...že nějakou formou je pořád se mnou, že mi dává nějaký znamení – to vnímám čím dál tím víc a to mi hodně pomáhá.“ (Petra)*

Za významný podpůrný faktor tedy (spíše než konkrétní náboženská přesvědčení) můžeme označit víru nenáboženského charakteru – zejména víru v posmrtný život a v určité transcendentní jsoouco.

## **6. Co konkrétně pomáhá jedincům po ztrátě dítěte?**

Další podpůrné aspekty, které nelze zařadit do předchozích kategorií (tj. sociální opora, vlastní aktivita, odborná pomoc, informace a náboženské přesvědčení), jsme rozdělili do následujících 4 kategorií:

1. pozitivní události po ztrátě dítěte
2. být se zesnulým dítětem „v kontaktu“
3. kontakt se zvířaty
4. časový odstup a nadhled.

Mezi **pozitivní události po ztrátě dítěte** můžeme zařadit otěhotnění a **narození nového potomka** (2) nebo **zažehnání sekundárních krizí**, které po ztrátě dítěte nastaly (3) – jako příklad můžeme uvést ubezpečení, že druhé dítě závažnou chorobu nemá, oznámení, že respondentka může mít další dítě nebo uzdravení nemocného dítěte.

*„Ta myšlenka na to miminko, to mi taky pomohlo, že jsme se s manželem shodli, že bysme ho chtěli... Takže tahle naděje na další život, to mi taky pomohlo... (Bára)*

U některých respondentek se jevílo jako velmi podpůrné **„být se zesnulým dítětem v kontaktu“**. K tomu třem respondentkám napomáhaly **sny o zesnulém dítěti**. Jedna respondentka uvedla jako nápomocnou **představu, že ji její zesulé dítě odněkud pozoruje**, která jí pomáhala žít tak, aby na ni dítě „mohlo být hrdé“. Zařadit sem můžeme také plyšové zvíře, jež měla respondentka dostat od zesnulého dítěte k Vánocům, a s nímž pravidelně usínala. Dále respondentky (3) vnímaly jako podpůrné **nahlas se zesnulým dítětem hovořit**.

*„A v té chvíli jako, jak vlastně umřela, tak jsem pocítila takovej hroznej klid.*

*Protože jsem jako když věděla, že jsem udělala všechno, co jsem mohla...“ (Dáša)*

*„Jako je to ptákovina, ale – na Vánoce mi chtěl dát takového plyšáka – myšáka, já nevím, půl metru má, a s tím usínám prostě každý den a tisknu ho k sobě, takže to mi tak nějak dodává, že ho tak nějak držím a že ho tam mám.“ (Lenka)*

Tři respondentky oceňovaly **kontakt se zvířaty**. Dvěma z nich pomáhali jejich **psi**. Jedna respondentka rovněž uvedla jako podpůrný kontakt s **koňmi**.

*„A co mně hrozně moc pomáhalo – a manželovi teda nejvíc,*

*byl právě pes, jo, kterého Jakub měl.“ (Lenka)*

Dále respondentky (3) uváděly jako podpůrný **nadhled**. Jedné z nich k němu přispívalo vidět druhé lidi, které postihlo ještě větší neštěstí, zatímco jiná respondentka získávala nadhled vnitřním dialogem s Bohem. Čtyři respondentky dále uváděly jako nápomocný samotný **časový odstup** od ztráty.

## **7. Co jiného pozůstali v období po ztrátě dítěte potřebují?**

Hlavní skupinu potřeb, jež respondentky uváděly, byla **potřeba sociální opory**. Nejčastěji zmiňovaly (5) potřebu **přirozených reakcí ze strany okolí** – tj. aby se druzí chovali jako před ztrátou. Respondentky (6) těžce nesly, když se jim druzí vyhýbali nebo když v rozhovoru s nimi od tématu ztráty odbíhali. Namísto hodnocení chování ze strany druhých oceňovaly **empatický přístup** a přijetí. Velmi důležité pro ně bylo také vzájemné **sdílení**. Řadě z nich stačilo, aby jim druzí naslouchali a poskytli jim prostor pro ventilaci emocí. Potřebovaly **nemyslet na to, co druzí unesou**. Dále si přály, aby okolí více tolerovalo jejich způsob truchlení a neradili jim, co mají dělat jinak. Konkrétně od okolí potřebovaly povzbudit a ocenit. Přály si také, aby se druzí ptali, zda o ztrátě chtějí či nechtějí mluvit.

*„A třeba jsem ráda, když se mě na to někdo zeptá. Nebo mám chuť to někomu sdělit, říct, nebo něco...“ (Katka)*

*„Já bych potřebovala, kdyby se mnou ty lidi mluvili přímo – kdybych já ze začátku nemusela korigovat, co jim můžu říct a co ne a myslet ještě na ně.“ (Jarka)*

Respondentka, jejíž dítě spáchalo sebevraždu, vnímala silnou potřebu setkat se s rodiči, kteří přišli o potomka stejným způsobem. Zároveň zmiňovala také potřebu pochopení, že se to může stát každému.

Některé respondentky těžce prožívaly nedostatek pomoci od okolí. Oceňovaly by zejména **praktickou pomoc** blízkých v domácnosti a s péčí o malé děti.

Mezi dalšími žádoucími reakcemi okolí respondentky uváděly, aby se lidé kolem nadále smáli a neprojevovali pouze lítost.

Další potřeby se vztahovaly k partnerům (5). **Od partnerů**, kteří (narozdíl od nich) netruchlili, potřebovaly respondentky **větší otevřenost a sdílnost**. Jiné respondentky (2) naopak těžce nesly, když je partner zahlcovat vzpomínkami na dítě ve chvíli, kdy na to samy neměly sílu.

*„Protože on vlastně tím, jak se s tím nedokázal vypořádat, tak já jsem vlastně s ním chtěla o tom mluvit a on sice ležel, on naslouchal, ale nic neříkal. Nic. Asi neměl sílu. Já nevím.“ (Alena)*

*„Takže třeba přišel domů a ukazoval mi zas fotky: „podívej...“ a zase jako brečel a já jsem to v tu chvíli prostě nechtěla. Jo, že zrovna když já jsem byla trošičku na vrcholu, tak zase přijde on a zase mě stáhne jakoby s tím dolu, jo.“ (Petra)*

Pro polovinu respondentek bylo po určitou dobu podpurné naopak **stažení okolí a poskytnutí prostoru pro truchlení**. Přály si mít klid, být samy, odpočívat a věnovat se pouze samy sobě. Jedna respondentka uvedla také potřebu seberealizace.

*„...že bych spíš potřebovala v tu chvíli se nějak ponořit prostě do sebe a být jakoby sama se sebou...“ (Hana)*

Respondentky zmiňovaly také **potřebu posunu v procesu truchlení**, jako například „posunout se“, „jít dál“ nebo zesnulé dítě „pustit“.

*„...najednou jsem měla takovej silnej pocit, jako že ten syn tady přišel na ten svět přese mě a že přese mě musí taky odejít, že jakoby ho musím nějak pustit.“ (Hana)*

Jedna respondentka potřebovala dostat od zesnulého dítě po úmrtí „znamení, že je v pořádku“.

*„A já pak vlastně když se to stalo, tak jsem se dívala, jestli něco nevidím. (směje se) No neviděla jsem nic...“ (Alena)*

Další jmenovanou potřebou bylo **zaměstnat se** (3).

Sedm respondentek uvádělo **potřebu pomoci od nezávislé osoby**, z čehož šest zmiňovalo zejména **pomoc odborníka**.

*„...to jsem cítila strašnou úlevu, že jsem mohla někomu konečně mohla říct všechno – druhému nezávislému člověku, jo.“ (Lenka)*

*„Ono kolikrát i cizímu člověku řeknete mnohem víc než tomu blízkému, kterýho zraňujete v tom okamžiku a kdo se s tím taky snaží nějak vyrovnat.“ (Bára)*

Mezi ojedinělé potřeby můžeme zařadit potřebu rozloučit se výrobou parte, navštěvovat hřbitov, změnit pokoj dítěte. Dále respondentky jmenovaly potřebu citlivější reakce ze strany policie či potřebu slyšet od lékařů, že druhé dítě je v pořádku.

Lze tedy říci, že potřeby, které respondentky uváděly, se týkaly zejména sociální opory. Většinou souvisely s absencí sociální opory nebo s její nevhodnou formou. Významná byla však také potřeba pomoci od nezávislého člověka, nejčastěji odborníka.

## **7.2 Výzkumná otázka č. 2**

### **Jaký dopad má ztráta dítěte na život jedince?**

V další výzkumné otázce jsme sledovali, jak ztráta dítěte ovlivňuje jedince a jeho další život. Zaměřili jsme se na jednotlivé změny, které u osob, jež prožily ztrátu dítěte, nastávají. Konkrétně jsme se pak dotazovali, zda se u pozůstalých matek nějakým způsobem změnil postoj k životu a jak s odstupem času vnímají samotnou ztrátu.

Nyní se na každou z těchto otázek zaměříme zvlášť.

#### **1. Jak se změnila životní situace respondentek po smrti dítěte?**

Změny, které respondentky po ztrátě zakoušely, můžeme rozdělit na:

1. změny životního stylu
2. změny zdravotního stavu
3. změny v rodinném systému
4. změny vztahů s okolím.

Mezi **změnami životního stylu** respondentky uváděly **zklidnění životního tempa**. Řada z nich (4) se od ztráty méně věnovala domácím pracím a místo toho trávila **více času s rodinou**. Dvěma respondentkám začal s udržováním chodu domácnosti pomáhat i manžel.

*„Začali jsme s manželem úplně jinak fungovat, já jsem přestala nakupovat, protože mě to nebavilo a nebylo to pro mě důležitý a lidi ve velkých centrech a obchodech... Prostě jsem to nesnášela. Takže náš styl domácnosti se obrátil, že začal o domácnost pečovat manžel.“ (Katka)*

*„...prostě se dívám na celé žití úplně jinak – že vím, že spíš dávám přednost tomu, abych byla s tou rodinou jinde, než trávit čas jen uklízením, žehlením a podobně.“ (Lenka)*

Většina respondentek (8) se po smrti dítěte začala nově zabývat **pomocí druhým lidem** – z toho sedm pomáhalo dalším rodičům, kteří ztratili potomka či samotným umírajícím dětem. Devátá respondentka těmto rodičům pomáhala již před ztrátou, a po určité pauze se k tomu opět vrátila.

**Změny zdravotního stavu**, které se u respondentek objevovaly, byly somatického i psychického charakteru. Vedle psychických potíží spjatých se zármutkem popisovaly respondentky (4) problémy s **nespavostí**. Tři respondentky dále zmiňovaly výrazné **somatické potíže**. U jedné respondentky se objevily příznaky podobné těm, na které zemřelo její dítě. Další respondentka dlouhou dobu po úmrtí dítěte pociťovala velmi silnou únavu a dodnes hůře zpracovává stres.

*„Jako ta únava je pořád, zvláště když toho mám víc. Hůř snáším psychickou zátěž a špatně zpracovávám stres.“ (Renata)*

**Změny postihující rodinný systém** můžeme označit jako pozitivní i negativní. Mezi ty **pozitivní** můžeme zařadit zejména **upevnění vztahu s manželem** (5). Pět respondentek dále uvádělo **sblížení s pozůstalým dítětem**. Z nich tři vnímaly změnu u samotného dítěte, které se stalo sdílnějším, otevřenějším a více se snažilo rodičům pomoci. Dvě respondentky dále uvedly **zlepšení vztahů v širší rodině**.

*„Dříve se styděl dát mi pusu nebo cokoliv, tak toto bylo už automatické a kdykoliv šel ven, „Mami, já jdu ven“, objal mě a dal mi pusu na rozloučení a bylo to prostě úplně jiné v tu chvíli, kdy se to stalo.“ (Lenka)*

**Negativní** dopady ztráty pociťovaly čtyři respondentky **v partnerském vztahu**, který se po smrti dítěte ocitl v **krizi**. Všem těmto párům se ji ale podařilo překonat. Tři respondentky zmiňovaly **ztrátu sexuální apetence** v období truchlení, která vztah

do jisté míry také ovlivnila. U šesti respondentek ztráta rovněž ovlivňovala jejich přístup k pozůstalým dětem, o které měly náhle velký strach, což vedlo z jejich strany k **hyperprotektivnímu chování** (2). Jedna respondentka dále zmiňovala porovnávání pozůstalého dítěte s tím zesnulým, kterého se s partnerem automaticky dopouštěli. Další respondentka popisovala jako náročné, že se úmrtím dítěte z rodiny vytratila i role, kterou zastávalo, a ona, která s ním v rodině tvořila jistou „koalici“, byla náhle „převálcována“ zbylými členy rodiny.

*„Nechtěli jsme ji nikam pouštět a doktorka vždycky říkala: „Nemůžete jí držet ve zlatý kleci, vždyť to je dítě.“ Jo, že jsme měli o ní obrovské strach, jo...“ (Alena)*

Respondentka, která měla v době úmrtí dítěte další dvě malé děti nezvládala provoz domácnosti a péči o děti, což rodinný systém opět narušilo.

**Změny vztahů s okolím** popisovaly všechny respondentky. Jednalo se zejména o **ztrátu některých přátel**, kteří se jim po ztrátě dítěte již neozvali. Čtyři respondentky uvedly, že již nedokážou probírat s druhými „malichernosti“. Další respondentky vnímaly tento postoj naopak ze strany okolí, které s nimi již nesdílelo vše, jako tomu dříve bylo. Jedna respondentka se tak v pracovním kolektivu náhle dostala mimo centrum dění, ve kterém dosud byla.

*„A většinou si rozumím buď s těmi, co jsou pozůstalými anebo s holkama, který maj vážně nemocný děti, jo. Ale jinak v normálním světě nenacházím zatím komunikační vlnu s někým, kdo by tohleto chápal a neprošel si žádnou zkušeností.“ (Dáša)*

*„Takže on se tím asi člověk tak trochu vyčlení – pak už se to jakoby vrátilo, ale oni už to ty lidi asi vnímali sami – jestli se mnou mají řešit tyhle věci, když já řeším tohle...“ (Jarka)*

Zároveň respondentky uváděly, že se po ztrátě staly **citlivějšími a vnímavějšími vůči druhým lidem**. Ke svému okolí přistupovaly s větší otevřeností a méně šetrily láskyplnými slovy.

*„Prostě když mám ráda některý lidi, tak jim to všechno řeknu – víc otevřeně s nima mluvím, protože tady vidíte: prostě ze dne na den. A nevíte, jestli toho člověka nevidíte naposled. Člověk si tohle začne plně uvědomovat a tak se i stavět k životu.“ (Eliška)*



## 2. Jak se u respondentek po ztrátě dítěte změnil postoj k životu?

Postoj k životu se u většiny respondentek změnil výrazným způsobem.

Osm respondentek po ztrátě dítěte našlo **smysl v pomoci druhým** rodičům, kterou vnímaly i jako určité poslání.

U pěti respondentek nově nabyl život **duchovního rozměru**.

Sedm respondentek uvedlo, že jim ztráta dítěte napomohla ke **změně hodnot**.

*„...Víte, lidi kupují auta a šetří peníze a zvelebují byty a nutí děti, aby si uklízely ponožky a hádají se kvůli neumytému nádobí, a tak. Člověk strašně přehodnotí tyhle věci, když se něco takového stane.“ (Alena)*

*„Člověk prostě... Vychutnávám si každou dobrou maličkost, i to blbý kafe si dokážu vychutnat mnohem líp než před tím.. Když je prostě nějaká párty nebo něco, tak se směju dvakrát tolik, protože si to hodlám prostě užít. Když dneska tancuju, tancuju s o hodně větší chutí, než jsem tancovala před tím (...)  
člověk se snaží ten život, když už mu tolik vzal, tak se ho snaží obrát o ještě víc, aby prostě, aby žil. Já bych řekla, že asi tenhle názor sdílí i můj manžel a takhle se teďka stavíme k životu, no. Snažíme se ho co nejvíc vyždímat, dokud to jde. (směje se) (Eliška)*

Jedna respondentka ztrátu označila přímo jako „osvícení“. U zbylých třech respondentek se jednalo spíše o jisté prohloubení hodnot již dříve nabytých. Konkrétně tyto respondentky získaly určitý životní **nadhled** (5) a více si vážily toho, co mají. Méně lpěly na plánech do budoucna a nově usilovaly o to, aby prožily smysluplný život. Uváděly také potřebu „žít naplno“ nebo „nepromarnit svěřený čas“. Některé z nich se nově více radovaly z maličností a z přítomného okamžiku. Jedna respondentka uváděla svůj postoj „užívat si života, co to jde, když už člověka o tolik obral“. Snažily se také udělat si čas na věci, na které jej nikdy dříve neměly.

## 3. Jak respondentky s odstupem času vnímají samotnou ztrátu?

Jakkoliv je pro respondentky ztráta stále těžká, většina z nich v ní našla **duchovní přesah** a svým způsobem i **smysl** v novém obratu k pomoci druhým.

*„Já jsem v tom našla smysl. Určitě mi to pomáhá v tom životě, tím, že můžu vlatně pomáhat druhým, tak mě to naplňuje a prostě dostala jsem takový jiný smysl života.“ (Katka)*

Osm respondentek zmínilo přesvědčení, že ztráta dítěte byla jejich **osud**. Tři z nich v rozhovoru uvedly, že čas strávený s dítětem vnímají jako dar a zaujímají

**postoj vděčnosti** za to, co s ním prožily. Dvě respondentky dokonce hovořily o jisté „vděčnosti“ za zkušenost ztráty dítěte.

*„...Ale chci říct, jako že mě to, i když ty to je taková hrozná zkušenost, tak mě to obohatilo.“ (Alena)*

*„Samotnou ztrátu.... No, vnímám ji jinak. Vysvětlila jsem si to tak, že z nějakých důvodů se to muselo stát, nevím proč se to stalo, ale možná že to má nějaký širší důvody. (...) Nevím, prostě jsem si to už postupem času takhle vysvětlila jako že nic není náhoda, že se to prostě stalo, protože se to mělo stát. Asi.“ (Katka)*

*„No, dneska to prožívám tak, že jsem to prostě uchopila za ten konec, že... Já jsem prostě šťastná, že byl. Jako že už tolik nepřemejšlim nad tím, co už nebude, že třeba nikdy neuvidim jeho manželku, jeho děti, jo... (...) Že jsem jakoby vděčná za každý den, kdy tady byl, no. Taková vděčnost...“ (Hana)*

Na otázku, zda se cítí být se ztrátou vyrovnány, odpověděly čtyři respondentky kladně. Zbýlých šest respondentek uvedlo shodnou odpověď, a to, že „se ztrátou dítěte se nelze vyrovnat, ale lze se s ní naučit žít“.

### 7.3 Shrnutí analýzy rozhovorů

Cílem tohoto výzkumného šetření bylo zmapovat psychologické aspekty, které napomáhají jedincům v adaptaci na ztrátu dítěte, a zjistit, jaký dopad má tato ztráta na život jedince.

Odpovědi respondentek na první výzkumnou otázku, mapující **podpůrné aspekty**, se místy lišily. Z toho můžeme usuzovat, že mimo podpůrných faktorů mohou sehrávat významnou roli také další faktory, jako jsou osobnostní charakteristiky, životní okolnosti jednotlivých respondentek, typ ztráty a řada dalších.

Přesto však můžeme jako **podpůrné faktory** označit **sociální oporu, vlastní aktivitu, odbornou pomoc, informace, víru** a další **konkrétní skutečnosti**.

Nyní stručně shrneme výsledky u každé z těchto skupin podpůrných faktorů.

**Sociální opora** byla respondentkami označována za významný podpůrný faktor.

Hlavními zmiňovanými přínosy sociální opory bylo **sdílení** emocí a vzpomínek na zesnulé dítě, **praktická pomoc** druhých nebo **jejich pouhá přítomnost**.

Pro respondentky bylo dále důležité, aby okolí reagovalo na jejich potřeby. Protože se ale tyto potřeby u jednotlivých respondentek často lišily (část respondentek oceňovala možnost sdílení, zatímco jiná část preferovala raději klid a samotu), jeví se jako „ideální reakce“ okolí ověření potřeb respondentek a následná reakce na ně.

Hlavními představiteli sociální opory byla **rodina** (včetně **partnerů**), **přátelé** a **jedinci, kteří ztrátu dítěte sami prodělali**. V rámci všech těchto skupin respondentky častěji uváděly jako podpůrné **ženy**.

Protože blízké okolí bylo ztrátou zpravidla zasaženo také, byla respondentkami velmi oceňována **pomoc nezávislých osob**. Mezi ně patřili především právě jiní pozůstalí po ztrátě dítěte, ale také přátelé či kolegové v práci.

Zjistili jsme však také absenci sociální opory nebo její nevhodné formy (vyhýbavé chování, hodnocení vlastního chování ze strany druhých nebo nutnost brát ohledy na to, zda okolí jejich vyprávění unese) které snášely respondentky těžce.

spousta lidí, když nás potkali, tak spíš přecházeli na druhou stranu, protože vůbec nevěděli, co nám můžou říct. (Lenka)

**Vlastní aktivita** byla v adaptaci na ztrátu dítěte dalším významným podporujícím aspektem. Nejčastěji užívané strategie jsme rozdělili na pomoc druhým, rituály, strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance, aktivní předcházení nežádoucím reakcím okolí, ventilaci emocí, orientaci na činnost a intrapsychické strategie.

**Pomoc druhým** byla u respondentek zaměřena zejména na další rodiče, kteří ztratili dítě. V této aktivitě nalézaly respondentky naději, že jejich neštěstí má nějaký smysl, a zároveň jim umožňovala na chvíli zapomenout na svou vlastní ztrátu.

Vedle účasti na pohřbu a jeho přípravě se v adaptaci na ztrátu jeví jako významné spatření mrtvého těla. Spíše než jiné posmrtné rituály se jeví být podstatné vlastní, převážně vzpomínkové **rituály**.

Mezi **strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance** patřila péče o sebe samotnou, vypořádání se s věcmi, které po dítěti zbyly, nové radosti (narození nového miminka, pořízení psa) i změna prostředí.

**Aktivní předcházení nežádoucím reakcím** ze strany okolí bylo častěji využíváno respondentkami po náhlé ztrátě. Respondentky předem okolí o úmrtí potomka informovaly nebo druhým sdělily, jaké zacházení by od nich potřebovaly.

Další významnou aktivní strategií byla **ventilace emocí**. Některé respondentky plakaly nebo se vztekaly, zatímco jiným pomáhalo své pocity „vypsat“ na papír.

**Orientací na činnost** jsme pojmenovali strategii respondentek založenou na „zaměstnání se“ nějakou aktivitou. Nejčastěji zmiňovanými činnostmi byla práce, manuální činnost, studium, vycházky, sport, četba, sledování filmů i focení. V akutní fázi zármutku pomáhal respondentkám režim nebo vytvoření plánů na další den.

Významnými se však jeví být také **intrapsychické strategie**, jako například pozitivní sebeinstrukce, rozhodnutí ukončit truchlení, apod.

V rámci **odborné pomoci** respondentky označovaly za podpůrný zejména kontakt s psychologem či psychoterapeutem. Nemuselo se však jednat o přímý kontakt – významným se ukázal být i dopis od psycholožky. Velmi pozitivně hodnocená byla respondentkami pomoc psycholožky, která sama dítě ztratila.

Podpůrné **informace** čerpaly respondentky z odborné i duchovní literatury nebo z internetových stránek Dlouhé cesty. Pomocí jim byly rady a doporučení, ale i informace demonstrující fakt, že nejsou samy, komu zemřelo dítě. Významnou podporu představovaly také informace, jež normalizovaly prožívání respondentek.

Dalším z významných podpůrných faktorů se ukázala být **víra** v posmrtný život, která měla spíše nenáboženský charakter. Dávala respondentkám naději, že se jednou se zesnulým dítětem znovu shledají. Většina respondentek rovněž věřila, že smrt jejich dítěte byla dílem osudu.

**Další podpůrné aspekty**, které do předchozích kategorií nespádaly, jsme rozdělili na pozitivní události po ztrátě dítěte, „být se zesnulým dítětem v kontaktu“, časový odstup i nadhled a kontakt se zvířaty.

Mezi **pozitivní události po ztrátě dítěte** jsme zařadili narození nového potomka a zažehnání sekundárních krizí (např. ubezpečení, že další dítě závažnou chorobu nemá).

V rámci kategorie „**kontakt se zesnulým dítětem**“ respondentkám pomáhaly sny o zesnulém dítěti, představa, že je dítě odněkud pozoruje nebo nahlas se zesnulým dítětem hovořit.

Mezi dalšími jmenovanými podpůrnými zmiňovaly respondentky také **zvířata** (psi, koně) a **časový odstup i nadhled**.

Mezi nejčastěji uváděné **potřeby** patřila **potřeba sociální opory**. Některé respondentky však naopak oceňovaly stažení okolí a poskytnutí prostoru pro truchlení.

Významnou se jevila být také **potřeba pomoci od nezávislé osoby**, a to převážně z řad odborníků.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, **jak ztráta dítěte ovlivňuje další život jedince**. Zjištěné změny, které ztráta dítěte přináší, jsme rozdělili na změny životního stylu, změny zdravotního stavu, změny v rodinném systému a změny vztahů s okolím.

**Změny životního stylu** spočívaly zejména ve zklidnění životního tempa a v orientaci na pomoc jiným rodičům, kterým zemřelo dítě.

Další **změny** se týkaly psychického i somatického **zdravotního stavu**. Nejčastěji se jednalo o poruchy spánku a somatické potíže.

Mezi pozitivní **změny v rodinném systému** můžeme označit upevnění vztahu s partnerem a sblížení s pozůstalým dítětem. Mezi negativní změny patřila u některých respondentek naopak krize v partnerském vztahu, přílišná starost o pozůstalé dítě nebo jeho porovnávání se zesnulým dítětem.

**Změny vztahů s okolím** spočívaly zejména ve ztrátě některých přátel nebo ve změně vztahů s druhými. Ty byly způsobeny převážně tím, že okolí s respondentkami již tolik nehovořilo o méně podstatných věcech.

Při hledání odpovědi na otázku, zda se u respondentek po ztrátě dítěte nějak **změnil postoj k životu**, jsme došli ke zjištění, že většina z nich našla **nový smysl v pomoci druhým lidem**, kteří rovněž ztratili dítě.

Dále u většiny respondentek došlo ke **změně hodnotové orientace**, která souvisela zejména se získáním životního nadhledu a odhodlání prožít aktivní a hodnotný život.

**Vnímání samotné ztráty** se u respondentek s průběhem času také měnilo. Většina z nich ve ztrátě našla **smysl** a došla k závěru, že smrt byla dílem **osudu**. Řada z nich se po určitém časovém odstupu na ztrátu dívala s vděčností za čas, který s dítětem mohly strávit.

## 8. Diskuse

V empirickém šetření této práce jsme zmapovali psychologické aspekty, které napomáhají jedincům v adaptaci na ztrátu dítěte. Sledovali jsme pouze takové podpůrné aspekty, které se vztahovaly k období po ztrátě dítěte, nikoli v terminálním období života dítěte.

Z výsledků je patrné, že hodnocení faktorů jako podpůrných může ovlivňovat celá řada proměnných. Mezi hlavní z nich můžeme zařadit osobnostní charakteristiky respondentek, jejich individuální zkušenosti se členy rodiny i vzdálenějším sociálním okolím, vztah k zesnulému dítěti a další (viz také kapitola č. 2.3.6, str. 49).

Další postřehy k diskusi uvedeme v rámci jednotlivých podkapitol.

### 8.1 Výzkumný soubor

Důvodem určitého zkreslení výsledků našeho empirického šetření patří velikost výzkumného souboru i fakt, že se nejedná o reprezentativní vzorek. Výzkumný soubor tvoří pouze ženy, které spadají do podobné věkové kategorie.

Osm z našich respondentek se pravidelně účastnilo akcí pořádaných organizací Dlouhá cesta. Z toho pět bylo vyškolené na laické poradce a jedna respondentka působila v profesi psychoterapeutky. Můžeme předpokládat, že respondentky, které působí v pozici laického poradce jsou se ztrátou dítěte do značné míry vyrovnány – minimálně natolik, aby mohly být oporou dalším pozůstalým rodičům. Narozdíl od rodičů, kteří po ztrátě dítěte svépomocnou organizaci nenavštěvovali, bylo všem respondentkám z našeho vzorku dostupných více zdrojů pomoci.

Při interpretaci výsledků je tedy nutné vzít v potaz, že výsledky tohoto výzkumného šetření odpovídají pouze ženskému úhlu pohledu a vztahují se pouze na respondentky z našeho vzorku.

Poněvadž jsme zvolili možnost záměrného výběru přes organizaci Dlouhá cesta a náš oslovující dopis rozesílala všem členkám vedoucí této organizace, mohlo rovněž dojít k určitému zkreslení elitou. Toto zkreslení jsme se pokusili eliminovat tím, že respondentky v případě zájmu o účast na výzkumném šetření oslovovaly již samotnou výzkumnici, se kterou se osobně neznaly.

Do jisté míry se jednalo také o metodu výběru souboru samovýběrem (tj. respondentky měly výzkumnici v případě zájmu samy aktivně odpovědět na e-mail). Účast na něm byla tedy zcela dobrovolná.

Naopak rovnoměrně je výzkumný soubor rozdělen podle typů ztráty (náhlé a anticipované úmrtí), podle doby, která od úmrtí dítěte uplynula, věku dítěte v době úmrtí, počtu zbylých dětí respondentek i jejich geografické rozptýlenosti.

Dále mohlo dojít ke zkreslení při hodnocení sdružení Dlouhá cesta. Toto možné zkreslení jsme zohlednili při tvorbě otázek, kterými jsme se jej snažili redukovat.

Jak jsme již uvedli v kapitole č. 4, respondentky pocházely z nejrůznějších částí České republiky, a proto čtyři rozhovory nemohly proběhnout ve zcela soukromém prostředí (konkrétně se jednalo o kavárny či restaurace). Usilovali jsme však o zajištění maximálního soukromí a pocitu psychického bezpečí respondentek.

Z etického hlediska jsme dále dbaly na ochranu osobních údajů i na udělení souhlasu s pořízením audio-nahrávky a souhlasu s účastí na výzkumu ze strany respondentek. Ty byly rovněž jasně informovány o tom, kdo bude mít k získaným informacím přístup.

U šesti respondentek nás překvapila shodná odpověď na otázku, zda je podle nich v lidských silách se se ztrátou dítěte vyrovnat. Všechny tyto respondentky uvedly odpověď: „Vyrovnat se s ní nelze, ale lze se s ní naučit žít.“ To nás vedlo k úvahám, do jaké míry může mít na odpovědi respondentek vliv účast ve stejné organizaci a jejich vzájemné kontakty.

## **8.2 Použité metody**

Použité metody jistě ovlivňují výsledky daného šetření.

U individuálního hloubkového rozhovoru jsou výsledky výzkumného šetření do určité míry ovlivňovány přítomností výzkumnice a vzájemným kontaktem s respondentkou. Výzkumnice se při každém rozhovoru snažila o navození příjemné a bezpečné atmosféry. Zároveň se ale v reakcích na jednotlivé odpovědi pokoušela zachovat neutralitu.

Dále je třeba brát v úvahu, že u jednotlivých odpovědí může docházet k subjektivnímu zkreslení, které může ovlivnit výsledky. Pro účely našeho šetření, jehož cílem je zachytit subjektivní pohled jednotlivých respondentek na podpůrné aspekty, kterých se jim dostávalo, považujeme námi zvolenou metodu za nejvhodnější.

Jsme si vědomi, že odpovědi respondentek mohou být zkresleny také sociální desirabilitou či sebestylizací.

### **8.3 Výsledky výzkumného šetření**

Domníváme se, že výsledky empirického šetření zodpověděly námi stanovené výzkumné otázky.

U zjištěných podpůrných faktorů jsme se snažili uvádět počet respondentek, které je zmiňovaly. Musíme ale brát v úvahu, že pokud respondentka nějaký podpůrný faktor neuvedla, neznamená to nutně, že u ní nebyl přítomen. Je možné, že si jej během rozhovoru zkrátka nevybavila. Proto je nutné brát tato čísla pouze orientačně. Snažili jsme se proto vytvářet obecnější kategorie, do kterých jednotlivé aspekty či potřeby spadaly. Celkově tedy pro naše výsledky platí, že čím byl podpůrný faktor obecnější, tím větší výpovědní hodnotu má uvedený počet.

Uvědomujeme si, že faktory uváděné jako podpůrné mohou být někdy adaptivními pouze krátkodobě, ale dlouhodobě mohou vést naopak ke zvýšení stresu (jako příklad můžeme uvést alkohol). Přesto jsme se snažili zachovat dělení aspektů na podpůrné tak, jak je uvedly samotné respondentky.

Domníváme se, že konkrétní podpůrné aspekty, které respondentky uváděly, mohou být přínosem pro pozůstalé rodiče, jejich okolí i odborníky. Proto jsme se rozhodli je podrobně uvést v kapitole č. 7.

Na základě analýzy jednotlivých odpovědí můžeme uvést následující závěry platné pro náš výzkumný soubor:

- Jedním z nejvýznamnějších podpůrných faktorů se jevila být sociální opora. Rodinný systém byl však úmrtím dítěte u některých respondentek zasažen natolik, že jim jejich nejbližší nebyli schopni poskytnout takovou podporu, jakou potřebovaly. Naopak významnou oporou jim byli jiní rodiče, kteří prožili ztrátu dítěte, což odpovídá tvrzení Silvermannové (2007), že rodičům, kterým zemřelo dítě, může nejlépe pomoci jiná truchlící osoba. Jako významný se nám jevil také fakt, že jako podpůrné byly v rámci jednotlivých sociálních skupin uváděny zejména ženy (např. sestra, švagrová, matka, přítelkyně). Nevíme však, zda by tomu bylo stejně i u vzorku složeného z mužů.



- Podpora ze strany partnerů se nedá jasně určit. Zatímco některým respondentkám byli partneři výraznou oporou, jiné u svých partnerů možnost sdílení postrádaly. Zároveň se často lišily i potřeby partnerů. V souladu s tvrzením Kubíčkové (2001) měla většina našich respondentek v porovnání se svými partnery vyšší potřebu o svém zármutku hovořit.
- Ohledně typu ztráty (anticipované či náhlé úmrtí) nebyly rozdíly mezi respondentkami příliš velké, což se jevílo být v rozporu s tvrzeními Kübler-Rossovové (1994) a Handsleyho (2001). My jsme zpozorovali pouze pár rozdílů:
  - Respondentky po náhlé ztrátě uváděly jako velmi důležité spatřit tělo zesnulého dítěte. Narozdíl od respondentek po anticipované ztrátě se snažily předejít nežádoucím reakcím okolí.
  - Některé respondentky, jejichž dítě zemřelo po dlouhodobé nemoci (tj. jednalo se o anticipovanou ztrátu) již část zármutku „odtruchlili“ před jeho úmrtím. Velkou pomocí jim byla skutečnost, že se dítěti plně věnovaly a udělaly vše, co bylo v jejich silách, což odpovídá poznatkům McLarenové (2007). Spojitost s Kübler-Rossovou (2003) jsme našli v tom, že rodiče dětí, které podstupovaly léčbu v nemocnici, zde našli další zdroje opory v rodičích jiných terminálně nemocných dětí či mezi lékaři. V souladu s tvrzením Schiffové (1978) prožívaly některé respondentky po anticipovaném úmrtí dítěte i jistý druh úlevy.
- V souladu s Keeseem et al. (2008) se jako významný podpůrný faktor jevílo nalezení smyslu ve ztrátě. Ten spočíval u většiny respondentek v pomoci druhým. Zde nalézáme spojitost s Franklovými (2006) postojovými hodnotami.
- Překvapilo nás, že matky, které přišly o své jediné dítě, neprožívaly v porovnání s ostatními respondentkami ztrátu obtížněji. Zde nalézáme rozpor s tvrzením Talbota (1996). Zároveň však všechny respondentky, které měly ještě další děti, uváděly tyto jako velmi nápomocné.
- U žádné z respondentek se nevyskytovaly patologické formy truchlení.
- Z hlediska procesu truchlení dle našeho názoru prožívání respondentek nejvíce odpovídalo pojetí Wordena (2009) a Kubíčkové (2001) – po úvodní

fázi popření či konfuze respondentky obvykle potřebovaly zármutek prožít a následně se začaly pomalu přizpůsobovat světu bez zesnulého dítěte.

- Krátce po ztrátě dítěte oceňovaly respondentky zejména praktickou pomoc, jiné potřebovaly být samy.
- U respondentky, jejíž dítě odešlo ze světa dobrovolně, jsme zaznamenali pocity viny, samoty i jisté prvky stigmatizace, což odpovídá tvrzení Schiffové (1978).

Na základě realizace výzkumného šetření vnímáme řadu **témat pro další možné výzkumy**.

Jelikož jsme v tomto výzkumu sledovali pouze reakce žen, považovali bychom za přínosnou realizaci shodného výzkumu zaměřeného na muže. Zajímalo by nás, nakolik by se zjištěné kategorie podpůrných faktorů od našich výsledků lišily.

Téma, které se často v rozhovorech objevovalo, byl dopad ztráty dítěte na jeho pozůstalé sourozence, kteří ji nesli zpravidla velmi těžce. Další výzkumné práce by se mohly zaměřit právě na prožívání ztráty dítěte ze strany sourozenců.

Jak jsme již zmínili, za specifické jsme považovali prožívání ztráty dítěte v důsledku sebevraždy. Domníváme se, že by bylo přínosné zmapovat potřeby těchto rodičů.

V souvislosti se ztrátou dítěte a pomocí druhým nám připadá zajímavé rovněž téma smyslu života. Další výzkumy by mohly zmapovat, nakolik se nalezení smyslu objevuje i u rodičů po ztrátě dítěte, kteří dalším pozůstalým rodičům nepomáhají.

## IV. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat psychologické aspekty, které napomáhají jedincům v adaptaci na ztrátu dítěte, a zjistit, jak tato ztráta ovlivňuje jedince a jeho další život. Věříme, že i přes diskutované limity byl tento cíl naplněn.

Uvědomujeme si, nakolik je v dnešní společnosti smrt tabuizovaným tématem. O to těžší je pak pro rodiče se s úmrtím dítěte vyrovnat. Ti vedle dopadů této traumatizující ztráty zažívají vyhýbání ze strany okolí nebo jiné nežádoucí reakce. Sami pak musejí brát na druhé ohledy, aby je vyprávěním o své ztrátě nezraňovali.

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že podpůrné organizace zaměřené na pomoc pozůstalým rodičům mají na jejich zvládnutí ztráty značný význam. Rádi bychom však upozornili na absenci organizací podpůrných skupin, které by se orientovaly zejména na ztrátu dítěte v důsledku sebevraždy.

Doufáme, že konkrétní podpůrné faktory, jež jsme v této práci zmapovali, budou přínosem rodičům, kteří ztrátu dítěte prožívají, nebo těm, kteří mají takové rodiče ve svém okolí.

## Seznam použité literatury

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 137 s. ISBN 9788024618746.

BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BENNETT, Kate Mary, Georgina M. HUGHES a Philip T. SMITH. Psychological response to later life widowhood: Coping and the effects of gender. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2005, roč. 51, č. 1, s. 33-52. ISSN 00302228.

BERAN, Jiří. Psychoterapie a duševní hygiena. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 468-487. ISBN 80-246-0390-X.

BOUČEK, Jaroslav. Léčba urgentních stavů a první pomoc v psychiatrii. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 488-502. ISBN 80-246-0390-X.

BOWLBY, John. *Attachment and loss. Sadness and depression*. 5. ed. London: Pimlico, 1998. ISBN 978-071-2666-268.

BRIGGS, Cynthia A. a Dale-Elizabeth PEHRSSON. Use of Bibliotherapy in the Treatment of Grief and Loss: A Guide to Current Counseling Practices. *Adultspan: Theory Research & Practice*. 2008, roč. 7, č. 1, s. 32-42. ISSN 15246817.

CAMERON, Marcella. The Effect of Loss of a Child on Subsequent Parenting: A Review of the Literature. *Conference Papers - American Sociological Association*. 2008, s. 1-20.

COHEN-MANSFIELD, Jiska, Dov SHMOTKIN, Ruth MALKINSON, Liora BARTUR a Haim HAZAN. Parental bereavement increases mortality in older persons. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013, roč. 5, č. 1, s. 84-92. ISSN 1942-969x. DOI: 10.1037/a0029011.

CULLEY, Sue a Tim BOND. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 222 s. Spektrum (Portál), 60. ISBN 978-807-3674-526.

CURRIER, Joseph M., Jason M. HOLLAND a Robert A. NEIMEYER. Sense-Making, Grief, and the Experience of Violent Loss: Toward a Mediational Model. *Death Studies*. 2006, roč. 30, č. 5, s. 403-428. ISSN 0748-1187. DOI: 10.1080/07481180600614351.

Český statistický úřad. *Počet zemřelých* [online]. 2008a [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: [www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D00397ED8/\\$File/401108k04.doc](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D00397ED8/$File/401108k04.doc)

Český statistický úřad. *Zemřelí podle příčin úmrtí* [online]. 2008b [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: [www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D0039807B/\\$File/401108k07.doc](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/6D0039807B/$File/401108k07.doc)

Český statistický úřad. *Zemřelí podle pohlaví a věku v krajích* [online]. 2012 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: [http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=DEM0110PU\\_KR&&kapitola\\_id=19](http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=DEM0110PU_KR&&kapitola_id=19)

DEYOUNG, Robert a Barbara BUZZI. Ultimate coping strategies: The differences among parents of murdered or abducted, long-term missing children. *OMEGA: Journal of Death and Dying*. 2003, roč. 47, č. 4, s. 343-359. ISSN 0030-2228.

DIGIULIO, Robert a Rachel KRANZ. *O smrti*. Překlad Eva Klimentová. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 154 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6210-3.

DRTÍLKOVÁ, Ivana. Dětská a dorostová psychiatrie. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 357-396. ISBN 80-246-0390-X.

FIRTHOVÁ, Pam. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Editor Gill Luff, David Oliviere. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 236 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-213.

FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ. *O sebevraždách*. Překlad Ivo Lorenc. Praha: Lidové noviny, 1998, 149 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6234-0.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. 1. vyd. Překlad Vladimír Jochmann. Brno: Cesta, 2006, 237 s. ISBN 80-729-5085-1.

FREUD, Sigmund. *Vybrané spisy III: Práce k sexuální teorii a k učení o neurosách*. 1. vyd. Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1971.

GILBERT, Kathleen R. "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death Studies*. 1996, roč. 20, č. 3, s. 269-283. ISSN 07481187.

HANDSLEY, Stephen. "But what about us?" The residual effects of sudden death on self-identity and family relationships. *Mortality*. 2001, roč. 6, č. 1, s. 9-29. ISSN 1357-6275. DOI: 10.1080/13576270020028610.

HARPER, David a Andrew R THOMPSON. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Chichester, West Sussex: John Wiley, 2012, xi, 258 p. ISBN 978-047-0663-707.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000, 191 p. ISBN 80-726-2034-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

HONZÁK, Radkin a Vladimíra NOVOTNÁ. *Krize v životě, život v krizi*. 1. vyd. Praha: ROAD, 1994, 129 s. Psyché (Road). ISBN 80-853-8560-0.

JANKE, Wilhelm a Gisela ERDMANNOVÁ. *Strategie zvládnání stresu - SVF 78*. 1. vyd. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1.

KEESE, Nancy J., Joseph M. CURRIER a Robert A. NEIMEYER. Predictors of grief following the death of one's child: the contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*. 2008, roč. 64, č. 10, s. 1145-1163. ISSN 00219762. DOI: 10.1002/jclp.20502.

KOCVRLICHOVÁ, Marta. *Vina*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2006, 366 s. Psyché (Triton), sv. 42. ISBN 80-725-4684-8.

KOLLAR, Charles Allen. *Solution-focused pastoral counseling: an effective short-term approach for getting people back on track*. Updated and exp. Grand Rapids, Mich.: Zondervan, 2011, 287 p. ISBN 03-103-2929-9

KOHOUTEK, Tomáš, Dalibor ŠPOK a Ivo ČERMÁK. Neštěstí, krizové události, katastrofy a jedinec. In *Psychologie katastrofické události*. Vyd. 1. Editor Tomáš Kohoutek, Ivo Čermák. Praha: Academia, 2009, s. 18-92. ISBN 978-80-200-1816-8.

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-807-3673-499.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-065-89.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: [učební text]*. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995, 155 s. ISBN 80-701-3187-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-717-8551-2.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Vyd. 1. Praha: ISV, 2001, 267 s. ISBN 80-858-6682-X.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Vyd. 1. Překlad Jiří Královec. Turnov: Arica, 1994.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O dětech a smrti*. Překlad Jiří Královec. Praha: Ermat, 2003, 311 s. ISBN 80-903-0861-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth a David KESSLER. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner, 2007, xviii, 235 s. ISBN 978-0-7432-6628-4.

LALIVE D'EPINAY, Christian J., Stefano CAVALLI a Dario SPINI. The death of a loved one: Impact on health and relationships in very old age. *Omega: Journal of Death & Dying*. 2003, roč. 47, č. 3, s. 265-284. ISSN 00302228.

LINDEMANN, Erich. Symptomatology and management of acute grief. *The American journal of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1944, č. 101, s. 141-148.

LOVASOVÁ, Lenka. *Láska a partnerství*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2005. 31 s.

McLARENNOVÁ, Jan. Smrt dítěte. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Editor Gill Luff, David Oliviere. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 21-38. ISBN 978-808-7029-213.

MERCER, Dorothy L. a John M. EVANS. The Impact of Multiple Losses on the Grieving Process: An Exploratory Study. *Journal of Loss and Trauma*. 2006, roč. 11, č. 3, s. 219-227. ISSN 1532-5024. DOI: 10.1080/15325020500494178.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 273 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4613-048.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MOODY, Raymond A a Dianne ARCANGEL. *Život po ztrátě*. Vyd. 2. Překlad Dušan Zbavitel. Praha: Knižní klub, 2011, 287 s. ISBN 978-80-242-3007-8

MRKVIČKA, Jiří. *Knížka o radosti: Rozpravy o růstu a tvorbě osobnosti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1984. ISBN 08-094-84.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.

PARKES, Colin Murray a Holly G PRIGERSON. *Bereavement: studies of grief in adult life*. 4th ed. London: Penguin Books, 2010, xvii, 350 s. ISBN 978-014-1049-410.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 9788024729596.

PORTERFIELD, Kay Marie. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Překlad Miroslava Camutaliová. Praha: Lidové noviny, 1998, 143 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6262-6.

PRIGERSON, Holly G., et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*. 2009, roč. 6, č. 8, s. 1-12. ISSN 15491277. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000121.

QUINNOVÁ, Ann. Kontext ztráty, změny a zármutku v paliativní péči. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 21-38. ISBN 978-808-7029-213.

RABOCH, Jiří. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 275-305. ISBN 80-246-0390-X.

ROBINSON, Tristan a Samuel J. MARWIT. An Investigation of the Relationship of Personality, Coping, and Grief Intensity Among Bereaved Mothers. *Death Studies*. 2006, roč. 30, č. 7, s. 677-696. ISSN 07481187. DOI: 10.1080/07481180600776093.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-736-7124-7.

SCHIFF, Harriet Sarnoff. *The bereaved parent*. New York: Penguin Books, 1978, xiv, 146 p. ISBN 01-400-5043-4.

SILVERMANOVÁ, Phyllis R. Truchlení: Změna pojetí. In: FIRTHOVÁ, Pam. et al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 39-58. ISBN 978-808-7029-213.

SMĚKAL, Vladimír. *O lidské povaze: krátká zamyšlení nad psychikou a duchovní kulturou osobnosti*. 1. české vyd. Brno: Cesta, 2005, 203 s. ISBN 80-729-5069-X.

SMITH, Jonathan A. a Mike OSBORN. Interpretative Phenomenological Analysis. In *Qualitative psychology: a practical guide to research methods*. 2nd ed. Los Angeles, Calif.: SAGE Publications, 2008, 276 p. ISBN 14-129-3084-7.

SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los Angeles: SAGE, 2009, 225 p. ISBN 978-141-2908-344.

SONG, Jieun, Frank J. FLOYD, Marsha Mailick SELTZER, Jan S. GREENBERG a Jinkuk HONG. Long-Term Effects of Child Death on Parents' Health-Related Quality of Life: A Dyadic Analysis. *Family Relations*. 2010, roč. 59, č. 3, s. 269-282. ISSN 01976664.

STIBALOVÁ, Kateřina. Náročná životní situace. *Sociální služby: odborný časopis*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 16-18. ISSN 1803-7348.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Rodina po ztrátě dítěte* [online]. 2009 [cit. 2012-10-22]. Dostupné z: <http://www.dlouhacesta.cz/cz/leve-menu/prvni-pomoc/prectete-si/rodina-po-ztrate-ditete--phdr.-ilona-spanhelova/c321>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší krizi moderní žena*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 156 s. ISBN 80-247-1202-4.



ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4717-401.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠTUDENT, Vladimír a Ilja ŽUKOV. Sebevražda a násilí. In: RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, s. 528-538. ISBN 80-246-0390-X.

TALBOT, Kay. Mothers now childless: Survival after the death of an only child. *Omega: Journal of Death & Dying*. 1996, roč. 34, č. 3, s. 177-188. ISSN 00302228.

TAROČKOVÁ, Táňa. Životné stráty z biodromálneho aspektu. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1992, č. 36, s. 233-243. ISSN 0009-062x.

ÚZIS ČR. *Zemřelí 2011* [online]. 2012 [cit. 2012-11-08]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fdemozem2011.pdf&ei=gRecUPy5D8fUsgb-54HYBA&usg=AFQjCNEA81jLC06zPYjkTwnh0e2-sT2i8A&sig2=m9R9WfVxa3kxonliVRg6gQ>

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

VYMĚTAL, Jan. *Duševní krize a psychoterapie*. 1. vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995, 88 s. ISBN 8090177344.

WIJNGAARDS-DE MEIJ, Leoniek, et al. Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*. 2008, roč. 47, č. 1, s. 31-42. ISSN 01446657. DOI: 10.1348/014466507X216152.

WORDEN, J. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York, NY: Springer Pub. Co., c2009, xiv, 314 p. ISBN 08-261-0120-8.

## **Přílohy**

## Seznam příloh

<b>číslo přílohy</b>	<b>název přílohy</b>	<b>strana</b>
<b>Příloha č. 1</b>	Struktura rozhovoru	1
<b>Příloha č. 2</b>	Informovaný souhlas	3
<b>Příloha č. 3</b>	Dopis rodičům	4
<b>Příloha č. 4</b>	Tabulka popisující základní údaje	5

## Příloha č. 1 Struktura rozhovoru

1) informace o průběhu rozhovoru, informovaný souhlas

2) **demografické údaje:**

- pohlaví a věk respondenta
- kdy k úmrtí došlo
- stáří dítěte v době smrti
- zda jsou s partnerem stále spolu
- celkový počet dětí v rodině
- náboženské přesvědčení

3) **otázky rozhovoru:**

1. **Vyprávějte mi, prosím, svůj příběh týkající se ztráty Vašeho dítěte.**

2. **Dokázala byste období po úmrtí Vašeho dítěte rozdělit na jednotlivá stadia?**

- Jaká byla Vaše reakce bezprostředně po úmrtí dítěte?
- Jak to bylo dál?
- Vnímáte v celém procesu truchlení nějaké mezníky? Jaké?
- Kdyby se dala jednotlivá období charakterizovat jedním slovem/symbolem/pocitem, jak byste je pojmenovala?

3. **Co Vám tenkrát pomohlo?** - lze-li odlišit, uveďte prosím odpověď pro jednotlivá období zvlášť

- Co Vám tehdy pomáhalo?
  - Co z toho Vám pomáhalo nejvíc, dá-li se to takto vymezit?
- Kdo Vám pomáhal?
  - Lze-li to určit, kdo Vám pomáhal nejvíc?
- Co Vám naopak nepomáhalo?
- Co jste tehdy od okolí potřebovala?
- Co Vám pomáhá nyní?

4. **Měla jste s kým o ztrátě mluvit?**

- S kým?
- Co pro Vás v těchto rozhovorech bylo důležité?

5. **Jaké byly reakce okolí?**

- Které reakce Vám vyhovovaly?
- Které reakce Vám byly nepříjemné?
- Jaké by reakce okolí ideálně měly být?

## Příloha č. 1 Struktura rozhovoru

### 6. Jak se Vám snažili pomoci Vaši blízcí (rodina)?

- Dostávalo se vám od nich dostatečné podpory?
  - Od koho konkrétně?
  - Jak konkrétně tato podpora vypadala? (Můžete uvést příklad?)

### 7. Jak se úmrtí dítěte promítlo do fungování rodiny?

- Změnil se v něčem chod domácnosti? V čem?
- Změnil se nějak Váš vztah s partnerem? Jak?
- (Změnil se nějak Váš vztah s dětmi? Jak?)

### 8. Hovořili jste často s partnerem o svých pocitech?

- Lišily se nějak Vaše potřeby? Jak?
- Probíhalo Vaše a partnerovo truchlení jinak? V čem se lišila?

### 9. Vnímala jste někdy potřebu pomoci od nezávislého člověka? Kdy?

### 10. Využila jste někdy odbornou pomoc? Kdy a jakou?

- Pomohla Vám? (Co ano?, Co ne?)
- Potřebovala jste ji i jindy? Kdy?
- Docházela jste do svépomocné skupiny?
  - Co Vás ke kontaktování sdružení přivedlo?
  - Co jste od toho očekávala?
  - Co Vám to přineslo a přináší?
  - Je něco, co Vám ve sdružení schází?

### 11. Účastnila jste se pohřbu a jeho plánování?

- Jak jste ho prožívala?
- Co Vám účast na pohřbu přinesla?

### 12. Jak prožíváte ztrátu dítěte nyní?

- V čem Vám tato ztráta změnila život?
- Změnila nějak Vaše vnímání? Vnímáte ji v průběhu času jinak?
  - Máte představu, co k tomu mohlo přispět?

### 13. Myslíte si, že je v lidských silách se se ztrátou dítěte vyrovnat?

- Co byste rodičům po takovéto životní události doporučila?
- Cítíte se být se ztrátou vyrovnaná?

### 14. Je ještě něco dalšího, o čem jsme nemluvili a co byste chtěla zmínit?

Příloha č. 2  
**Informovaný souhlas**

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**



Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma: „*Prožívání ztráty dítěte*“.

Žádám Vás o souhlas s pořízením audio nahrávky rozhovoru pro výzkumný projekt prováděný v rámci empirické části výše zmíněné diplomové práce.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí probandů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu probandů - v prepisech rozhovorů budou odstraněny identifikační údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně ona).**
- (3) Probandi mají právo kdykoli od výzkumné aktivity odstoupit.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Zora Světlíková

Podpis: .....

**Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.**

V ..... dne .....

Podpis: .....

### Příloha č. 3 Dopis rodičům

Praha 22. října 2012

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zora Světlíková a v současné době dokončuji studium psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V empirické části své diplomové práce „*Prožívání ztráty dítěte*“ se zabývám zejména tím, co k překonání této traumatické ztráty přispívá.

Obracím se na Vás s prosbou, zda byste byl/a ochoten/a se mého výzkumu zúčastnit. Jednalo by se o zhruba hodinový rozhovor týkající se Vaší zkušenosti se ztrátou dítěte. Rozhovor bude nahráván na diktafon a následně přepisován do písemné podoby. Všechny informace, které mi v rozhovoru sdělíte, důvěrně zpracuji s ohledem na zachování Vaší anonymity. Kdykoli v průběhu rozhovoru se můžete rozhodnout na otázky neodpovídat nebo rozhovor bez udání důvodů ukončit.

Jelikož se jedná o osobní téma, byla bych ráda, kdyby rozhovor mohl probíhat v pro Vás příjemném a bezpečném prostředí. Ráda se přizpůsobím Vaší volbě místa. Mohu dojet i do místa Vašeho bydliště.

Výsledky výzkumu Vám v případě zájmu ráda poskytnu. Ráda Vám zodpovím i jakékoli dotazy.

Pokud se rozhodnete pro spolupráci na tomto výzkumném šetření, budu Vám velice vděčná. Pokud ne, přeji Vám na Vaší cestě vše dobré.

Zora Světlíková

studentka 6. ročníku Psychologie FF UK  
tel.: 728 835 612 e-mail: cechova.zorka@seznam.cz

Příloha č. 4  
**Tabulka popisující základní údaje**

Tabulka popisující základní údaje	Věk matky	Pohlaví dítěte	Věk dítěte v době úmrtí	Časové období od okamžiku úmrtí v letech	Počet dalších dětí v okamžiku ztráty	Počet dalších dětí v době výzkumného šetření	Typ ztráty	Příčina úmrtí dítěte
1. Alena	45	dívka	12	15	1	2	anticipovaná	závažné genetické onemocnění
2. Lenka	46	chlapec	18	5	1	1	náhlá	nehoda
3. Eliška	29	dívka	3	2	1	1	náhlá	závažné genetické onemocnění
4. Dáša	36	dívka	4	3,5	1	2	anticipovaná	závažné onkologické onemocnění
5. Bára	45	dívka	17	4,5	1	1	náhlá	náhlý kolaps
6. Katka	48	dívka	14	9	0	-	anticipovaná	závažné onkologické onemocnění
7. Petra	44	dívka	15	3	0	-	náhlá	sebevražda
8. Renata	47	dívka	17	3	1	1	anticipovaná	závažné onkologické onemocnění
9. Jarka	51	chlapec	23	4	1	1	náhlá	nehoda způsobená přírodními živly
10. Hana	42	chlapec	23	2	3	3	náhlá	nehoda