

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofické fakulta

Katedra psychologie

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ U ŽEN
POSTTRAUMATIC GROWTH OF WOMEN



Magisterská diplomová práce

Autor:

Ing. Radka Frátrik Škarková

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Olomouc

2015

Poděkování

Děkuji paní prof. PhDr. Aleně Plhákové, CSc., za její laskavou odbornou pomoc a rychlé reakce na mé dotazy při vedení diplomové práce. Dále děkuji sdružení Dlouhá cesta, všem respondentkám, které mi ochotně poskytly rozhovory. Děkuji také mé matce, ing. Evě Kunstové, post mortem, za podporu, kterou mi poskytla, během zpracování této práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Posttraumatický rozvoj u žen“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Posttraumatický rozvoj.....	6
1.1 Co je posttraumatický rozvoj.....	6
1.2 Výzkumy posttraumatického rozvoje	8
1.3 Modely posttraumatického rozvoje.....	9
1.4 Co přináší posttraumatický rozvoj	10
2 Ztráta blízké osoby	11
2.1 Krize a trauma.....	12
2.2 Zpracování zármutku.....	13
2.2.1 Nekomplikované truchlení.....	14
2.2.2 Komplikované truchlení	17
2.2.3 Deprese	19
2.2.4 Posttraumatická stresová porucha	21
3 Terapie pro pozůstalé	22
3.1 Poradenství pro pozůstalé.....	23
3.2 Rozhovor	25
3.3 Techniky pomáhající zvládnutí těžkých situací.....	26
3.3.1 Relaxace.....	26
3.3.2 Meditace.....	27
3.3.3 Imaginace.....	28
3.4 Dlouhá cesta a Jinej svět	28
VÝZKUMNÁ ČÁST	30
4 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	30
4.1 Cíle.....	30
4.2 Výzkumné otázky	30
5 Metodologický rámec a metody.....	30
5.1 Zvolený typ výzkumu.....	31
5.2 Metody získávání dat	31
5.2.1 Polostrukturované rozhovory	31
5.2.2 Standardizovaná Beckova sebesposuzovací škála deprese (BDI-II) ...	33
5.2.3 Nestandardizovaný sebesposuzující dotazník TS-40.....	33

5.3	Metody zpracování a analýzy dat	34
5.4	Etika výzkumu	35
6	Výzkumný soubor	36
7	Popis a interpretace výsledků	37
7.1.	Respondentka R1	39
7.2.	Respondentka R2	42
7.3.	Respondentka R3	45
7.4.	Respondentka R4	49
7.5.	Respondentka R5	51
7.6.	Respondentka R6	53
7.7.	Respondentka R7	55
7.8.	Získané kategorie	57
7.8.1	Kategorie 1 – Co přineslo trauma pozitivního	57
7.8.2	Kategorie 2 – Ovlivnění postoje k životu.	59
7.8.3	Kategorie 3 – Co tenkrát nejvíce pomáhalo.....	60
7.8.4	Kategorie 4 – Reakce po oznámení skutečnosti.....	61
7.8.5	Kategorie 5 – Spánek a sny.....	62
7.8.6	Kategorie 6 - Symptom doprovázející úmrtí.	63
8	Splnění cílů výzkumu a odpovědi na výzkumné otázky	64
8.1	Splnění cílů	64
8.2	Odpovědi na výzkumné otázky.....	66
9	Diskuze	66
10	Závěry.....	68
11	Souhrn	69
	Seznam použitých zdrojů a literatury	73
	Seznam tabulek	76
	Seznam příloh	77

ÚVOD

Má práce pojednává o posttraumatickém rozvoji žen, kterým zemřelo jejich dospělé dítě. Jedná se o jednu z nejtěžších situací v životě člověka, které mohou nastat. Přesto i za tak velkého utrpení je možné zvládnout celou situaci a následně ji zhodnotit v mnoha ohledech jako pozitivní, samozřejmě s vědomím toho, že by tím znovu ženy již procházet nechtěly. V mém zaměstnání, v oboru personalistiky, jsem se setkala se dvěma ženami, kterým zemřelo jejich dospělé dítě. Velmi zajímavé bylo, že každá žena se s traumatem vyrovnávala různě dlouho a jiným způsobem. U jedné bylo znatelné méně problémové vyrovnání, a u druhé naopak. Tato situace mne natolik zaujala, že jsem se rozhodla zabývat se tímto tématem hlouběji a především zjistit, co může ženám pomoci během zvládání těžké životní situace ztráty dítěte, a také po ní. Pátrala jsem po tom, zda má toto trauma nějaký smysl a pokud ano, tak jaký. Tedy zda dokáže přinést i pozitivní prvky do psychiky těchto žen. Cílem mé práce je identifikovat, zda v rámci posttraumatického rozvoje mohou existovat vedle negativních i pozitivní prvky, a pokud ano, konkretizovat je. Záměrem je poznat, jak se ženy cítí, jak je s nimi v této situaci nejlepší jednat, co prožívají, zda jsou nějaké doprovázející symptomy, zda je možné s odstupem dvou až pěti let být opět psychicky v pořádku, normálně žít a spát. Velmi dobře se mi spolupracovalo i se sdružením Dlouhá cesta, kde mi ochotně pomohli s nalezením maminek, kterých se toto téma dotýká.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Posttraumatický rozvoj

Mnoho lidí v dnešní době má nastaveny ve své mysli základní předpoklady, které říkají, že svět je jistý, že se špatné věci nestávají dobrým lidem. Mladí lidé nepředpokládají, že by mohli zemřít. Nicméně stresové a traumatické životní události mohou porušit a rozbít tato základní očekávání formou stresové zkušenosti či pocitem ztráty kontroly. Renomovaný specialista na traumatické problémy Bessel van der Kolk popsal zkušenost traumatické události jako jednu z těch, které mohou způsobit ztrátu individuálního vnímání ve smyslu sejití z cesty (in Werdel, Wicks, 2012).

Cimrmannová (2012) uvádí, že člověku není přirozené, aby zvládal těžké životní situace zcela bez obtíží a snadno. Ale navzdory tomu máme v historii lidstva mnoho příkladů lidí, kteří obdivuhodně zvládli těžké životní situace. Dle Frankla (2006) je člověk schopen se sám rozhodnout, jak svůj život prožije navzdory těžkým situacím, kterými prochází. Zdolávání krutých životních situací považoval Frankl za největší činy lidí. Systémem postojových hodnot lze zvládnout ztráty jistoty. Důležitým prvkem je utváření postoje k tomu, že některé události jsou nezměnitelné a dalším prvkem je realizace životních hodnot, a to až do posledního okamžiku člověka.

Každá těžkost je určitou příležitostí k růstu. Kdybychom stále seděli v zahradě plné květin a někdo nám nosil na stříbrném podnose lahodné jídlo, nijak bychom se nevyvíjeli. Nijak bychom nerostli. Člověk roste, když je nemocný, když zažívá bolesti a ztráty. Je těžké, ale velmi přínosné vzít svou bolest jako velmi specifický dar (Kübler Rossová, 2012).

1.1 Co je posttraumatický rozvoj

Dle Tedeshiho a Calhouna můžeme posttraumatický rozvoj vymezit jako zásadní pozitivní změnu v chování a prožívání jedince, kdy dosahuje vyšší úrovně adaptace a odolnosti, postoje k životu, způsobenou silným stresem. To, zda dojde u dospělého člověka k posttraumatickému růstu a rozvoji, je ovlivněno typem traumatické události, sociálních souvislostí i individuálními charakteristikami (Tedeshi, Calhoun, 2006).

Posttraumatický rozvoj (PSR) lze popsat velmi dobře výpovědí jedné z pacientek, která prošla těžkou životní situací. Tvrdí, že to není tak, že by byla ráda, že se tato

traumatická událost stala, ale poprvé v jejím životě si nyní s odstupem od této události udělala čas sama na sebe, což je pro ni velmi důležité. Začala navštěvovat meditační kurzy a mnoho jí to dává. Mnohem víc také oceňuje život. Je si více vědoma každodenních radostí a je vděčná za to, co má. Velmi si váží i svého manžela a oceňuje to, že se na něho může spolehnout (Zöllner, Maercker, 2006).

Tedeshi, Calhoun uvádějí, že posttraumatický rozvoj představuje významnou pozitivní změnu, která se projeví v emočním i kognitivním životě člověka a může vyústit ve změnu chování. Rozvojem se myslí taková změna, při které se člověk dostává nad svoji adaptační úroveň, úroveň psychologického fungování a pochopení života. Jedná se tedy o pozitivní transformaci identity člověka. Tento proces, děj nebo jeho výsledek se může projevit až po měsících či letech po události (Tedeshi, Calhoun, 2006).

Paulík (2010) tvrdí, že stres nemusí vést pouze k negativním důsledkům, ale může se naopak stát podnětem k růstu. Závažné stresory mohou jedinci přinést pozitivní změny v jeho chování a prožívání v porovnání se situací před událostí. Pokud člověk těžkosti překoná, může mu toto překonání přinést pocit silného uspokojení, zvýšení sebevědomí, a může mu přinést i vyšší kvalitu života. Člověk při prožívání traumatu ze sebe vydává maximum, překračuje své možnosti, vospívá a překonává sám sebe. Může se objevit sebezpřesazení, což je termín, který zavedl V. E. Frankl (Frankl, 2006). Jde o sebetranscendenci, tedy schopnost nalézt ve svém životě smysl, který je zaměřen na něco mimo sebe a také schopnost vypořádat se s utrpením. Lidé, kteří prožili extrémní životní podmínky, přežili tyto útrapy lépe, pokud nacházeli v situaci určitý smysl, ke kterému se vztahovali. Tento smysl mohl spočívat v postoji k hodnotám, v činnosti (tvorba díla, pomoc druhým), v prožitku (city vůči někomu či něčemu).

Posttraumatický rozvoj se nevyklučuje s bolestí a distresem. Určité jevy, které se následně objeví, mají určitou pozitivní hodnotu. Na základě výzkumu uskutečněného v roce 2006, který realizovali Helgesonová, Reynolds a Tomichová (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006), se ukázalo, že tento rozvoj souvisí s nižší depresivitou a vyšší osobní pohodou. Jednalo se o longitudinální studii, která zkoumala osmdesát sedm dospělých, kteří zažili vážnou životní událost. Posttraumatický rozvoj se projevoval v období od několika měsíců po dobu několika desítek let. Častěji se rozvoj dostavoval u mladších lidí (Cimrmanová, 2013).

1.2 Výzkumy posttraumatického rozvoje

Tématem posttraumatického rozvoje v souvislosti s úmrtím dítěte nebo blízkého rodinného příslušníka se zabývalo poměrně dost výzkumů.

Dle Milo (1997), která provedla **kvantitativní výzkum matek, kterým zemřelo postižené dítě**, byla následně většina těchto matek velmi úspěšná v hledání smyslu života a po úmrtí svých dětí byly schopny svět vidět jako laskavý a smysluplný. Výsledkem prožití takto traumatizující události bylo, že se staly více trpělivé, sebevědomé, empatické a nesoudící. I když si nikdy nepřály prožít tuto traumatizující událost a ani v budoucnu si nepřejí prožít něco podobného, byly vděčné za tuto životní zkušenost. Podobně i Davis (in Neimeyer et al., 2002) tvrdí, že v rámci **výzkumu rodičů, kteří přišli o zdravé dítě**, bylo zjištěno, že díky prožitému hlubokému zármutku, se rodiče následně stali více soucitní, silnější, přijímající lidskou konečnost nebo prohloubili více svoji spiritualitu. Úmrtí dítěte v rodině nemá vliv jen na rodiče, ale také na sourozence. Ve **výzkumu, který se věnoval rodinám, kde před sedmi až devíti lety zemřelo dítě na rakovinu**, bylo na základě rozhovorů identifikováno, že tito sourozenci jsou psychologicky daleko vyspělejší než jejich vrstevníci. Např. šestnáctiletý chlapec tvrdí, že má nyní lepší pohled na život; že si uvědomil, jak důležitý je život, a to díky smrti své sestry. Mnoho sourozenců vnímá tuto zkušenost tak, že je naučila více si vážit života. Naučili se vážit si více svých blízkých a byli velmi přesvědčiví i v rozhovorech s nemocnými lidmi (in Neimeyer et al., 2002).

Jako další příklad uvádím **výzkum, který se zabýval vzájemným vztahem mezi úmrtím, náboženstvím a posttraumatickým rozvojem**. Zúčastnilo se ho 369 mladých dospělých participantů, kteří byli rozděleni do tří skupin. První z nich byli pozůstalí, kteří prožili ztrátu blízkého člověka násilnou formou např. nehody, sebevraždy nebo vraždy, a to během uplynulých dvou let. Druhou skupinu tvořili pozůstalí, kteří taktéž během dvou uplynulých let prožili ztrátu blízké osoby nenásilnou formou. Třetí skupina byla tvořena lidmi, kteří prošli stresovou životní zkušeností. Účastníci prvních dvou truchlících skupin byli více nábožensky orientováni ve srovnání s účastníky třetí skupiny. Dále ti, kteří přežili své blízké v souvislosti s násilnou smrtí, měli vyšší skóre ve všech doménách posttraumatického rozvoje a vykazovali také úzkostnější symptomatologii. I když design výzkumu má omezenou možnost vyvozovat kauzální závěry, jeho zjištění ukazují na možný spirituální dopad truchlení, a jak konkrétní dimenze náboženství mohou přispět k růstu a léčení (Currier, Malot, Martinez, Sandy & Neimeyer, 2013).

Cimrmanová (2012) uvádí, že v roce 2006 byl zveřejněn výzkum, který provedli Helgesonová, Reynolds a Tomichová (Helgeson et al. 2006). Byl proveden na základě longitudinální studie (1985 – 2005). U osmdesáti sedmi dospělých, kteří byli vystaveni závažnému životnímu traumatu, byl **zkoumán PSR**. Bylo prokázáno, že PSR souvisí s nižší depresivitou a vyšší osobní pohodou. Významný vliv má tzv. intrusivní přemýšlení o stresoru, což je opakované uvažování a rozjímání.

1.3 Modely posttraumatického rozvoje

Pro výzkumy v oblasti posttraumatického rozvoje byla styčným bodem druhá světová válka. Lidstvo prožilo velká utrpení a životy lidí byly tímto ovlivněny. Pro lékaře, psychology či sociology nastalo období, kdy lidem v těchto těžkých situacích začali pomáhat a kdy jejich pomoc byla více než potřebná. Představitelem, který se v tomto období začal vědecky věnovat pozitivním důsledkům negativních událostí, byl **V. E. Frankl**. Vzhledem k tomu, že prožil těžké chvíle v několika nacistických táborech, dospěl na základě této vlastní zkušenosti k tomu, že smysl života se skrývá právě v utrpení. Člověk totiž právě během utrpení může uskutečnit to, co je v něm nejvíce lidské. Hlavním zjištěním V. E. Frankla bylo, že lidé, kteří měli smysl života, zvládali velmi těžké životní situace dobře. Jeho nový směr v psychoterapii se nazývá **logoterapie** a je to terapie, která učí lidi hledat a nalézt smysl života (Frankl, 2006).

Další důležitou osobou, která se zabývala touto tematikou, byl A. Antonovsky. Jak uvádí Eriksson a Linström (2005) Antonovsky studoval ty, kteří prošli koncentračním táborem a navzdory této traumatizující zkušenosti zůstali zdraví. Došel k závěru, že vše se odvíjí od jejich pohledu na život a vidění životního smyslu. Definoval pojem **soudržnost osobnosti** (*sense of coherence, SOC*) a tvrdil, že je tvořen třemi složkami. Jedná se o srozumitelnost, ve smyslu předvídatelnosti a chápání sebe sama i situace, dále zvládnutelnost, tedy dostatečná schopnost člověka reagovat na situace, které jsou stresové a jako další jde o smysluplnost, tedy míru, při které člověku stojí za to dávat svou energii i čas do životních situací. Antonovsky tvrdí, že u SOC jde spíše o dispoziční orientaci než o rys osobnosti. Později popsal nový směr a nazval ho **salutogenetický pohled**. Jednalo se o zkoumání psychosomatického zdraví člověka.

Mareš (2012) uvádí, že v modelu posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna je významná pozitivní změna v jedincově kognitivním i emočním životě, která může mít určité vnější projevy ve změně chování. Rozvoj je představován takovou změnou, kdy se

jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života.

Dle Tedeschiho a Calhouna (in Kupka 2014) existuje pět základních oblastí posttraumatického rozvoje. Jedná se o změny v sebepercepci, uvědomění si nových možností, změny v mezilidských vztazích, úctu k životu a změnu ve spiritualitě.

Mareš (2012) uvádí ještě další čtyři modely. První je **model Janoff-Bulmanové**, která tvrdí, že PSR navozuje změny ve třech oblastech, a to v jedné, kdy člověk získá sílu uvnitř sebe, přes utrpení se mu posílí odolnost, statečnost, mravní síla a sebevědomí, v druhé, kdy u něho začíná existenciální přehodnocování života. Třetí oblast představuje to, že člověk je daleko lépe připraven na kritické životní události, především vzhledem k tomu, že se mu změnil dosavadní svět. Jako druhý je zde uveden **dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové**, který předpokládá, že PSR má podvojnou podobu. PSR má jednu podobu jako konstruktivní, sebezpřesahující, přinášející výhody a rozvoj, a druhou podobu, která je charakteristická sebeobelháváním člověka, pozitivním zkreslováním a dysfunkčností. Druhá podoba nemusí mít vždy negativní vliv, protože může přinést usmíření člověka sama se sebou a zřejmě snižuje dopady traumatu na člověka. Třetím modelem je **Hobfollův model skutečného PSR**, který tvrdí, že hledání nového smyslu traumatu má jen vnitřní, kognitivní podobu, a ta může být jen iluzorní. Je nutno doplnit činy, v opačném případě by mohly nastat negativní důsledky. Čtvrtým modelem je model **Josepha a Linleye – rozvoj iniciovaný negativními událostmi**. Jde o to, že člověk v životě prochází určitým cyklem. V tomto cyklu prochází různými těžkostmi a ty hodnotí. Následně vše kognitivně zpracovává, a to dvěma možnostmi. Buď události asimiluje do svého vlastního pohledu na svět, nebo akomoduje již existující model světa novým skutečností a přepracovává své vnímání světa. Akomodace způsobí změnu představ člověka, a to buď pozitivně, nebo negativně.

1.4 Co přináší posttraumatický rozvoj

Je zde několik možností, jak se PSR projevuje, ale nemusí se objevit všechny u jedné osoby. Jedním z projevů může být změna vnímání sama sebe, dále změny v mezilidských vztazích a změna v životní filosofii (Weiner, 2009).

Cimrmanová (2012) tvrdí, že jsou zde určité jevy, které se po čase projeví (nejdříve cca po dvou týdnech) a mají pozitivní hodnotu. Jedná se o změny v sebepojetí člověka, objevují se u něho nové stránky, nové netušené možnosti, probíhá změna kvality vztahů

s okolím, člověk se stává vstřícnějším, mění se hodnotový systém a vnímání života ve větší hloubce. Člověk se stává více přístupný duchovní oblasti a určitému sebezpřesahu.

Dle Yaloma (in Kupka 2014) mezi možnosti PSR, které mohou vzniknout v důsledku setkání se smrtí, patří:

- Odsunutí nepodstatných věcí a s tím související přeskupení životních hodnot.
- Posílení schopnosti dělat si co chci a nedělat co nechci. Jde o pocit osvobození.
- Žít „tady a teď“. Neodkládat věci na jindy.
- Posílení pozornosti a všímavosti a s tím související radostné ocenění základních věcí v životě.
- Vnímání větší blízkosti spřízněných osob a hlubší komunikace.
- Méně strachu z odmítnutí, posílení mezilidských vztahů

PSR může přinést zvýšenou orientaci na duchovní oblast, i když v některých případech se může jednat i o pokles spirituality. Mezi tři rozhodující složky spirituality se řadí:

- 1) Spiritualita může poskytnout lidem důležitý zdroj síly a podpory v těžkých stresových situacích.
- 2) Životní trauma je čas, kdy je možno nalézt mysl.
- 3) Jako odpověď na kritické stresové situace může podpořit transformaci cílů a priorit člověka a různé životní změny (Calhoun, Tedeschi, 2006).

2 Ztráta blízké osoby

Těžkým životním traumatem, jako je např. úmrtí dítěte, se může dostat do krize i celá rodina. Diagnostika krize rodiny se dle Špatenkové (2006) dá odvodit z toho, že rodina pociťuje působící stres jako mimořádný, vymykající se běžným možnostem zvládnání. Důležité je subjektivní hodnocení každé rodiny, nikoliv typ události, která se odehrála. Dále může jít o přechody v životním cyklu rodiny. Někdy mohou probíhat hladce a rodina se dobře adaptuje. Někdy, zvláště při působení dalších stresů, bývá adaptace rodiny složitější. Vytváří se tzv. kaskáda dodatečných rizik, která zvyšuje vulnerabilitu rodiny, ohrožuje rodinné fungování a pravděpodobnost opakování krizí. Ztráta blízké osoby je nejtraumatičtější událost v životě člověka. Úroveň traumatu po ztrátě je určena tím, jak blízko byl člověk pozůstalému. Thomas Holmes a Richard Rahe (1967) sestavili škálu traumatických událostí, ve které je zohledněn dopad různých traumatických událostí

na člověka. Na měřítku od 0 do 100, kde 100 představuje úmrtí manžela nebo manželky. Ztráta blízkého příbuzného (jiného než manžela či manželky) je umístěna na 63 a ztráta blízkého přítele na 37.

Špatenková (2014) uvádí, že prožitek ztráty je nedílnou součástí života dospělých lidí. Frekvence této zkušenosti roste u člověka s přibývajícím věkem. Truchlení je způsob, jakým ztrátu prožíváme. Jedná se o dynamický proces, který se v čase mění.

Křivohlavý (2013) se domnívá, že úmrtí blízkého člověka představuje pro pozůstalého zátěžovou situaci, která je náročná na psychiku pozůstalého a zasahuje do sociálních vazeb, ovlivňuje tělesné fungování a mívá přesah do duchovní oblasti. V duchovní oblasti jde o témata víry a životního smyslu.

Špatenková (2008) uvádí, že když někomu zemře blízký člověk, je to jakoby se mu zhroutil celý svět, jakoby i život byl najednou beze smyslu. Jde o vnímání, že se milovaný člověk ztrácí navždy. Nikdy už se s ním nemůžeme potkat, nikdy nás nepohladí, nepochválí, už to nikdy nebude jako dříve. Člověk má pocit, že již nikdy nebude šťastný. Jde o hluboký zármutek, o truchlení.

2.1 Krize a trauma

Krizi je možno chápat z různých úhlů pohledu. Dle filozofů jde o období celkového rozpadu všech dosavadních hodnot a také smyslu života. Jde tedy o nové hledání smyslu života, odkrývání autenticity a pravdy bytí. Je zde zohledňována vztahovost a důraz je kladen na individuální hledání. V oblasti pomáhajících profesí se uvádí termín „duševní krize“. V krizi se zde shledávají jak rizika, tak vysoký pozitivní potenciál. Krize však není porucha, ale jde o přirozenou reakci na zátěžovou situaci (Cimrmannová, 2013).

Reakce lidí na krizi jsou velmi různorodé. Životní krize se mohou lišit ve své závažnosti, v různorodosti ztrát, v měřítku, tedy z hlediska individuality, rodiny nebo celé skupiny. Intenzivní osobní krize ve formě smrtelné nemoci může způsobit, že si člověk bude více vážit životních hodnot (Weiner, 2009).

Cimrmannová (2013) tvrdí, že krize je situace, kterou člověk vnímá jako nevládnutelnou dosavadními prostředky. Některé jiné osoby by tuto situaci mohly zvládnout. Trauma mívá objektivní příčiny, např. válka, povodeň, znásilnění. Zde jde spíše o externí podněty. Často je ohroženo zdraví či život člověka. Trauma je tedy reakce na událost, a tato reakce významně zasahuje do psychiky člověka.

Traumatické události, které jsou šokující, tedy stanou se náhle, nečekaně, jsou více traumatické než ty, které přicházejí postupně, tedy očekávané (Calhoun, Tedeshi, 1999).

2.2 Zpracování zármutku

Cílem zpracování zármutku je integrovat bolestné zážitky, tedy přijmout jejich nezvratnost a neodvratnost. Mnohdy musíme na cestě k pozitivní změně projít dobou zármutku. Je to například právě u ztráty milovaného člověka. Základem úspěšné psychoterapie v těchto případech může být čtyřfázový model. První fází je **popření**. Když nám do života vstupuje něco nesnesitelného, rádi bychom to zcela vytěsnili. Jde o obranný mechanismus, který nám pomáhá přežít těžkou situaci. Pokud zemře blízký člen rodiny, může to v pozůstalých vyvolat takový šok, že nejsou schopni tuto skutečnost přijmout. Žijí jako v transu. Automaticky dělají běžné činnosti a čekají, že se každou chvíli mrtvý objeví normálně ve dveřích a přijde opět domů. Toto popření je obranou před nadměrnou zátěží psychiky. Druhou fází je **bolest, zoufalství, vztek**. Popření se již stává neudržitelné a celý mechanismus se začíná bortit. Smrt blízkého člověka se stává realitou. Pozůstalý prochází obrovskou bolestí a zoufalstvím. Často se pře s Bohem nebo s osudem. Vyčítá si, že měl udělat některé věci, které neudělal, např. povolat jiného lékaře, dávat větší pozor. Vztek je součástí procesu truchlení. Většinou se ale stává problémem, že se člověk ve vzteku či hněvu „zastaví“ a zůstává v něm. Tím se oddaluje přechod ke třetí fází, a to ke zpracování zármutku. Další fází je **truchlení**. Cílem této fáze je integrace těžké životní situace do běžného života. Smutek je emoce, která patří k našemu životu. Mnoho lidí se potýká se zablokováním vlastního smutku. Je pro ně nepřístupný a nejde jim ho zpracovat. Někteří lidé mohou místo smutku pociťovat zášť nebo vztek. Truchlení může začít probíhat až tehdy, kdy se začneme svým bolem zabývat. Nejlépe je mluvit o všem, co nás tíží. Lidé při truchlení potřebují útěchu, i když to zpočátku vypadá, že je nelze utěšit. Nejlepší forma útěchy je naslouchání bez toho, aby se jim říkalo, co mají dělat. Těžko může někdo poznat, co se v člověku děje, když někoho oplakává. Poslední fází je **integrace**. Zpracování zármutku se integrací uzavírá. Zemřelý člověk zaujal své místo v našem srdci. Uvnitř zůstal pocit hlubokého sepětí. U srdce už není těžko, ale lehký. Kdo dokáže truchlit, dokáže se i skutečně, s pocitem lehkosti, radovat (Röhr, 2013).

Zármutek může být spojen s celou řadou psychologických prožitků, které u různých lidí nabývají různé intenzity a délky. Mezi typické zármutkové reakce patří:

- **Odmítání uvěřit** – jde o první reakci po ztrátě ve formě šoku. Projevuje se odmítáním zprávě věřit a strnulostí. Jde spíše o krátkodobou reakci.
- **Zaujatost** – člověk touží a truchlí po tom, koho ztratil a velmi těžko se od toho odpoutává.
- **Popření** – postižený se může chovat, jakoby se nic nestalo, jakoby vůbec ke ztrátě nedošlo.
- **Hněv** – jde o intenzivní emoci, která je představována otázkou „Proč se to stalo zrovna mně?“.
- **Pocity viny** – objevují se zhruba 4 – 6 týdnů od události a člověk se vyčítá, že měl zabránit tomu, aby se to stalo.
- **Přijetí ztráty** – jde o prožívání zármutku, stesku a lítosti.
- **Deprese** – postupně odchází, i když má postižený pocit, že nikdy neodejde. Ke zhoršení vedou většinou výročí, která připomínají ztrátu a vše, co ztracenou osobu představuje. Deprese ze zármutku ze ztráty osoby trvá přibližně 13 měsíců. Poté se pozvolna vrací normální fungování. Ve druhém roce se obvykle postižení cítí mnohem lépe (Praško, Prašková, Prašková, 2008).

Jak zmiňuje Špatenková (in Čírtková, 2007), je nutné rozlišovat mezi **nekomplikovaným truchlením, komplikovaným truchlením, depresí a posttraumatickou stresovou poruchou**. Ke každé oblasti se přistupuje odlišně. Mezi rizikové faktory, které mohou napomoci tomu, že truchlení probíhá komplikovanou formou, patří okolnosti úmrtí (zda si pozůstalý dává vinu), charakteristika vztahu mezi zemřelým a pozůstalým (ambivalentnost vztahu nebo závislost, smrt dítěte apod.), charakteristika pozůstalého (např. předchozí ztráty, které nejsou dořešeny, neschopnost vyjadřovat pocity, nadměrná agrese, výčitky svědomí apod.) a sociální okolnosti (absence rodiny a jiných podpůrných zdrojů).

2.2.1 Nekomplikované truchlení

Reakce, které následují po úmrtí milované osoby, mohou být velmi intenzivní a silné, lidé mohou cítit úzkost, osamocení a zmatek. Cítění a reakcím pozůstalé osoby je někdy těžké porozumět. Může se ztrácet víra, objevuje se šok, vztek, strach a vina. Jako rána, která potřebuje čas, aby se zahojila, tak i smutek je bolestivá zkušenost odloučení, které potřebuje čas k nalezení rovnováhy a jiného smyslu v životě člověka (De Lego, Cimitan, Dyregrov, Grad, & Andriessen, 2014).

Truchlení je psychologická, sociální a somatická reakce na ztrátu, která splňuje většinu znaků nemoci. Pozůstalí se cítí subjektivně špatně, jak psychicky, tak fyzicky a narušeny bývají i jejich sociální vztahy. Truchlení má obdobné projevy jako deprese. Může zde být smutek, pláč, skleslost, poruchy spánku, ztráta zájmu o okolí, vyhýbání se sociálním kontaktům apod. Truchlení, ale není ani depresí, ani nemocí. Jde o normální přirozenou reakci na ztrátu. Proto není vhodné, aby se v této situaci, kdy nejde o komplikovanou formu truchlení, podávaly medikamenty. Běžné nekomplikované truchlení zahrnuje:

- smutek, což je nejčastější pocit při ztrátě,
- pláč, který smutek doprovází,
- obavy, které jsou obvykle spojeny s budoucí situací,
- vymizení radosti, a to především ve fázi akutního zármutku,
- pocit opuštěnosti,
- pocit neskutečnosti,
- poruchy spánku a problémy s přijímáním potravy,
- únava a vyčerpání,
- únikové reakce jako je snaha uniknout z reality apod. (Špatenková, 2013).

Špatenková (2013) uvádí čtyři fáze procesu truchlení. Jedná se o:

- 1) **Zmatek a otupělost** – jde o bezprostřední reakci, kdy se pozůstalý dozví o smrti blízkého člověka. Nastává šok, zmatek, otupělost, apatie. Tyto reakce bývají velmi intenzivní při úmrtí blízkého člověka, když je smrt náhlá a nečekaná. Reakce potom bývá silnější a trvá delší dobu. Tato fáze trvá několik hodin až týden.
- 2) **Protest a touha** – hledání zemřelého, je zde pocit nereálnosti smrti, pozůstalí se zaměřují na zemřelou osobu a na rozhovory s ní. Je zde i iracionální naděje, že se se zemřelým znovu setkají, že jde jen o omyl.
- 3) **Dezorganizace a zoufalství** – těžce se zvládají každodenní aktivity, jsou zde poruchy spánku, nechutenství, nelze se zařadit zpět do pracovního procesu. Často se objevuje zloba, hněv, pocity viny, izolace od ostatních lidí, pocit životní marnosti.
- 4) **Reorganizace** – zlepšení nastává tehdy, kdy se pozůstalí začnou znovu stýkat s ostatními lidmi, zapojují se do života, berou si nové úkoly. Tato fáze je obtížná v tom, že si pozůstalí někdy myslí, že změna jejich životního postoje by mohla zemřelého urazit. Někdy se objevují výčitky svědomí.

U nekomplikovaného truchlení trvá tento proces obvykle šest měsíců až jeden rok. Jedná se o tzv. výroční reakci (výročí úmrtí, výročí pohřbu apod.). Výše uvedené fáze nemusí být totožné pro všechny truchlící. Někteří mohou určité fáze přeskočit nebo mohou mít fáze jiné pořadí.

Dle Paulíka (2010) jsou obranné mechanismy více či méně neuvědomované způsoby omezování úzkosti, které pramení z ohroženého sebepojetí. Za základ obrany sebepojetí a pocitu jistoty, který se ustálenému a vnitřně konzistentnímu hodnocení sebe samého váže, je možno považovat nevědomé **vytěsnění** a **vědomé potlačení**. **Vytěsnění** je založeno na odstranění nepříjemných a nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí. I když si je člověk neuvědomuje, mohou jeho chování a prožívání mimo vědomou kontrolu ovlivňovat. **Potlačení** spočívá v upuštění od určité subjektivně atraktivní aktivity nebo její odložení na později. Může vycházet z popření její důležitosti a využívat přesunu pozornosti na jiné věci.

Špatenková (2013) uvádí, že smrt blízkého člověka je vždy extrémním zásahem do života ostatních pozůstalých a v jediném okamžiku se zcela zásadně mění celý život pozůstalých. To, co dosud existovalo, se nyní zcela ztratilo a proběhla zcela nečekaná a zásadní změna. Tato ztráta vyvolává u pozůstalých silné emoční reakce a zároveň také jejich pocit ztráty vlastní identity a integrity, stabilitu, vztahy s jinými lidmi, pocit bezpečí ve světě. Komplikovanější situace nastává ještě v tom případě, kdy se jedná o ztrátu, ke které došlo spácháním trestného činu. Pozůstalí nutně potřebují pomoc a podporu a té se jim obvykle nedostává. Jedná se především o hlavní zdroj pomoci a podpory, který by měli najít v rodině. Další pomoc, která by měla přijít v oblasti sociální podpory, v naší společnosti bohužel není dostatečně funkční. Důvodem je především tabu otázek kolem smrti, neexistence rituálů truchlení, apod. Lidé si nejsou obvykle jisti, jak se mají k pozůstalým chovat, proto často dochází k tomu, že se jim spíše vyhýbají. Pozůstalí si v této fázi většinou kladou otázky typu: „*Proč se to stalo zrovna jemu?*“, „*Proč musel tak trpět?*“, „*A proč já?*“. Potřebují slyšet odpovědi na tyto otázky, ale okolí většinou není schopno na toto reagovat. Pozůstalým se tak dostává většinou odpovědí ve smyslu, aby se tím netrápili, což není možné uskutečnit nebo, že nesmí na danou situaci myslet, že život jde dál, což se pozůstalému těžko může takto říkat, když jejich život se zrovna zhroutil, případně, doporučení, aby o tom již nemluvili, že to stejně nikomu nepomůže. Naopak mluvit by o této skutečnosti měli, protože to jim může velmi pomoci. Lépe je tedy

pro pozůstalé vyhledat pomoc u odborníků. Je pro ně jednodušší hovořit o situaci s cizím člověkem.

2.2.2 Komplikované truchlení

V situacích, kdy jsme vystaveni tváří v tvář úmrtí blízké osoby, jsme nuceni čelit různým fázím trápení, které mohou postupně přinést ukončení procesu truchlení. Bolest ze smutku je normální psychologická reakce, která je pro pozůstalé nezbytná, a to proto, aby přijali ztrátu. Nicméně v některých případech trvá smutek déle, než by měl, a truchlení se stává patologické. Mnoho rodin nachází pomoc a podporu ve svém vlastním prostředí, nicméně jsou takové rodiny či rodinní příslušníci, kteří potřebují něco jiného než jednoduchou pomoc od přátel. Je to tehdy, pokud se jejich truchlení stává komplikovaným nebo příliš intenzivním, a celou situaci nelze zvládnout bez přispění profesionálů nebo přinejmenším někoho, kdo již takovou zkušenost zažil (De Lego et al., 2014). Komplikovaný průběh truchlení se podle Špatenkové (2011) od normálních reakcí na ztrátu neliší ve své podstatě, ale je zde jiná intenzita a délka trvání příznaků. Reakce na ztrátu mohou být:

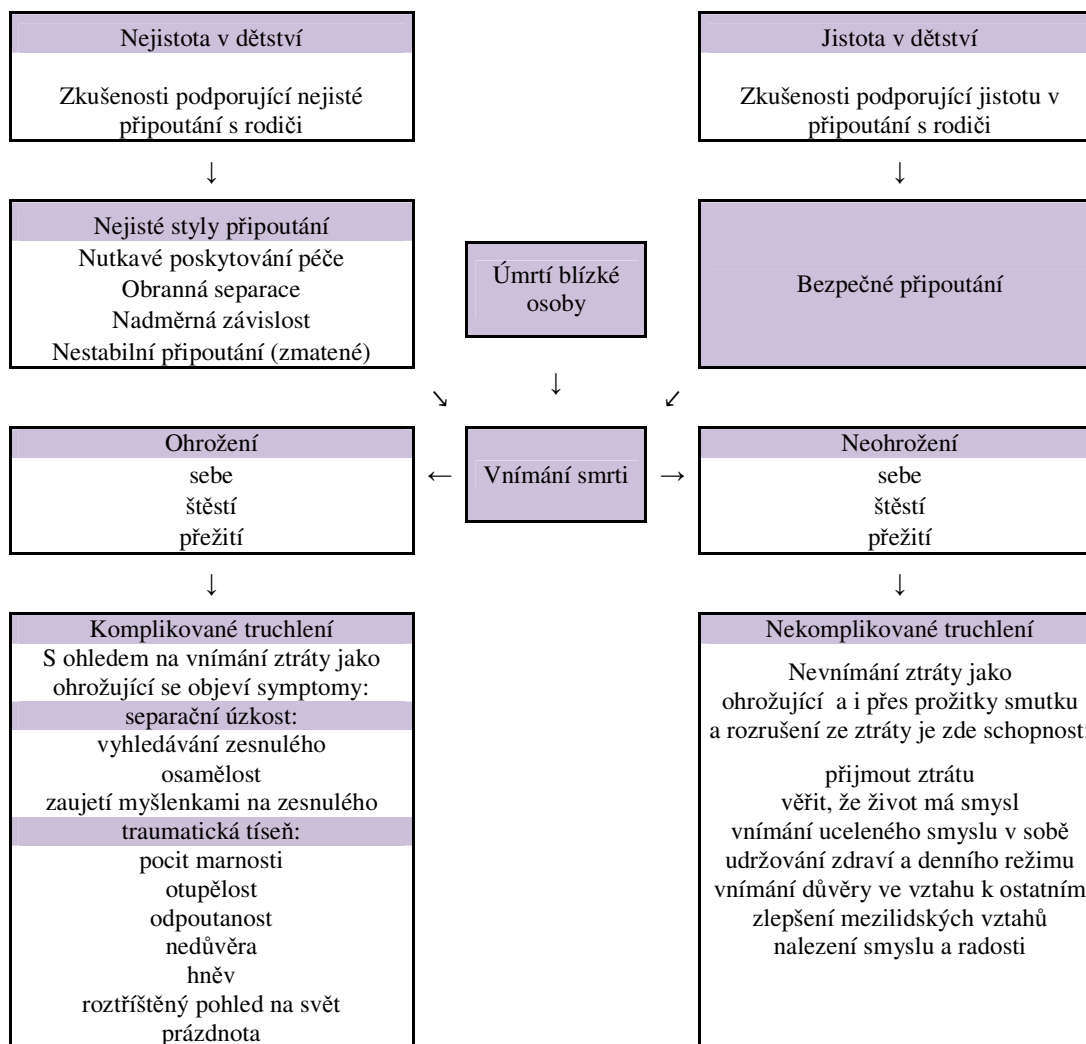
- 1) **Chronické reakce** – zármutek ze ztráty může trvat léta a může se stát, že přejde do deprese nebo nastane neschopnost vrátit se zpět do pracovního života či neschopnost navazovat sociální kontakty. Pozůstalí většinou vnímají, že zármutek trvá moc dlouho, ale sami nejsou schopni situaci zvládnout a někam posunout.
- 2) **Odložené (opožděné) reakce** – reakce na ztrátu mohou být odloženy o týdny nebo i roky. Spouštěcí faktor může být např. připomenutí si okolností úmrtí nebo setkání se s jinou ztrátou.
- 3) **Excesivní reakce** – jedná se o povahu reakce na ztrátu. Při normálním truchlení se přirozeně objevuje strach, při komplikovaném truchlení strach přerůstá ve fobii. Tyto fobie mají často vztah ke smrti. Např. thanatofobie – strach ze smrti, který může přinést iracionální pocity bezmoci a zoufalství.
- 4) **Larvovité (maskované) reakce** – jedná se o somatický symptom, který může mít povahu bolesti a různých psychosomatických poruch nebo i symptom duševní poruchy (deprese).

Podle Neimeyera, Prigersona, Daviesové, (2002) zahrnuje z psychiatrického pohledu komplikované truchlení intenzivní a přetrvávající symptomy separační úzkosti, např. vracející se myšlenky na zesnulou osobu, touhu a hledání této osoby a nadměrnou

osamělost způsobenou ztrátou blízké osoby. Objevují se zde symptomy traumatické tísně, které se dají rozdělit do čtyř kategorií (viz též tabulka č. 1):

- 1) Osoba zažila ztrátu blízké osoby a na tomto základě se objeví alespoň tři ze čtyř možných symptomů minimálně jednou denně nebo ve významné míře. Jde o rušivé myšlenky na zesnulou osobu, touha po zesulé osobě, vyhledávání zesnulého či nadměrná osamělost v návaznosti na ztrátu.
- 2) V návaznosti na ztrátu se objeví alespoň čtyři z následujících osmi symptomů minimálně jednou denně nebo ve významné míře. Jedná se o bezúčelnost, pocity marnosti ohledně budoucnosti, dále subjektivní pocit otupělosti, odpoutanosti, nedostatek emočních reakcí, také popírání smrti, pocit prázdnoty a vnímání, že život nemá smysl, pocit, že zemřela část z něho samého, roztříštěný pohled na svět (ztráta pocitu bezpečí, důvěry a kontroly), určité symptomy nebo škodlivé chování v souvislosti se ztrátou blízké osoby, nadměrná podrážděnost, zahořklost nebo hněv v souvislosti s úmrtím.
- 3) Doba trvání příznaků je více než šest měsíců.
- 4) Porucha způsobuje klinicky významné zhoršení v oblasti sociální, pracovní nebo jiné.

Tabulka č. 1: Model komplikovaného a nekomplikovaného truchlení vzhledem k vnímání ztráty



2.2.3 Deprese

Dle Světové zdravotnické organizace je deprese nejčastěji se vyskytující nemocí vůbec. V depresi prožívá člověk mnoho nepříjemných pocitů. Jde o opuštěnost, smutek, vyčerpanost, únava, nespokojenost. Člověk má pocit, že mu v okolí nikdo nerozumí. A tento člověk skutečně nenachází ve svém okolí porozumění, protože se lidé na něho dívají jako na člověka lhostejného, ufnukaného, nemluvného, netečného apod. Tím se dostává do stále větší osamělosti (Křivohlavý, 2013).

Pokud lidé ztratí blízkého člověka, reagují ve dvou krajních mezích. Jedni se zhrouť a myslí si, že je konec i jejich života. Stále přemítají a trápí se s tím, kde udělali chybu. Druzí lidé také sice trpí ztrátou, ale uvědomují si, že blízké osobě např. skončilo dlouho trvající utrpení. A mohou si někdy pomáhat i tím, že si představují, že člověk,

který zemřel, by je za nějaké extrémní sebetržnění jistě nepochválil (Novák, Capponi, 2014).

Úmrtí je závažný stresor, který iniciuje bolestivé a zeslabující symptomy akutního smutku, který běžně postupuje až k obnově spokojenosti v případě, že se změní život. Normální smutek nepotřebuje klinickou intervenci. Ale akutní smutek někdy potřebuje oporu a stává se chronicky oslabující podmínkou, která se nazývá komplikované truchlení. I když stres, který je způsoben úmrtím, stejně tak jako jiné stresory, může zvýšit pravděpodobnost vzniku nebo zhoršení různých psychických nebo fyzických onemocnění (Shear et al., 2011).

Křivohlavý (2013) uvádí, že pokud je někomu diagnostikována deprese, měl by plnit minimálně pět z následujících příznaků:

- depresivní nálada,
- snížený zájem o běžnou činnost,
- ztráta chuti k jídlu,
- nespavost,
- zpomalení pohybů i myšlení,
- ztráta životní energie,
- pocity snížené vlastní hodnoty a viny,
- snížená schopnost myslet a zhoršení koncentrace,
- sebevražedné myšlenky nebo aktivity, které k tomu směřují.

Následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu může být **reaktivní deprese**. Vyvolávajícím faktorem je těžké trauma nebo trvající nepříznivé okolnosti a bez tohoto by k reaktivní poruše nedošlo. Reaktivní deprese začíná buď ihned, nebo do jednoho měsíce od události. Nejčastěji navazuje právě na stresovou událost, kterou je ztráta, a to především ztráta blízkého člověka. Běžnou reakcí na ztrátu je zármutek.

Reaktivní deprese není uvedena v MKN-10 (2006). Orel (2012) uvádí, že pod poruchami nálady (afektivní poruchy) je zařazena **depresivní epizoda** (F32), která zahrnuje lehkou depresivní fázi (F32.0), středně těžkou depresivní fázi (F32.1), těžkou depresivní fázi bez psychotických příznaků (F32.2) a těžkou depresivní fázi s psychotickými příznaky (F32.3). Dále je zde uvedena **periodická (rekurentní) deprese** (F33).

Těžká deprese u žen je vícefaktoriální onemocnění s mnoha proměnnými, které jsou propojeny přes vývojové procesy. Tisíc devět set čtyřicet dva žen (dvojčat) bylo dotazováno až čtyřikrát během devítiletého období a byl zde využit vývojový model ke stanovení predikce depresivních period. Bylo vzato v úvahu osmnáct rizikových faktorů v pěti oblastech. Šlo o:

- 1) dětství (genetické riziko, rozvrácené rodinné prostředí, sexuální zneužití v dětství a ztráta rodičů v dětství),
- 2) brzké dospívání (neuroticismus, sebevědomí, úzkost a poruchy chování),
- 3) pozdní adolescence (dosažené vzdělání, celoživotní traumata, sociální podpora a zneužívání návykových látek),
- 4) dospělost (historie rozvodu a předchozí historie těžké deprese)
- 5) loňský rok (problémy v manželství, těžkosti a stresové životní události).

Závěrem tohoto výzkumu bylo, že těžká deprese je etiologicky komplexní onemocnění, které si žádá více pozornosti vzhledem k rizikovým faktorům ve výše uvedených doménách. Tyto výsledky jsou věrohodné, nicméně se s nimi musí zacházet opatrně vzhledem k uzavírání kauzálních závěrů, retrospektivní zaujatosti a omezení čistě statistického aditivního modelu (Kendler, Gardner & Prescott, 2002).

2.2.4 Posttraumatická stresová porucha

Někteří autoři uvádějí, že posttraumatická stresová porucha (PTSD) je protikladem posttraumatického rozvoje (Cimrmanová, 2012).

Slezáčková (2012) uvádí, že extrémně traumatický zážitek, který bývá spojen s vnímáním bezprostředního ohrožení našeho života nebo života někoho z našich blízkých, stejně jako dlouhodobá stresová situace, vyvolávají v člověku pocit bezmoci a utrpení a mohou vést k PTSD. Dle MKN-10 (2006) se touto poruchou rozumí opožděná reakce na traumatickou událost. Její projevy jsou v oblasti fyzické, emoční a sociální. Patří mezi skupinu duševních poruch F43 (reakce na závažný stres a poruchy adaptace). Projevuje se především nadměrnou vzrušivostí. Lidské reakce jsou podrážděné i na sebemenší podněty, objevuje se zvýšená lekavost apod. (MKN-10, 2006).

PTSD vzniká např. na základě traumatického zážitku spojeného s živelnou pohromou, válkou, ozbrojeným konfliktem, přepadením, únosem, znásilněním, mučením, vážným úrazem spojeným s následkem, náhlou ztrátou blízké osoby či osob. Může vzniknout s latencí několika týdnů či měsíců. Mezi příznaky, které jsou charakteristické, se

řadí neodbytné vybavování si a znovuprožívání události ve vzpomínkách, snech či denních představách. K tomu se často vyskytuje stranění se lidí, otupělost emocí, anhedonie. Může se stát, že dojde i k akutnímu výbuchu strachu, agrese nebo paniky. K tomu se přidává úzkost, deprese a nespavost (Kratochvíl, 2009).

Orel (2012) uvádí, že dotyčný se v případě PTSD vyhýbá okolnostem, místům, lidem či situacím, které by mu mohly připomínat těžkou událost. Může mít některé okamžiky vytěšněny a nepamatuje si je. Doprovodným jevem může být zvýšená pohotovost, úzkostnost, poruchy spánku apod.

Pišl (2013) tvrdí, že PTSD vzniká tehdy, pokud je pro nás traumatizující zážitek příliš silný a my jsme na takovou situaci příliš slabí. Vzpomínka nás stále stresuje a vede k nočním můrám, neodbytným představám, strachu, halucinacím apod. Mohou se objevit i somatické podněty, které připomínají traumatickou událost. Také se nám s každým vybavením a následným strachem stále posiluje propojení mezi podnětem a stresovou reakcí, což je podobné, když se snažíme si zapamatovat záměrně informace, které se učíme.

3 Terapie pro pozůstalé

Špatenková (2013) zmiňuje doporučené zásady při kontaktu s pozůstalými. Nejdříve je nutné rychle navázat dobrý kontakt a vytvořit podmínky pro rozhovor, aby se daly projevit pocity související s úmrtím blízkého člověka. V této fázi je důležitá emocionální podpora. V prvním rozhovoru musíme být empatičtí a snažit se odhadnout potřeby klienta. Komplikovat navázání kontaktu mohou otázky typu: „*Jak se cítíte?*“, „*Co ode mě očekáváte?*“, „*Co pro vás mohu udělat?*“. Nápomocny naopak mohou být věty, kdy mluvíme přesně o tom, co se stalo např.: „*Vím, že váš syn nežije. Můžeme si o tom popovídat?*“. Velmi vhodné je také ocenění klienta, že se rozhodl vyhledat odbornou pomoc. Dále pokračujeme v rozhovoru a snažíme se pozůstalé seznámit s procesem truchlení jako s přirozenou věcí, i když každý reaguje na smrt blízké osoby jinak, že se může lišit délka i intenzita reakcí. Snažíme se přimět a podpořit pozůstalé v tom, aby projevíli své emoce, aby plakali, hněvali se, apod. Mluvíme s nimi o zemřelé osobě a snažíme se je přimět, aby o ní vyprávěli, aby se do rozhovoru dostala témata smyslu života, hodnoty života. Snažíme se pomoci odlišit skutečný a iracionální pocit viny, identifikovat či aktivovat přirozené zdroje sociální opory. V rozhovorech je třeba především aktivního naslouchání, kdy zpočátku projevujeme soustrast a také využíváme

možnosti mlčení, pokud je to vhodné a pozůstalý mluví. Hlavním pravidlem práce s pozůstalými je soustředit se na jejich pocity, prožitky a snažit se normalizovat symptomy truchlení. Pozůstalí by měli vědět, že to co vnímají, je běžná reakce na velmi těžkou životní situaci.

Kopřiva (2013) uvádí tři paradoxy profesionálního pomáhání. Jedná se o **pochopení pro každého**, kdy běžně nastávají situace, při kterých si pomáhající vybírá klienty, a tedy se nejedná o pomoc pro každého. Američtí výzkumníci popsali upřednostňování klientů, kteří jsou mladí, krásní a bohatí. S klienty starými, chudými či postiženými, již psychologové nechtějí tolik pracovat. Problém bývá i s klienty nemorálními. Psycholog by neměl uvádět žádné mravní soudy. Druhým paradoxem je **láska k bližnímu ve službách potřeby úspěchu**. Psycholog či pomáhající pracovník vnímá svou potřebu být lidem potřebný. Může se vzdávat svých vlastních potřeb, které jsou pro něho důležité a o to více se starat o jiné lidi. Motivem může být to, aby nezůstal osamocený a zbytečný. Třetím paradoxem je **láska k bližnímu jako zboží**. Nelze svoji nespokojenost s platem dávat do souvislosti s klientem a dle toho se k němu také chovat.

Cimrmanová (2012) uvádí, že v České republice se tematikou léčby duševních traumat zabývá několik center psychoterapie. Pracuje se v nich se snižováním napětí u klientů, snižováním úzkosti a vyhybavého chování, s obnovením pocitu bezpečí, s definováním pozitivních postupů, s narácí, se zkvalitňováním mezilidských vztahů apod. Výsledkem by mělo být nové sebepojetí, odevzdání starého „já“ a přijetí nových hodnot. Pomáhající má spíše podpůrnou roli, hlavní záležitostí je rozhodování klienta a jeho práce na sobě samém. Pro pomáhající profese je hlavním úkolem právě usnadňování PST.

3.1 Poradenství pro pozůstalé

Špatenková (2013) zmiňuje, že specifickou formou psychologické pomoci truchlícím, je poradenství pro pozůstalé. Jedná se o níže uvedené oblasti:

- 1) **Pomoc ověřit a uznat skutečnost ztráty blízké osoby** – nejlépe tohoto docílíme, pokud je pozůstalý schopen popsat co nejdetailněji realitu. Nedoporučuje se podporovat pozůstalé při jejich snaze uniknout od reality. Můžeme postupovat ve dvou krocích. První krok je prozkoumat události, které jsou s úmrtím spjaty. Pokud se jedná o náhlou smrt, začínáme posledním setkáním se zemřelým, loučením s ním, líčením okolností, dále popisem toho, jak se pozůstalý o smrti dozvěděl, co se stalo, jak to pozůstalý prožíval v prvních dnech po smrti. Dále se pokračuje popisem

pohřbu. Pohřeb je velmi nutný, a to především proto, že poskytuje v jistém smyslu ochranu před zármutkem a zoufalstvím pozůstalých. Funguje tak, že odvádí a tlumí reakce, které by mohly truchlícího zahltit a ohrozit. Jde o důležitý rituál. Tento rituál dává pozůstalým možnost vzdát zemřelému poslední poctu. Pohřeb je také významným mezníkem v procesu truchlení a při jeho derealizaci se může zkomplikovat proces truchlení. Potom je nutné hledat jinou formu rozloučení se se zemřelým. Poté se hovoří o tom, co pozůstalí prožívali. Tento popis by měl klást důraz na fakta. Jde většinou o vůbec první vyprávění celého průběhu události. Mnohdy o tom pozůstalý nemluví proto, že se ho nikdo neptal. Příbuzní ani přátelé o tom často slyšet nechtějí vzhledem k bolestivosti tématu. V druhém kroku truchlící hovoří o zemřelém, popisuje jejich vzájemný vztah, vývoj, průběh, aby došlo k identifikaci ztráty a uvědomění si, koho vlastně ztratil. Můžeme se třeba bavit nad fotkou zemřelého.

- 2) **Pomoc truchlícímu ventilovat a zpracovat jeho pocity, včetně těch latentních** – mezi pocity patří často hněv, pocit viny, úzkost, pocit bezmoci. Hněv je obtížný pocit, protože většinou není nasměrován na zemřelého, i když ve skutečnosti patří jemu.
- 3) **Pomoc truchlícímu překonat různé překážky při procesu adaptace na novou realitu (na svět, ve kterém zemřelý není)** – pozůstalí se většinou odvracejí od okolí, setrvávají v bezmocnosti, vyhýbají se různým požadavkům. Ignorují celou situaci.
- 4) **Vedení truchlícího ke zdravému emocionálnímu odpoutávání se od zemřelého a k investování stažené emocionální energie do jiných vztahů** – jde o nalezení nových okamžiků v životě, nových věcí, ze kterých se pozůstalí mohou radovat, nelpět na vztahu k zemřelému.

Poradenství pro pozůstalé se poskytuje většinou těm, kteří prožili ztrátu blízkého člověka v nedávné době a potřebují se zadaptovat na tuto situaci. Pokud se jedná o nekomplikované truchlení, je poradenství vhodnou formou pomoci a mohou ji poskytovat lidé v pomáhajících profesích. Pokud se jedná o komplikované truchlení, je vhodnější pomoc formou terapie pozůstalých, a to formou kvalifikovaných profesionálů, kteří mají odpovídající vzdělání, psychoterapeutický výcvik a určité zkušenosti z této oblasti.

3.2 Rozhovor

Rozhovor je dle Fishera (in Baštecká, Goldman, 2001) nebezpečný, a to z jednoho důležitého důvodu. Lidský hlas je jako poznávací znamení, která odhaluje mnoho věcí např. úmysly, vzdělání, zázemí, někdy těžko postřehnutelné osobní zvláštnosti, které mohou ve chvíli člověka přitáhnout anebo odpudit.

V rozhovoru mezi pracovníkem a klientem se často využívá technika aktivního naslouchání. Jednotlivé kroky v rozhovoru jsou:

- Dozvídání a objasnění – to jsou prvky, které slouží k tomu, aby se pracovník o klientovi a klient o sobě něco více dozvěděli. Tyto prvky představují především otázky a čtení klientových klíčů nebo narážek.
- Porozumění – to jsou prvky, které dávají najevo klientovi, že pracovník vnímá a rozumí mu.
- Souhlas, soucítění a podpora – klient díky těmto prvkům vnímá, že není sám.
- Ocenění a uznání – pracovník těmito prvky klientovi pomáhá, aby rozeznal závažnost svojí situace a přisvojil si schopnost se s touto situací vyrovnat.
- Utřídění a uzavření – prvky, které jsou nápomocny pracovníkovi i klientovi, aby se ve vyprávění lépe vyznali, mohli si ho třídit a případně ukončit (Baštecká, Goldman, 2001).

Způsob, jak dát klientovi najevo porozumění, je empatické vyjádření, protože o empatii lze říci, že je porozuměním vcítění. Empatické vyjádření se skládá ze tří kroků:

- své já odkládám stranou (nebudu říkat – „Ano, přesně vám rozumím“ nebo „Zažila jsem to samé“),
- vlezu do bot toho druhého – díky tomu se dívám na věc z jiného úhlu pohledu, vnímám tedy i jeho síly (nepřestanu poslouchat hrůzou, když klient bude vyprávět, jak situaci zvládl),
- vyjádřím daný pocit – tato část je nejtěžší. Vyjádření pocitů nám někdy ztěžuje stud a nedostatek slovní zásoby (Baštecká, Goldman, 2001).

Empatické vyjádření bývá někdy označováno jako reflexe nebo zrcadlení. Nemusí vždy zachytit zcela přesně to, co klient cítí. Klient se může ohradit, vysvětlit nám přesněji svůj pocit. My však stále zůstáváme v úrovni porozumění. Je dobré si uvědomit,

že nevyjadřujeme empatii k tomu, co klient udělal či jak se chová, ale k tomu, co prožívá (Baštecká, Goldman, 2001).

Špatenková (2013) uvádí, že je nezbytné dodržovat několik zásad. Jedná se o to, abychom klienta k ničemu v žádném případě nenutili, abychom poskytli klientovi prostor a čas, abychom nepřeceňovali žádnou z technik, nedělali kategorické závěry, vycházeli z interpretací klienta, nepoužívali velké množství technik najednou, doplnili každou techniku komunikací s klientem, pozorovali klienta při realizaci technik. Důležité je také být opatrný, při sdělování výsledků práce s technikou příbuzným.

Při takovéto traumatické záležitosti je velmi pravděpodobné, že se během terapie objeví pláč. Pláč může plnit mnoho důležitých funkcí. Může se jednat o doprovodný znak různých emocí, jako je např. smutku. Pláč může být katalyzátor, při kterém se uvolní napětí, a to jak fyzické, tak psychické. Je velmi důležité, aby terapeut nebránil klientovi v pláči, nepoužíval falešné utěšování (Timulák, 2014).

3.3 Techniky pomáhající zvládnutí těžkých situací

Technikami jsou myšleny dovednosti, kterými se člověk může vyrovnat s těžkou životní situací. Obvykle je třeba zvládnout vypjatý emocionální stav a znovuoobnovení duševní pohody a klidu. K relaxačním technikám patří jak samotná relaxace, tak meditace a imaginace. Relaxace je dobrým nástrojem při odstraňování bolestí hlavy, úzkostí, chronických bolestí, hypertenze. Výzkumy bylo prokázáno, že meditace je v 92 % účinná u pacientů trpících úzkostí. Účinnost meditace byla prokázána i na u zmírnění depresivních stavů (Křivohlavý, 2009).

3.3.1 Relaxace

Relaxace je stav fyzického i psychického uvolnění a také jeho soulad. Fyzické uvolnění má své projevy v klidném dechu a pravidelném rytmu srdce. Klesá krevní tlak, uvolní se svaly a zpomalí se všechny základní tělesné funkce. Čím je uvolnění hlubší, tím se člověk cítí více vyrovnaný a tím také déle stav relaxace přetrvává (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

Křivohlavý (2009) popisuje, že se jedná o psychické i fyzické uvolňování. Jednou z technik je Schultzův autogenní relaxační trénink. Další technikou je Jakobsonova progresivní relaxace. Jde o cvičení, kde je třeba koncentrace za doprovodu cvičitele a je

zaměřeno na uvolňování jednotlivých skupin svalů. Je třeba si toto uvolnění uvědomovat a cítit ho. Uvolnění svalů se projeví i v psychickém uvolnění.

Praško (2007) tvrdí, že relaxace, tak jako jiné dovednosti, potřebuje opakovaný nácvik. Nejlépe je nacvičovat relaxaci každý den. Potom můžeme vidět výhody v oblasti tělesné, kdy se uvolňuje svalové napětí, snižuje se krevní tlak, efektivněji pracují vnitřní orgány, zvyšuje se odolnost k zátěži. Mezi duševní výhody relaxace patří větší okysličení mozku. Myšlení se zklidňuje, lépe se koncentrujeme. Také se zlepšuje paměť a lépe se nám učí. Po citové stránce se člověk stane klidnější, uvolněnější, vyrovnanější a sebevědomější.

3.3.2 Meditace

Meditace nemůže nahradit psychoterapii, ale může ji podpořit. Velmi efektivní práce na sobě je právě prostřednictvím kombinace psychoterapie a meditace. Cílem meditace je odvést myšlenky, což není vůbec jednoduché, jelikož jsme stále ve vnitřním neklidu a v hlavě nám stále a nepřetržitě běží nějaké myšlenky. Odborníci v oblasti výzkumu stresu, např. Herbert Benson, změřili některé tělesné hodnoty během meditace. Mění se mozková frekvence, amplitudy se zvyšují a prodlužují, podobně jako v hlubokém spánku; byly zaznamenány alfa vlny. Duševně je člověk při plném vědomí, zatímco tělo je ve stavu podobnému uvolnění, jako ve spánku. Krevní tlak klesá, klesá také galvanický kožní odpor, dýchání se zpomaluje a zpomaluje se i frekvence srdečního tepu. Během meditace také klesá v těle hladina kyseliny mléčné, která je považována za kritérium sklonu k úzkostem. Lidé, kteří meditují, se díky snížené hladině kyseliny mléčné, cítí méně úzkostní. Síla sebedůvěra člověka, posiluje se imunitní systém a pomocí moderních zobrazovacích technik je možné vidět, že se v mozku vytvářejí nová spojení. Lidé, kteří meditují, se dovedou velmi dobře soustředit (Röhr, 2013).

Meditace patří do skupiny zahrnující relaxační cvičení. Současné techniky byly odvozeny od původních náboženských meditativních forem, např. buddhistických, křesťanských. V meditaci je možné se soustředit na to, co člověka trápí, ale ve smyslu tzv. myšlení bez hodnocení. Cílem je získat odstup a vhled do situace nebo také nadhled (Křivohlavý, 2009).

Baštecká a Godman (2001) tvrdí, že se řada lidí denně modlí i medituje. Tato činnost je dle statistik čtenější než sexuální aktivita. Tato dimenze je popisována jako prosté osobní vědomí, že jsem nedílnou součástí vývoje vesmíru nebo jako duchovní sjednocení přírody a jejích zdrojů.

3.3.3 Imaginace

Jedná se o záměrné zobrazování. Může jít o uklidňující scénérie. Může jít o příjemnou návštěvu přírody, zážitky v horách při túře, poklidná atmosféra u moře apod. Podstatou je to, že člověk se v jeden okamžik není schopen soustředit na více věcí. Doporučuje se soustředit na jednu pozitivní věc. Někteří lidé doporučují soustředit se i na negativní věc, a to např. těžkou životní událost a její zvládnutí (Křivohlavý, 2009).

Imaginaci můžeme rozdělit na spontánní a záměrnou. **Spontánní imaginace** je představována především sny. V psychoterapii se sny využívají dlouho, a to již od roku 1900, kdy v této oblasti začal pracovat Freud a napsal k této tematice Výklad snů (Freud, 1994). Freud uváděl, že sen má dvě roviny, a to manifestní neboli zjevnou a latentní neboli skrytou. Sny se zabýval také C. G. Jung. Jeho přístup byl odlišný od Freudova. Považoval sen za přirozenou událost s kompenzační rovinou. Jung popisuje kolektivní nevědomí a osobní rovinu, se kterou má spojenou amplifikaci. Amplifikací měl na mysli terapeutický postup, kdy pacient rozšiřuje a obohacuje sen, takže sen potom může lépe působit na vědomí člověka. **Záměrná imaginace** byla ve svém počátku prezentována C. G. Jungem. Někdy se u něho stíral rozdíl mezi spontánní a záměrnou imaginací, protože pracoval na základě skutečného snu. V současné době je technika imaginace převážně využívána v katatymním prožívání obrazů. Technika spočívá v tom, že pacient leží v potměšité místnosti a je v relaxovaném stavu, případně v mírné regresi. Terapeut nabízí pacientovi nějaké téma a on na tomto tématu pracuje. Imaginace bývá také často spojena s hypnotickými postupy (Vymětal, 2004).

3.4 Dlouhá cesta a Jinej svět

Dlouhá cesta je sdružení, které se zabývá pomocí a podporou rodinným příslušníkům, kteří prošli traumatickou událostí ztráty vlastního dítěte. Toto sdružení si v posledních letech dalo za cíl vybudování proškolené sítě dobrovolných poradců/průvodců z řad rodičů a dalších příbuzných, kteří prožili smrt svého dítěte v jakémkoliv věku a z jakékoliv příčiny, naučili se znovu žít a chtějí dále pomáhat ostatním. Také proškolují tzv. laické poradce, kteří zažili tuto tragickou ztrátu, tedy vědí nejlépe, o čem mluví, když poskytují pomoc v této oblasti. Sdružení organizuje také rekondiční pobyty, kde si dává za úkol zlepšovat psychickou a fyzickou kondici maminek a dalších členů rodin. Víkendy poskytují více času a prostoru pro vzájemné sdílení prožitků a pocitů a vždy je připraven i doprovodný program, např. cvičení různých druhů,

přednášky, výtvarná činnost. Další aktivitou jsou svépomocná setkávání, která napomáhají navázání kontaktu mezi lidmi, kteří se vyrovnávají se stejnou bolestnou zkušeností. Vzájemné sdílení prožitků, pocitů a uvolnění emocí. Poznání, že nejsou s touto bolestnou událostí sami, načerpání energie a inspirace a mnohdy navázání nových přátelství. Setkání jsou půldenní, neformální, nejsou psychotherapeuticky vedena. Vždy je přítomna psycholožka, která zajišťuje odborný dohled a je nezávislým účastníkem (Dlouhá cesta, 2013).

V oblasti pomoci dětem a mladým lidem, kterým umírá či zemřel někdo blízký, působí nezisková organizace **Jinej svět**. Pomoc je určena dětem a mladým lidem ve věkové hranici 6-26 let, jejich rodinám (rodičům, prarodičům...), blízkému okolí (kamarádům, sousedům, partnerům...), škole (pedagogům, žákům, studentům). Mezi cíle této organizace patří vytvoření bezpečného, příjemného a snadno dostupného místa všem pozůstalým dětem a mladým lidem, kteří zde mohou vyjadřovat a sdílet svoje pocity a zkušenosti. Dále podporovat pozůstalé děti a mladé lidi v hledání svého způsobu truchlení a usnadňovat jim vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka (Jinej svět, 2014).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

4.1 Cíle

Cílem mé práce je prozkoumat, zda těžká traumatická zkušenost ztráty vlastního dítěte může přinést kromě negativních i pozitivní prvky ve formě posttraumatického rozvoje.

Jako dílčí cíle jsem stanovila:

- zmapovat depresivitu respondentek s odstupem od traumatické události v rozmezí 2 – 5 let,
- zmapování kvality spánku v době události a v současnosti,
- identifikovat některý ze symptomů těžkého traumatu úmrtí vlastního dítěte u respondentek,
- doporučení pro praxi - jakým způsobem jednat s těmito ženami bezprostředně po tom, kdy se dozvědí o úmrtí dítěte.

4.2 Výzkumné otázky

Jaké jsou konkrétní prvky, které pomohly zvládnout ženám těžkou traumatickou zkušenost ztráty dítěte?

Jaké se projeví prvky posttraumatického rozvoje u žen se zkušeností ztráty vlastního dítěte?

5 Metodologický rámec a metody

O volbě svého výzkumu jsem přemýšlela hlavně v kontextu toho, že se jedná o velmi náročné a ještě nyní pro respondentky zraňující téma, a že bude nutno se touto oblastí zabývat postupně, pomalu, nenásilně, detailně a velmi do hloubky, pokud mi to respondentky umožní.

5.1 Zvolený typ výzkumu

Pro výzkum prožívání takto těžkého traumatu je vhodný kvalitativní metodologický výzkum s ohledem na snahu porozumět celé oblasti v celé šíři. Mou volbu kvalitativní formy výzkumu potvrzuje i Mayring (in Miovský, 2006), který uvádí pilíře pro kvalitativní myšlení, kterými jsou např.:

- V centru pozornosti výzkumníka jsou vždy lidé, tedy subjekty, na které se vztahuje výzkumný úkol. Tyto subjekty musí být obecným východiskem i cílem výzkumu.
- Předmět, který je zkoumán, není nikdy jasný a ohraničený. Je nutné ho blíže objasňovat za použití různých metod a postupů.

5.2 Metody získávání dat

Tento výzkum je tvořen polostrukturovanými rozhovory a doplněn dvěma testovými metodami. Z polostrukturovaných rozhovorů jsem vytvořila výpovědi respondentek. Tyto výpovědi tvořily některé respondentky se mnou a některé je jen připomínkovaly či měnily.

5.2.1 Polostrukturované rozhovory

V rámci procesu „tvorby“ dat jsem připravila polostrukturovaný rozhovor. Důvodem bylo to, že umožňuje jít v některých částech do detailu, ponechává prostor k volnějším a detailnějším vypravování, ale na druhou stranu je strukturovaný, tedy drží se u všech respondentek v odpovědích stejných oblastí. To umožňuje následně rozhovory mezi sebou porovnat a např. nalézt společné prvky prožívání traumatu. V této oblasti se mi u respondentek R1, R2, R3 a R7 stalo, že jako reakci na položení první otázky, která byla otevřená, začaly rovnou vyprávět celý svůj příběh, což způsobilo, že tato první část vypadala spíše jako nestrukturovaný rozhovor. Tato otevřená otázka zněla: *“Vím, že Vás potkala velmi těžká životní situace a vím, že jste se velmi statečně s touto situací snažila vyrovnat. Můžete mi, prosím, říci co se vlastně stalo?”*

Dle Ferjenčíka (2000) otevřené otázky obvykle „navádí“ k vysvětlování podrobností názorů respondentů a také nám umožní pochopit, jak jedinec zpracoval určité skutečnosti.

Vzhledem k závažnosti tématu jsem nechtěla respondentky v této první části přerušovat. Naslouchala jsem a přizpůsobila jsem se jejich stylu hovoru. Teprve po dokončení jejich první části jsme procházely následující otázky ve strukturovaném

rozhovoru a dle toho, zda již informace zazněla, nebo ne, respondentky dále odpovídaly. Podstatné pro mne bylo, že jsme se držely struktury a otázek rozhovoru, a že tato struktura byla standardizovaná, v tom smyslu, že byla totožná pro všechny respondentky, tedy porovnatelná. Kromě primárních otázek, které byly formulovány v rozhovoru, jsem využívala i tzv. sekundární otázky. Sekundární otázky jsou otázky následné či podněcující a dle Ferjenčíka (2000) mohou zahrnovat:

- Krátké projevy porozumění nebo zájmu (např. ano, rozumím).
- Krátké očekávající mlčení.
- Zopakování primární otázky (např. v případě, že je odpověď moc stručná).
- Zopakování či parafrázování odpovědi (tazatel si ověřuje, zda dobře pochopil).
- Neutrální požadavek o doplnění informace (např. „Můžete k tomu ještě něco říci?“).
- Sumarizace nebo zrcadlení odpovědi (tazatel se snaží shrnout podstatu výpovědi, jak to pochopil).

V rámci osnovy polostrukturovaného rozhovoru (viz příloha č. 3) byla zahrnuta úvodní část rozhovoru, která sloužila k uvolnění, nastolení dobré atmosféry, navázání kontaktu, vysvětlení důvodu, proč je rozhovor požadován, a také snaha o to, aby respondent porozuměl tomu, že je tento rozhovor velmi užitečný a potřebný. Další část rozhovoru představovalo jeho jádro, které obsahovalo konkrétní otázky k danému tématu. Některé otázky byly otevřené, některé uzavřené. Jádro rozhovoru bylo členěno do šesti částí, které obsahovaly otázky. Tyto části byly:

- 1) Co se vlastně stalo – popis situace.
- 2) Reakce na nepříznivou životní událost.
- 3) Hodnocení situace s odstupem 2 – 5 let.
- 4) Opěrné body.
- 5) Současnost včetně kvality spánku.
- 6) Poskytnutá odborná pomoc.

Závěrečná část obsahovala především poděkování za rozhovor, zjištění pocitů respondentek. V případě, že žena byla rozrušená, ještě jsem s ní vyčkala a pomalu jsme stabilizovaly situaci. U některých jsme začaly postupně mluvit o jiných tématech, s některými jsme se šly projít, až došlo k pozvolnému zklidnění. Po ujištění od respondentek, že se již cítí dobře, jsme se teprve rozcházely. Výjimkou byly účastnice R4 a R6, se kterými jsem komunikovala formou emailové korespondence.

5.2.2 Standardizovaná Beckova sebeposuzovací škála deprese (BDI-II)

Testování depresivity bylo provedeno Beckovou sebeposuzovací škálou deprese, a to její poslední verzí BDI-II, která koresponduje s DSM-IV. Jde o screeningovou zkoušku, která je vhodná do psychologické, psychiatrické, lékařské praxe a také do výzkumu. Bývá využívána v kombinaci s rozhovorem, pozorováním a projektivními technikami, aby se rozpoznala pacientova situace. Vychází z praktických klinických zkušeností. BDI-II je používána jak pro testování hloubky depresivity u již diagnostikovaných pacientů, tak i jako detektor deprese u běžné populace. Položky jsou zaměřeny na afektivní, kognitivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Dotazník měří stav, ne depresivitu jako rys osobnosti. Skládá se z 21 položek. Pokud by bylo označeno více odpovědí v jedné položce, počítá se ta s nejvyšším bodovým ohodnocením. Maximum je 63 bodů. U položky 16 (změna spánku) a 18 (změny chuti k jídlu) je vždy po 7 alternativách (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b). Jednotlivé varianty mají klinický význam a je vhodné je sledovat. Beck doporučuje věnovat zvláštní pozornost položkám č. 9 (Sebevražedné myšlenky nebo přání) a č. 2 (Pesimismus). Lidé, kteří v těchto položkách skórují 2 - 3 body, mohou být v riziku sebevražedného jednání. Klinickou hodnotu mají také položky 16 a 18. Celkový skór je hodnocen jako „subjektivní vnímání depresivní symptomatiky“. Skór do 13 bodů je hodnocen jako „bez projevů depresivity v sebeposouzení“. Skór mezi 14 a 19 body se hodnotí jako „mírné projevy subjektivně vnímané depresivní symptomatiky“. Na závěr se někdy mohou uvést všechny položky 3, eventuálně i 2. Ze statistických studií je zřejmé, že naprostá většina zdravých osob skóruje jen zřídka 2 - 3 u jednotlivých položek. Normou je 0 - 1. U tohoto dotazníku je obecná tendence vyššího skórování u žen. Výrazně nízká hladina může být varovným signálem agravace neboli úmyslného zvětšování. Popření příznaků v sebeposuzovací škále a manifestní projevy v rozhovoru pak mohou mít zřejmý význam pro zachování pacientovy psychické rovnováhy. U pacientů s těžkou depresí může být tendence dávat buď nejvyšší, nebo naopak nejnižší možné body (0 nebo 3). Extrémně nízký skór, např. 0 - 2, může obsahovat tendenci ke zkreslení výpovědi o vlastním prožívání. Administrace je poměrně jednoduchá a trvá i s vyhodnocením 5 - 10 minut. Posuzují se poslední 2 týdny pacientova života včetně aktuálního dne. Respondentky vyplňovaly dotazník v papírové formě.

5.2.3 Nestandardizovaný sebeposuzující dotazník TS-40

Jde o nestandardizovaný dotazník. V tuto chvíli má pro výzkum spíše orientační a podpůrný smysl. Nicméně z výsledků tohoto dotazníku je vidět, že víceméně

korespondují s testem BDI-II. Dotazník byl vytvořen jako metoda vyhodnocení přítomnosti patologických symptomů dospělých, kteří v dětství či v dospělosti prošli těžkým traumatem. Měří některé z příznaků posttraumatické stresové poruchy a další skupiny symptomů, které byly prokázány u lidí s traumatizujícími zážitky. Dotazník je určen pro výzkumné účely, nejedná se o klinickou metodu. Jde o sebeposuzující dotazník a je tvořen čtyřiceti položkami. Respondentům je kladena otázka „*Jak často jste zažil/a každou z následujících položek v posledních dvou měsících?*“. Odpovědi se zaškrťávají na Likertově škále, kde 0 je nikdy a 3 je často. V dotazníku existuje šest subškál, a to disociace, úzkostnost, deprese, SATI (index sexuálního zneužívání), poruchy spánku a sexuální obtíže (Rezková, 2009).

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Rozhovory s jednotlivými respondentkami jsem nahrávala nejdříve na diktafon a mobilní telefon, abych raději měla informace dvakrát. Později jsem se spolehla již jen na mobilní telefon, na kterém byl záznam rozhovoru slyšet mnohem lépe. Rozhovory jsem potom postupně přepsala. U dvou respondentek jsem využila emailovou korespondenci pro rozhovor, a jelikož jsem potřebovala další doplňující informace, znovu jsem je oslovila a ony mi tyto informace zaslaly.

Informace z **polostrukturovaných rozhovorů** jsem detailně znovu poslouchala, několikrát kontrolovala a snažila se transkripcí zachytit co nepřesnější odpovědi. Při přepisu jsem vynechala úvod, který sloužil k bližšímu seznámení a uvolnění atmosféry. A také k vysvětlení proč je rozhovor užitečné poskytnout. V přepisu jsem se nezabývala ani konečnou fází rozhovoru, tedy poděkováním. Většina respondentek odpovídala na otevřenou otázku formou vyprávění toho, co se vlastně přesně stalo. Proto jsem velmi detailně tuto velkou a obsáhlou část prozkoumala a poté rozdělila dle jednotlivých témat, a buď přiřadila k otázce v polostrukturovaném rozhovoru, kam tematicky patřila, nebo jsem vytvořila zvláštní kategorii pro tuto specifickou oblast. V rámci polostrukturovaných rozhovorů jsem měla otázky seřazeny do okruhů, např. „Reakce, kdy probíhala nepříznivá životní událost“, „Hodnocení situace s odstupem 2 – 5 let (současnost)“, „Opěrné body“, „Poskytnutá odborná pomoc“. Důvodem byla snaha o lepší porozumění při analýze dat a také usnadnění interpretace výsledků. Kromě těchto okruhů se po důkladném zkoumání rozhovorů objevily i další okruhy. Z rozhovorů jsem nejdříve vybrala pasáže, které se vztahovaly přímo k dané kategorii a poté jsem je detailněji rozebírala **metodou kódování**

tak, že jsem různými barvami označovala vždy to, co bylo v dané pasáži u respondentek stejné či velmi podobné. V rámci analýzy dat jsem dále využila **deskriptivní přístup, metodu prostého výčtu, metodu kontrastů a srovnávání a metodu vytváření trsů**.

Dle Miovského (2006) je analýza kvalitativních dat považována za nejobtížnější část realizace výzkumu. Vliv na to má velká míra volnosti výkladu jednotlivých metod, velké množství možností, které jednotlivé metody poskytují, nízká standardizace dílčích postupů a velké množství variant, které vznikají jejich kombinacemi.

Od každé respondentky jsem měla vyplněnu Beckovu sebesuzovací škálu deprese (BDI-II) a také nestandardizovaný sebesuzující dotazník TS-40. Data z těchto testů jsem seřadila dle hodnot do tabulek v Excelu. U BDI-II jsem uvedla body, které vyšly jednotlivým respondentkám a výslednou hodnotu, která značila stupeň depresivity (minimální, mírná, střední, těžká). U TS-40 jsem do levého sloupce zanesla subškály disociace, úzkostnost, deprese, SATI (index sexuálního zneužívání), poruchy spánku a sexuální obtíže, a nalevo jsem u jednotlivých respondentek psala konečné hodnoty.

5.4 Etika výzkumu

Jedním z důležitých pravidel, které je nutno dodržet při provádění výzkumů, je důsledné dodržování etických zásad. „*Psychologové chovají náležitý respekt k základním právům, důstojnosti a důležitosti všech lidí a podporují jejich rozvíjení. Respektují práva jedinců na soukromí, důvěrnost informací, sebeurčení a autonomii v souladu s dalšími profesionálními závazky psychologa a se zákony*“ (Lindsay, Koene, Ovreeide, Lang, 2010).

Respondentky se výzkumu účastnily dobrovolně a před rozhovorem podepsaly *informovaný souhlas* (příloha č. 5) s cílem a podmínkami výzkumu. Požádala jsem je o souhlas s nahráváním na mobilní telefon. Před začátkem rozhovoru jsem všechny ženy znovu ústně informovala o jeho účelu a o tom, že mým záměrem je identifikovat prvky, které pomohly ženám se vyrovnat s těžkým životním traumatem. Za předpokladu souhlasu respondentek, mám záměr tyto prvky zprostředkovat ženám, které tímto traumatem procházejí. Respondentky byly informovány i o tom, že mohou odmítnout jakoukoli otázku, na kterou by nechtěly odpovídat a také, že mohou od rozhovoru kdykoli odstoupit. Sdělila jsem jim, že nejsem profesionál ani zkušený psycholog či psychoterapeut, ale že mne velmi zajímá toto téma, a že budu vděčná, pokud mi pomohou pochopit některé věci a proniknu hlouběji do tohoto tématu. Výběr prostředí, kde se rozhovory uskutečnily, byl vždy po dohodě, ale zachováno bylo pravidlo anonymity a respektován návrh

respondentky. V případě požadavku upřednostnit elektronickou formu rozhovoru před osobním setkáním, byl tento způsob akceptován. U respondentek, které mi doporučilo sdružení Dlouhá cesta, s nimi nejdříve zodpovědná osoba z tohoto sdružení promluvila, a dotázala se jich, zda by měly zájem mi poskytnout rozhovor. Teprve po jejich souhlasu mi byly předány kontakty.

Dvě ženy, které se účastnily výzkumu, pracují se mnou ve stejné společnosti. Vzhledem k pracovní pozici personálního manažera, kterou vykonávám, jsem se chtěla vyvarovat střetu zájmů. Jedna z těchto respondentek je moje podřízená. S ní jsme se domluvily, že rozhovor provedeme přes emailovou korespondenci. Obě jsem ubezpečila, že informace, které mi sdělí, jsou pro mne důvěrné a bez jejich souhlasu nikde sdělovány nebudou. Zároveň mám i ve svém zaměstnání podepsanu tzv. mlčenlivost, tedy že důvěrné informace o zaměstnancích nebudu a ani nesmím nikomu sdělovat. Tyto respondentky, byly ubezpečeny, že informace, které mi během rozhovorů poskytly, nebudou mít žádný vliv na výkon jejich pracovní pozice.

Ve výzkumu je zachována anonymita žen. Jsou označeny zkratkou R1 - R7. Pokud mi během rozhovoru sdělily město, kde žijí, jména svých dětí, či jiné konkrétní údaje, převedla jsem je do obecné formy např. jméno dítěte = syn. Tímto jsem ošetřila *právo na soukromí a ochranu informací účastníků průzkumu*.

V případě, že by v průběhu průzkumu došlo k novým skutečnostem, které by bylo nutno eticky zohlednit, připravím a nechám podepsat nový informovaný souhlas, který tyto nové skutečnosti bude zahrnovat. Tento nový dokument mohou iniciovat jak respondentky, tak já.

6 Výzkumný soubor

Výzkum je zaměřen na ženy, které z hlediska subjektivního posouzení okolí nějakým způsobem zpracovaly trauma spojené s úmrtím vlastního dítěte a fungují v normálním životě. Aby bylo možné odpovědět na výzkumné otázky, stanovila jsem vstupní předpoklady, které musely splňovat všechny respondentky. Jednalo se o předpoklady:

- od traumatické události uběhlo 2 – 5 let,
- žena není v současné době hospitalizována na psychiatrii,
- žena má stále zaměstnání,
- dítě, o které žena přišla, bylo v dospělém věku,

- žena dokáže a chce o své zkušenosti mluvit.

Z hlediska způsobu výběru vzorku se jednalo o příležitostný výběr (někdy nazývaný také libovolný výběr nebo výběr dobrovolníků). Nebylo vůbec snadné výběrový soubor dát dohromady. Původně jsem zamýšlela počet osm až deset účastnic, ale nakonec je výběrový soubor tvořen sedmi ženami, které se mi podařilo oslovit, a které souhlasily s poskytnutím informací o tomto svém těžkém traumatu. Vzhledem k zaměření výzkumu sledávám tento počet žen ve výběrovém souboru jako postačující. Nejdříve jsem hledala potenciální respondentky ve svém okolí. Zde jsem našla dvě, které pracují ve stejné firmě jako já. Další dvě respondentky se mi podařilo oslovit na meditačním semináři. Dále jsem si našla na internetových stránkách sdružení Dlouhá cesta, o kterém jsem věděla, že s těmito ženami a jejich rodinami, pracuje. Z tohoto sdružení mi byly doporučeny další dvě ženy, které splňovaly výše uvedená výběrová kritéria. Věděly o mém výzkumu a souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Mohla jsem je tedy oslovit nejdříve emailem, což byl náš první kontakt. Poslední ženu mi doporučila jedna z respondentek, které se mnou pracují ve stejné firmě. Průměrný věk respondentek je 45,3 let. Směrodatná odchylka je 5,47.

Tabulka č. 2: Přehled základních údajů o respondentkách

Respondentky	Věk respondentky	Roky od události	Věk dítěte	Pohlaví dítěte	Příčina úmrtí
R1	49	3,5	23	syn	nemoc
R2	35	3,5	17	syn	násilná smrt
R3	50	4	29	dcera	nemoc
R4	39	5	19	dcera	dopravní nehoda
R5	49	2,5	24	syn	udušení
R6	49	3	20	syn	dopravní nehoda
R7	46	3	24	syn	blesk

7 Popis a interpretace výsledků

Záměrem mé práce je prozkoumat posttraumatický rozvoj u žen, tedy to, zda ženy samy identifikují nějaké rozvojové prvky své osobnosti po prožití takto těžkého traumatu. Jednalo se mi zejména o prvky, které vnímají jako pozitivní, prvky, které je něčím obohatily. Tyto prvky se objevovaly v polostrukturovaném rozhovoru v níže uvedených oblastech:

- **Hodnocení situace s odstupem 2 – 5 let** (otázky – „Dá se říci, že vám tato událost přinesla něco, co by se dalo hodnotit jako pozitivní pro vývoj vaší osobnosti?“, „Jakým způsobem se změnil váš postoj k životu?“, „Změna životních hodnot?“)
- **Opěrné body** (otázky – „Co vám nejvíce ulevovalo v této životní situaci?“, „Co byste poradila jinému člověku, který prochází tuto situaci?“)
- **Současnost** (otázky – „Cítíte se nyní smířená s tím, co se stalo?“, „Za jak dlouhou dobu přišlo vyrovnání, kdy jste se začala znovu zabývat běžnými životními věcmi – např. koníčky apod.?“)

Z těchto oblastí mi v rámci provedené kategorizace vyšly kategorie 1 – 6:

- Co přineslo trauma pozitivního, prvky posttraumatického rozvoje (1).
- Ovlivnění postoje k životu (2).
- Co tenkrát nejvíce pomáhalo (3).
- Reakce po oznámení skutečnosti (4).
- Spánek a sny (5).
- Symptom doprovázející úmrtí (6).

Pro větší možnost porovnání jsem respondentky rozdělila na dvě skupiny. Ženy, které vykazují určitou míru depresivity a ženy, které depresivitu dle testování nevykazují. Rozdělení proběhlo podle výsledků Beckovy sebesuzovací škály deprese a dle nestandardizovaného sebesuzujícího dotazníku TS-40. Rozdělení žen do skupin proběhlo dle toho, zda se u nich nějaký stupeň depresivity prokázal nebo neprokázal. Skupina 1 (S1) obsahuje respondentky R1, R2 a R5. Skupina 2 (S2) obsahuje respondentky R3, R4, R6 a R7. Níže uvedená tabulka shrnuje výsledky z obou testových metod. Vidíme, že respondentky ve skupině 1 vykazují dle BDI-II určité stupně depresivity (mírnou, střední a těžkou depresivitu). Nikdo z žen ve skupině 2 dle BDI-II depresivitu nevykazuje, jelikož se všechny ženy pohybují na stupni depresivity minimální.

Tabulka č. 3: Výsledky BDI-II včetně zohlednění rozdělení do skupin

BDI -II - SKÓRE	Skupina 1			Skupina 2			
Respondentky	R1	R2	R5	R4	R6	R7	R3
Body	18	22	55	6	10	9	5
Depresivita	mírná	střední	těžká	minimální	minimální	minimální	minimální

Další metoda, tedy sebesuzující dotazník TS-40, potvrdila výsledky z BDI-II. Dle výsledků by se dalo usuzovat, že rozdělení žen na dvě skupiny je správné z hlediska

zařazení dle stupně depresivity. I když TS-40 není standardizován, přesto ve smyslu podpůrného nástroje podpořil výsledky žen dle BDI-II. Respondentky celkově vykazovaly celkový počet bodů v pořadí, které je odpovídající testování dle BDI-II. Subškála „Deprese“ taktéž koresponduje s BDI-II.

Tabulka č. 4: Výsledky TS-40 včetně zohlednění rozdělení do skupin

TS-40 - SKÓRE	Skupina 1			Skupina 2			
Respondentky	R1	R2	R5	R4	R6	R7	R3
Disociace	4	8	9	6	2	4	2
Úzkost	9	7	14	3	2	3	0
Deprese	11	12	26	7	5	7	0
SATI (Index sexuálního zneužití)	2	8	13	5	2	5	2
Poruchy spánku	10	9	10	5	8	3	2
Sexuální problémy	4	9	9	5	0	7	0
TSC-40 total score: 1-40	40	53	81	31	19	29	6

7.1. Respondentka R1

Respondentku R1 jsem oslovila ve své práci a i když každá pracujeme v jiném oddělení, občas se potkáme. V současné době bojuje s rakovinou prsu. Na syna často myslí, ale nyní se věnuje vnukovi, který je synovi velmi podobný. Tato žena nesla úmrtí svého syna velmi těžce. Obětavě s ním trávila čas na vyšetřeních, v nemocnicích, když byl hospitalizován. Poznala jsem ji vzhledem k tomu, že pracuji na personálním oddělení ve stejné firmě a mohla jsem jí pomoci v tom, abychom jí jako zaměstnavatel poskytl více volného času v tomto jejím těžkém období, než jí umožňoval legislativní rámec. Po dlouhém a vyčerpávajícím boji o život syna se jí objevila rakovina prsu, se kterou bojuje dodnes. I když její psychický stav prošel mnoha negativními vlnami a nachází se v mém výzkumu ve skupině S1, tedy mezi respondentkami s příznaky deprese, přesto dle Beckovy sebesuzovací škály deprese se nachází v úrovni **mírné depresivity** (18). S respondentkou jsem se setkala za účelem rozhovoru u ní doma. Rozhovor jsme provedly v klidném prostředí jejího pokoje, kde měla vystavenou pouze jednu fotku jejího syna, a o z doby, kdy byl ještě zdravý a v pořádku. Atmosféra při rozhovoru byla klidná, respondentka popisovala události v klidném stavu a při některých částech výpovědi plakala. V mluvení neměla zábrany a popisovala události tak, jak přicházely. Mluvila o všem, na co jsem se jí ptala, tedy nevyužila možnosti nemluvit o tom, o čem by nechtěla. Rozhovor trval 2,5 hodiny. Po ukončení jsme ještě chvíli seděly a pozvolna přešly k jiným,

méně bolestivým tématům. Teprve potom, když již respondentka byla zklidněná, jsem odcházela.

a) Příběh

Respondentka měla dvě děti, dceru a syna. Žila v normálním manželství, které následně po prožitém traumatu nevydrželo a rozpadlo se. Z počátku se snažil manžel respondentku podporovat, ale situace byla tak těžká, že po události nastal mezi manžely rozchod. Po roce od úmrtí syna respondentku opustil manžel. Počátek traumatu začal bolestmi syna, který nejdříve nechtěl navštívit lékaře. *„V březnu to bylo 6 let, když syn začal mít bolesti, bolely ho záda a vše možné, posílali jsme ho po doktorech, a když jsem měla narozeniny, chtěl mi udělat radost a šel. Dostal dlouhou zprávu, a našli jsme večer boule, byl to nádor v břiše. Měl horečky. Odvezli jsme ho do nemocnice, kde si ho nechali.“* Po odstartování této události se postupně stav syna zhoršoval, diagnózy byly dramatické a po identifikaci rakoviny se začalo s léčbou. *„Začaly chemoterapie. Byly opravdu drastické. To, co jsem viděla, to bych nikomu v životě nepřála. Byly u toho všechny možné komplikace, spálený jícn, odpadávala mu vnitřní sliznice, měsíc nejedl a nepil. Selhávala mu ledvina. Strašně zvracel. Měl speciální vaky s výživou, všude měl hadičky, z rukou, z přirození. Když byl z nejhoršího venku, tak po druhé terapii se octnul v kómatu, měl úbytek bílých krvinek. Mysleli jsme, že již umře. Tenkrát se to mělo stát, trápení by si zkrátil.“* Po této léčbě nastalo pro respondentku těžké období, kdy se střídaly pobyty v nemocnici a doma. Naděje vzrostla v letním období, kdy se jeho zdravotní stav začal zlepšovat. Bohužel se s ním v této době rozešla jeho dívka a jeho stav se začal opět zhoršovat. Před Vánoci se již lékaři vzdali naděje a oznámili rodičům, aby si syna vzali domů. Během Vánoc se jeho stav velmi zlepšil a rodiče si mysleli, že se již začíná uzdravovat. Bohužel na Štědrý den dostal epileptický záchvat a bylo nutné ho převézt opět do nemocnice. *„Doktor si mě zavolal a říkal, že umře, že mu zbývá pár dní života. Nevěděla jsem, co mám dělat, co říct. Nechtěla jsem to na sobě nechat znát. Nevím, kde se ve mně ta síla vzala. Potom jsem se nadechla, a šla za ním a řekla, že léčba bude pokračovat, a že to bude dobré.“* Po několika dnech rodiče přijeli za synem do nemocnice, ale situace již byla krizová. *„On už ležel na morfiu, vůbec nevnímal, jednou otevřel oči, pomohla jsem mu na záchod, ale on už úplně byl mimo. Potom jsem se rozloučila, všechno jsem si osahala, udělala křížek a šla jsem pryč. Defakto jsem utekla, protože jsem slyšela, jak kašlal. Byli jsme poslední, koho viděl. Potom doktor volal, že syn upadl do kómatu a zemřel.“*

b) Reakce po oznámení skutečnosti

- Oznámení o onemocnění syna

Žena uvádí, že zprávu o onemocnění syna jí oznámil lékař, a to dosti necitelně: „*Je tím prolezlej a vy byste, ženská, chtěla zázraky.*“ Respondentka uvádí, že oznámení takovéto zprávy by mělo proběhnout „*šetrně a s trochou lidskosti, s úctou. Velmi přínosná byla pochvala od sester, že jsem se o syna velmi dobře starala.*“

- Oznámení o úmrtí syna

Žena popisuje svůj psychický stav bezprostředně po oznámení této skutečnosti lékařem. Žena popisuje, že to bylo velké překvapení, šok. „*Potom to bylo horší, člověk si neuvědomoval, co se stalo. Došlo mi to až za nějakou dobu, že není. Chodila za mnou teta a potom mne objednala na psychiatrii, nechtěla jsem žít, chtěla jsem zemřít. Měla jsem i prášky vysypané, neměla jsem k tomu daleko. Teta mě objednala na psychiatrii. Prý jsem seděla v pokoji, držela urnu a houpala se. Toto ale já vůbec nevím. Potom mě poslali na psychiatrii. Ale trvalo mi to dlouho, než jsem se s tím vyrovnala.*“ Popisuje, že v tomto těžkém období, kdy ji po roce opustil manžel a ona zůstala úplně sama bez prostředků, se upínala k alkoholu. Bylo to pro ni úlevné, protože po požití nastaly chvíle, kdy ji nic netrápilo. Stávalo se, že celé dny nemluvila. Vyústění celé situace došlo tak daleko, že si nahmatala bulku v prsu. Odkládala návštěvu lékaře, a když k němu po čase došla, byla již nutná operace zhoubného nádoru.

c) Psychické vyrovnání

Respondentka se v současné době zcela vyrovnaná necítí. „*V současné době vyrovnaná zcela nejsem. Nikdy nebudu. Spoustu věcí jsem si musela v hlavě nahodit. Vidím vnuka jako součást mého syna - vidím v něm synovy rysy, a to mě drží při životě. Spoustu věcí jsem si musela odůvodnit. Že mi vnuka poslal a tak. Nejvíc blízký je mi syn v autě, kdy jsem sama se sebou. Kdy si připadám jakoby volná. Povídám si s ním. Smířila jsem se s tím nebo i vyrovnala, ale uvnitř to není.*“ To, že zde nenastalo vyrovnání se situací, potvrzuje i BDI-II, kde vychází respondentka v úrovni mírné depresivity.

d) Spánek a sny

- Spánek po úmrtí syna

Spánek neměl odpovídající kvalitu. Respondentka uvádí, že kvalita spánku byla špatná, a že to přetrvává do dnešních dnů. Tři roky spala jen 4 hodiny denně. V noci ji trápily úzkostné stavy, špatně se jí dýchalo. Necítila se odpočínutá. Často ji budila hrůza,

kteřou viděla. Viděla ve snech syna vždy v hrozném stavu za doby nemoci. Za noční mŕřu považuje sny se synem, kde je nemocný.

- Spánek v současnosti

Stále nespí dobře a užívá Lexaurin. *„Je to trochu lepší než dřívě, ale není to ono. Budí mě hrůza, kterou jsem viděla. Jen v noci se to vrací. Ve dne už ne.“* Tvrdí, že má tak špatné spaní, že zde není prostor na sny. Kromě antidepresiv jí nic nepomáhá. V noci se budí a přichází hrůza, kdy vidí syna v zuboženém stavu. Někdy ze spánku křičí, aby šel pryč, že ho nechce.

- e) Využití odborné pomoci

Respondentka využila návštěvy psychiatrie a brala antidepresiva. *„Potom jsem antidepresiva vysadila, lékařka mě varovala a měla pravdu. Musela jsem se k ní vrátit zpět.“*

- f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Vnímání přítomnosti zemřelého blízkým člověkem není tak neobvyklé a stalo se to i respondentce. *„Přišel se rozloučit. Stala se mi zvláštní věc, 2 měsíce po jeho odchodu jsem cítila jeho přítomnost. Když jsem zavřela oči, cítila jsem, jakoby se mě dotýkal. Teď už to dávno nemám.“*

7.2. Respondentka R2

Respondentku 2 jsem potkala na vzdělávacím semináři. Přislíbila mi rozhovor po vysvětlení účelu, za kterým byl uskutečňován. V současné době svůj stav charakterizuje jako *„jednou nahoru a jednou dolů“*. Rozhovor jsme zorganizovaly na pokoji, kde byla respondentka ubytována během tohoto vzdělávacího víkendu. Rozhovor poskytovala velmi ochotně. Působila někdy trochu nejistě, ale snažila se sdělit skutečně vše, na co jsem se ptala. Několikrát během rozhovoru plakala. Ujistila jsem ji, že je to v pořádku, a že naopak je velmi dobře, že se může vyplakat. Rozhovor trval přibližně 2 hodiny. Na závěr našeho rozhovoru mi sdělila, že jsem vlastně první psycholog (v jejím vnímání), který ji takto empaticky vyslechl. Bohužel měla s psychologem v kontextu úmrtí svého syna špatné zkušenosti. V současné době prožívá těžké období vzhledem k tomu, že druhému synovi byl diagnostikován nádor v dutině břišní. Tato skutečnost nastala až po našem rozhovoru a po vyplnění dotazníků. Míra depresivity dle BDI-II vyšla této ženě **střední**. Je možné, že v této době by již míra depresivity byla vyšší vzhledem k aktuálním okolnostem. Úmrtí

jejího syna bylo velmi nečekané. Těžká situace byla ještě těžší v tom, že dlouhou dobu žena nevěděla, co se vlastně se synem stalo. Byl nalezen mrtvý, ale k příčině úmrtí se nikdo smysluplně nevyjádřil. Její pátrání po příčině úmrtí syna zatím nasvědčuje tomu, že šlo o spáchání trestného činu napadení několika pachateli, a že toto napadení skončilo smrtí syna. Žena se v současné době snaží vyrovnat s tímto traumatem dle jejích slov především duchovní cestou.

a) Příběh

Respondentka měla dva syny. Starší syn byl ten, kterému se stala tato tragická událost. Respondentka je vdaná a trauma procházela i za účasti širší rodiny. Oporou jí byla především její sestra. Manžel jednal dosti nevýrazně, nedovedl se k tomuto těžkému traumatu postavit. Toto komentovala žena tak, že v manželovi v té době nenalezla podporu, kterou tolik potřebovala. Tragická událost začíná odchodem syna v pátek večer na setkání se spolužáky. *„Odešel a ráno jsem zjistila, že není doma, ale protože jsem s ním měla hezký vztah, nechtěla jsem dělat zmatky, tak jsem volala jeho bratrance, zda neví, kde je. Nevěděl. K polednímu mi sestra volala do práce, že stále nepřišel. Nechtěla jsem volat policii, věřila jsem, že přijde. Odpoledne jsme šli s malým synem ven a myslela jsem, že až přijdeme, bude doma. Nebyl.“* Poté se žena odhodlala kontaktovat policii, kde jí bylo řečeno, že vzhledem k tomu, že synovi nebylo ještě osmnáct let, že nemohou vyhlásit pátrání. Proto se manžel sestry vydal synovce hledat, ale nebyl úspěšný. Po nějaké době volali z policie, že syna našli utopeného v potoce. *„Nevěděli jsme, co se stalo. V první moment policie uvažovala, že šel z večírku, že měl nějaké drogy, a tímto směrem to směřovalo. Výsledky ale ukázaly, že žádné drogy neměl. Nic bližšího nikdo nevěděl. Nebylo jasné, co se vlastně stalo. V krvi měl, 1,55 promile alkoholu, zranění prý neodpovídá napadení. Sdělili nám, že nechávají případ otevřený. On byl nalezený v trenkách, v tričku, a měl bundu a mikinu srolovanou pod sebou, ležel na tom. Ten, kdo ho oblékal na pohřeb, říkal, že byl hrozně dobitý. Měl prý zraněnou tvář.“* Dlouho nebylo jasné, co se vlastně stalo. Po třech letech se žena dozvěděla, že byl pravděpodobně její syn napaden pěti stejně starými kluky, kteří ho chtěli okrást, ale protože se bránil, umlátili ho.

b) Reakce po oznámení skutečnosti

Respondentka uvádí, že byla několik minut úplně mimo. *„V tu chvíli jsi v šoku, že nemůžeš brečet. Celý den jsem nebrečela, až v noci to začalo, a potom jsem brečela stále. Potom mi zavolali rychlou a dostala jsem injekci.“* Tragickou událost jí sdělil

empaticky policista, ale poté byla zavolána policejní psycholožka, se kterou neměla žena dobrou zkušenost. *„Potom volali psycholožku, která byla hrozná, nesoustředěná, roztěkaná, vůbec mi nepomohla.“* Uvádí, jak by mělo předání takto závažné informace probíhat. *„Určitě ne telefonem. Osobně. Uvítala bych člověka duchovního zaměření. Důležitá je empatie, laskavý přístup, ne arogance.“*

c) Psychické vyrovnání respondentky

Stavy se střídají. V současné době se stav více rozjitřil právě skutečností, že se žena dozvěděla, co se vlastně stalo. Respondentka uvádí, že se snaží na sobě pracovat v duchovní oblasti. Velmi jí pomáhají meditace.

d) Spánek a sny

- Spánek po úmrtí syna

Se spánkem po této tragické události měla žena problémy. *„Hrozně, nemohla jsem spát. Moje obvodářka mi dala antidepresiva. To byl důvod, proč jsem je brala, abych mohla spát. Brala jsem 3 roky Lenuxin na spánek. Potom se mi podařilo přes bylinky prášky odbourat. Nyní neberu nic.“* Také sny byly v té době těžké a nepříjemné. *„Sny byly hrozně. Měla jsem hrozně sny, že ho nemůžu dát do rakve, že se tam nevejde, že mu musím uříznout hlavu, aby se do rakve vešel, že mu koukají nohy z rakve. Viděla jsem tu strouhu, kde se syn utopil, že bude mít hlavu pod vodou.“* Noční můry v souvislosti se synovou smrtí neměla.

- Spánek v současnosti

V současnosti se spánek upravil. Žena spí dobře. *„Nyní před spánkem prosím, aby mě Kristus obejmul a držel mě ve svém náručí. Nyní spím krásně. I v cizím prostředí.“*

e) Využití odborné pomoci

Pomoc odborníků hodnotí tak, že jí vlastně moc nepomohli. Měla smůlu, že se víceméně nesetkala s empatickými psychology, kteří by měli se ztrátou dítěte zkušenost. *„Moje obvodní lékařka mně jednu, prý dobrou, psycholožku doporučila, ale když jsem tam ve smluvenou dobu přijela, tak mi oznámili, že tam není, protože musela odjet k naléhavému případu. Tak to byl pro mne další šok. Bylo to asi třetí den poté, co se to stalo synovi.“* Pomohli jí až lidé ze sdružení Dlouhá cesta. Zde potkala psycholožku, která s ní dokázala o celé věci hovořit. *„Tak ta byla moc fajn, laskavá, nikam nespěchala. Specializovala se na pomoc dětem, co je postihla rakovina a jejich rodičů.“*

f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Třetí den po úmrtí dítěte žena vnímala velmi silně synovu přítomnost. „*Třetí den se se mnou syn přišel rozloučit. Ležela jsem u našich v pokoji. Zjevil se mi u okna do půl těla, divila jsem se, že má hnědé tričko, bylo od bahna, jak ležel. Objevil se mi u hlavy. Bylo hrozné, že jsem se s ním nerozloučila. Zeptala jsem se, jestli ho můžu obejmout. Obejmula jsem ho a ptala se, proč jsi tam lezl, on mlčel a potom se rozplynul.*“

7.3. Respondentka R3

Respondentku R3 jsem měla možnost potkat jako první také na vzdělávacím semináři. Byla velmi ochotná mi povídat o svém příběhu. Sedly jsme si ven ke stolkům, které byly před budovou k dispozici, zvolily jsme místo úplně v rohu, abychom nebyly vyrušovány. Vyprávění bylo dlouhé. Žena vyprávěla velmi statečně, občas jí tekly slzy, ale z celého rozhovoru jsem vnímala její vyrovnanost. V tomto případě jsem si na její rozhovor vyčlenila 2 hodiny, ale nestačily nám. Také po ukončení rozhovoru nebyla vhodná doba, abychom šly rovnou na přednášku, a tak jsme se šly ještě projít, abychom rozjitřené pocity zklidnily. Postupně jsme přešly i na jiná témata, ponechala jsem ženě možnost mluvit o tom, o čem chce. Této respondentce zemřela dcera, a to po dlouhém boji o svůj život. Jednalo se o nezhoubný nádor mozku, který ale tím, že se nenápadně v mozku rozrůstal, utlačoval ostatní části mozku. Příznaky nebyly dlouhou dobu nijak výrazné a lékaře nenapadlo pátrat tímto směrem. Dle ženinych slov bylo velmi těžké postupné odcházení (ve smyslu umírání) její dcery a také především to, že rodina se s touto situací dosud zcela nesmířila. Respondentka se snažila během těžkého období držet psychicky i své ostatní blízké. V současné době je, jak sama říká, smířená, a to díky duchovnímu rozměru, který v celé tragické události dokázala nalézt. V testování depresivity Beckovou sebesposuzovací škálou vyšla nejnižší ze všech žen, tedy **stupeň depresivity minimální (5)**.

a) Příběh

Celý příběh začíná zdánlivými mdlobami dcery, která již byla dospělá a žila se svým manželem mimo domov rodičů. „*Dcera onemocněla, upadla do kómatu a zjistilo se, že jde o nezhoubný nádor, na který se přijde, až když utiskuje mozková centra., zvracela jenom šňávy. Potom byla odvezena na neurologii a tam ji okamžitě odeslali na CT a tam zkolabovala. Ležela tam dlouho a my nevěděli co se děje.*“ Po pátrání neurologů a dalších doktorů bylo rodičům sděleno, že dcera je v ohrožení života. Začala se hledat vhodná

nemocnice, která by tuto situaci uměla řešit. Dokonce jedna nemocnice odmítla převzít dceru do své péče. Po dalších pokusech byla umístěna do nemocnice ve velkém městě. Vnímání dcery při dalším shledání v nemocnici bylo takové, že respondentka si myslela, že již zemřela, když ji uviděla. *„Potom nás k ní pustili, a ona byla šedá, ztuhlá a studená. Ptala jsem se hned sestřičky, co jí je, a sestřička odpověděla, že spí, ať jsem v klidu. Ale ona byla v tu chvíli pro mne mrtvá. Bylo to tělo bez duše. Když jsme ji v nemocnici viděli, měla na hrudi popáleniny od elektrických šoků.“* Následně byla dcera odoperována a udržována v umělém spánku. Rodičům bylo sděleno, že jde o astrocytom, což je nezhoubný nádor, ale tím, že roste v omezeném prostoru, chová se jako zhoubný. Utiskuje, a až utiskne v mozku vše, je konec. Po nějaké době chtěla dcera z nemocnice domů, byla tam nejmladší mezi staršími lidmi. Při příchodu domů k rodičům bylo velmi zvláštní, že byla v euforickém stavu. Respondentka dokonce popisuje, že se jí zdálo, jakoby se dcera zbláznila. Nechovala se přiměřeně situaci. Také si nic nepamatovala z toho, co se vlastně stalo, jen to, že se bouchla do hlavy. Brala medikaci a respondentka ji pomalu seznamovala s celou situací. Respondentka zkoušela všechny možné varianty, jak dceři pomoci. Kromě lékařů, využití přístroje PET, se pokusila nechat dceru léčit alternativními metodami a vyhledávala léčitele. Do tohoto těžkého období respondentce málem zemřel i manžel: *„Během těch 9 měsíců, do té doby než se to stalo, mi málem umřel manžel. Také ležel na posteli bez duše, takže jsem chtěla začít dělat něco jinak než dosud.“* Jediné, o čem respondentka přemýšlela v té době a čím se zabývala, bylo, jak pomoci své dceři. A začala prožívat toto těžké trauma s duchovním rozměrem: *„Poprvé jsem se začala modlit, ať se probudí, třeba postižená, ale ať mi ji neberou, prosila jsem, že je ještě mladá, a že se těšila na miminko. Urputně jsem to chtěla. Neponechala jsem to vůli Boží, a to byla chyba. Přišlo mi, jako bych si její návrat zpět hodně silně vynutila. Takže přišla zpět.“* Stav dcery se o něco zlepšil. Zůstala jí paměť i řeč. Lékaři mluvili o zázraku. V pořádku nebyl zrak a končetiny byly slabší. Ale chodila, mluvila, počítala. Bolesti hlavy přetrvávaly dál. V této době žena začala daleko výrazněji prožívat těžkou situaci i po duchovní stránce: *„Začala jsem chodit na duchovní přednášky a docházela mi spousta věcí. Pokračovala jsem v rozhovorech s dcerou ohledně toho, co se stalo a proč. Bylo to, jakoby ona byla na jednom břehu a já na druhém a ona chtěla jít za mnou, ale její manžel jí nechtěl pustit. Bylo to jako by několikrát vykročila směrem ke mně, ale kvůli manželovi se zase vrátila na břeh, kde byl on. On byl nevěřící. Prosila jsem za ni a ve své nevědomosti jsem nevěděla, že vůle Boží je, že existuje. Ve své psychice jsem si to celé přeformulovala tak, že ať je to, jak je to, mým přáním je, vidět ji šťastnou.“* Po 5 letech nastala recidiva. Žena se

domnívá, že šlo o důsledek klasické léčby. V mozku dcery nastaly srůsty, mozek tvořil další obaly a situace přestávala být slučitelná se životem. Znovu začalo docházení na chemoterapii a žena při tom všem chápala situaci tak, že to s dcerou prostě musí odžít. Vlastně přestat se snažit neustále něco vymýšlet, ale prostě to jen odžít. Takže si vzala dceru domů a střídali se u ní rodinní příslušníci. Respondentka začala v té době hodně meditovat a snažila se intuitivně dceři posílat energii. Nyní již vše postupovalo rychle. Nádor přestal růst a nastal otok mozku. Situace byla velmi kritická a po otoku plic ji lékaři připojili na přístroje. Ona již jen dodýchávala. Lékaři se snažili jí maximálně ulevit v bolestech. *„Až ji dovedli na dožití, dali ji trojnásobnou dávku tisících léků a ona postupně usínala.“* Respondentka hodnotí celou situaci velmi vyrovnaně: *„Rozloučení probíhalo dlouho. Dcera bojovala necelých 9 let, my jsme to s ní žili, takže bylo hodně času na to, se s tím smířit, poučit se, i se změnit a přehodnotit vše.“* Respondentka také vnímala výčitky po úmrtí dcery. *„Jedna věc, kterou jsem si vyčítala, byla, že jsem ji chtěla na sílu zpět a vlastně jsem si neuvědomovala, co po ní chci. A druhá věc, kterou jsem si vyčítala, byla, že jsem ji nechala převézt na její poslední hodiny do nemocnice.“*

b) Reakce po oznámení skutečnosti

- Oznámení o onemocnění dcery

Respondentka popisuje, že stav po oznámení toho, že má dcera nádor na mozku, byl podobný tomu, jako když se vypne mozek: *„Byla jsem v apatickém stavu. Je to stav, kdy ti mozek vypíná. Je to jako mezičas, všechno slyšíš, ale nemáš emoce, nemáš názor.“* Žena doporučuje, jak by nejlépe viděla sdělení této informace, i když připouští, že jde o individuální záležitost a každý může požadovat toto sdělení jinak. *„Já potřebuji tyto věci vědět přímo. Klidně ostřejší formou, ale jasně, abych se zorientovala. Lékař by měl být natolik psycholog, aby zvolil vhodnou formu sdělení dle povahy člověka.“*

- Oznámení po úmrtí dcery

Respondentka po úmrtí své dcery velmi těžce nesla především vyrovnávání se s touto skutečností u svého manžela a u manžela dcery. Měla o ně strach, protože viděla, že je to velmi problematické. Ona sama bezprostředně po oznámení zprávy o úmrtí dcery šla ven a říká: *„...chodila jsem 3 hodiny ve sněhu“*. Bezprostředně po pocitu úlevy popisuje přicházející psychickou bolest. *„Po úlevě přišla obrovská bolest, nerozumím tomu, i když vím, že je jí dobře, ale ta bolest prostě byla a já jsem to neuměla pochopit. Nyní již tu bolest nemám, je tam jen smutek. Často si s ní povídám a je to pryč.“* Respondentka také

popisuje své empatické vnímání dcery tak, že vnímala bolesti i fyzicky. „*Přistihla jsem se, že mi za ní i kolikrát bolí, přehrávaly se mi její stavy a situace na mém těle. Říkala jsem si, jak asi bylo jí. A jako bych si zpětně odžívala její fyzické bolesti. To bolelo. Říkala jsem si, co bude za měsíc, za rok, za půl roku,...* Nyní to cítím tak, jak to je. To mne přesvědčilo, že jsem to zpracovala.“

c) Psychické vyrovnání respondentky

Respondentka hodnotí proces celé traumatické zkušenosti tak, že procházela různými fázemi. Od fáze apatie, přes naději, až po pochopení, smíření a pokorné přijetí celé situace. „*Přes duchovní literaturu. Hodně mi pomohly zkušenosti a informace od jiných lidí. Přicházelo to ke mně a já tomu naslouchala. A ono to pomáhalo. Nyní vím, že dcerka mě navedla na cestu. Jen díky ní jsem přišla na duchovní cestu. Neměla jsem žádné výčitky.*“

d) Spánek a sny

- Spánek po onemocnění dcery

Žena popisuje, že spala dobře, jen, že bylo spánku málo. „*Spala jsem dobře. Nebyl problém. Jen jsem trpěla nedostatkem spánku, protože jsme se po dvou hodinách střídali u dcery.*“ Ani sny či noční můry, které by souvisely s těžkým obdobím, neměla. „*Sny se mi v průběhu nezdály. Nevím o žádných. To až potom, co odešla. Ale nepocítovala jsem, že by měly souvislost s celou situací.*“

- Spánek v současnosti

Spánek v současné době hodnotí tak, že je v pořádku. Sny v souvislosti s těžkou událostí prý nemá.

e) Využití odborné pomoci

Jednou žena zkusila volat známé psycholožce, ale návštěvu a ani medikaci, nevyužila. „*Jednou jsem volala kamarádce psycholožce. Jestli by mi něco nedala, že nevím, jak dlouho to bude trvat. Řekla mi, že jak mne zná, tak nejsem ani tak depresivní, ale spíš smutná a unavená. Na to prý nepotřebuji léky, tím si musím projít.*“

f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Respondentka měla pocit v noci, kdy dcera zemřela, že za ní přišla a volala na ni: „*Přišla za mnou, když jsem ležela doma. Slyšela jsem: “maminko, mami“, tak jsem vyskočila, ale ona ležela a byla bez známky pohybu. Došlo mi, že přišla. Když zeť druhý*

den napsal, že dcera už je v jiném světě, obrovsky se mi ulevilo, že už přišla na milost. Mnozí můj postoj nechápali.“

7.4. Respondentka R4

Tato žena byla velmi ochotná a vstřícná. Mluví o tom, že na to, co prožila, se v současné době cítí dobře. Není prý šťastná, ani nešťastná. Je vděčná za všechno, co má a naží se pokorně snášet to, co nemůže změnit. Kontakt jsem na ní získala ze sdružení Dlouhá cesta. Snažily jsme se domluvit na termínu, kdy za ní přijedu. Problém byl, že bydlí ode mne velmi daleko a nedařilo se nám, vzhledem k oboustranné vytíženosti opakovaně najít termín. Respondentka poté navrhl, že bychom mohly rozhovor udělat elektronickou formou. S doplněními či dalšími otázkami nebude problém a vždy mi odpovědi pošle. Spolupráce probíhala velmi dobře. A tato respondentka mi napsala velmi obsáhlý a užitečný soupis toho, co jí tenkrát pomáhalo, aby dokázala celou situaci zvládnout. Předpokládám, že pokud bychom hovořily osobně, že by nebyl dostatek klidu na tyto informace a mohla by na něco zapomenout. Proto i tato forma rozhovoru v elektronické podobě měla význam. Úmrtí její dcery bylo náhlé a bylo provázáno mnoha výčitkami svědomí respondentky. Přesto se tato žena v současné době nachází dle Beckova testování na **minimálním stupni depresivity** (6).

a) Příběh

Žena popisuje příběh o úmrtí své dcery, která zemřela při autonehodě. „Dcera zemřela v srpnu 2009 při dopravní nehodě jako spolujezdkyně. Bylo jí 19 let a po prázdninách měla nastoupit na farmaceutickou fakultu. Ten rok nemohla sehnat nikde brigádu. Její bývalí spolužáci jezdili na brigádu od června do 50 km vzdáleného města. Jezdili vždy autem a střídali se v řízení. Jednou se jednomu z kluků nechtělo na brigádu a přemluvil dceru, aby jela místo něho. A ona jela. Na tu brigádu jezdil i její kluk, tak byla šťastná, že může jet s ním. V autě jich bylo pět, dcera seděla vzadu uprostřed. Řídil kluk z vedlejší třídy. Podle spolujezdkyně, která vyvázla jen s lehkým zraněním, prý dcera prosila řidiče, ať zpomalí nebo zastaví, že se bojí a že si zavolá domů, že pro ni přijedeme.“

b) Reakce po oznámení skutečnosti

Žena měla ještě před úmrtím dcery předtuchu o tom, že dcera zemře. „Ráno jsem měla „předtuchu“. Nevím, jak bych to popsala. Prostě jsem seděla v práci a najednou jsem

měla pocit, že vedle mě někdo stojí a říká mi, že se dcera nevrátí, že při zpáteční cestě nabourají. Ještě teď si pamatuji ten pocit, jak mě zamrazilo, zastavilo se mi srdce. Ale pak jsem si řekla, že to je nesmysl.“ Ohledně úmrtí dcery rodiče nikdo neinformoval. Respondentka popisuje fyzický stav, kdy vnímala, že je jí špatně a na tom základě si sedla k internetu a hledala informace. „Večer v osm hodin jsem pak doma žehlila a najednou se mi udělalo hrozně špatně, vzpomněla jsem si na ni a věděla jsem, že se něco stalo. Pořád jsem to v sobě potlačovala. Před půl devátou se mi ale zase udělalo špatně a já začala „vyvádět“. Později jsem se dozvěděla, že mladí krátce po osmé bourali a dcera před půl devátou zemřela.“ Na základě předtuchy respondentka hledala zprávy na internetu, kde se dozvěděla o automobilové nehodě. Ihned věděla, že ten, kdo tam zemřel, byla její dcera. Stav, který pociťovala respondentka poté, kdy měla potvrzeno úmrtí své dcery, se podobá stavům popisovaným jako depersonalizace a derealizace. „Byla jsem ve stavu, který se jen těžko popisuje. Jako bych měla jinde tělo a jinde mysl. Slyšela jsem se, jak stále nahlas říkám „dcera je mrtvá“, ale jako bych to neříkala já, jako bychom najednou byly dvě. Fakt nevím, jak Vám to přiblížit, ale prostě od chvíle, kdy jsme si to přečetla na internetu, jsem si připadala jako vymrštěná z těla.“ Tato respondentka, i když nebyla informována nikým, uvádí nutnost oznámit informaci co nejcitlivěji. „Určitě co nejcitlivěji. Ten, kdo oznamuje, by se měl zeptat, zda nemá **přivolat psychologa** nebo alespoň někoho blízkého a počkat do té doby, než přijde někdo, kdo s pozůstalými zůstane. Já osobně bych určitě byla vděčná za to, kdyby oznámení proběhlo **co nejdříve** a kdyby nám bylo automaticky **nabídnuto, zda se nechceme s dcerou rozloučit.**“

c) Psychické vyrovnání respondentky

Respondentka nepociťuje, že by byla smířená s tím, co se stalo. Někdy pláče a nedaří se jí pláč zastavit, ale tyto chvíle nastávají stále méně často. Nijak nepopírá, že jí dcera chybí. Na druhou stranu by si chtěla zapamatovat tu zkušenost. „Kdyby to tak šlo, zítra se probudit a zjistit, že to byl jen sen, ale všechno si z toho snu pamatovat. Ale vím, že už nic nemůžu změnit, že jediné, co mi zbývá, je s tím žít a snažit se žít co nejlíp.“

d) Spánek a sny

- Spánek po úmrtí dcery

Respondentka uvádí, že o spánek se nedalo vůbec hovořit. Spala velmi špatně. „Sice jsme leželi, ale spíš jsem byla v jakémsi transu. A když jsem po nějaké době usnula, okamžitě jsem se budila a po každém probuzení si uvědomila, že je dcera mrtvá, že se mi

to jen nezdálo.“ Pokud se jí podařilo usnout, zdály se jí sny vždy o dcerce. Většinou o tom, že je živá, ale oni, že ji berou, jakoby zemřela a už ji třeba odhlásili ze školy apod. *„Nebo jsem jí uviděla, když jsem šla po nějaké cestě, ona se otočila a řekla mi, ať už za ní nechodím... Byly to strašně živé sny, jako by to sny ani nebyly.“* Respondentka měla také jeden sen, který by mohla nazvat noční můrou, ale později uznala, že jí vlastně hodně pomohl. *„... se mi zdálo, že jedu v autě, stejnou cestou a na stejném sedadle jako dcerka a vidím před sebou ten strom. V tom snu jsem čekala, co se stane. Cítila jsem tak nějak, jako že jsem v kůži dcerky a chtěla jsem vědět, jestli cítila bolest, jestli věděla, že umírá. Ale při tom nárazu jsem se probudila. Předtím jsem se dlouho trápila myšlenkami na to, jak bylo dceři, když umírala. Pak jsem sen vyprávěla své sestře a ta mi řekla, že mi ten sen chtěl říct, že nic necítila, nevěděla, že umírá. A já to tak nějak přijala.“*

- Spánek v současnosti

V současné době respondentka spí normálně. Někdy se jí stane, že nemůže usnout, někdy naopak usne ihned. Noční můry nemá, ale má opakující se sny. *„A když se mi zdá někdy o dcerce, vždy je ten sen hezký a já už netoužím spát dál a ten sen vrátit. Cítím ale obrovskou vděčnost za to, že se mi o ní zdálo.“*

- e) Využití odborné pomoci

Sama respondentka žádnou odbornou pomoc využít nechtěla. K návštěvě psychologky ji donutila rodina. U psychologky oznámila, že tam přišla na nátlak rodiny. Psycholožka řekla na rovinu, že s úmrtím vlastního dítěte se ještě nesetkala, takže si vzájemně vyměnily jen tipy na knihy související s tímto tématem a návštěvy dále nepokračovaly.

- f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Respondentka vídala dcerku ve snech.

7.5. Respondentka R5

Respondentku R5 jsem měla doporučenu přes jednu kolegyni v práci. V současné době nemá moc chuť se setkávat s lidmi, i když se snaží s tím bojovat. Svou živnost má postavenou na kontaktu s lidmi, proto ten boj. Své pocity někdy vnímá tak, *„že by se nejradyji někam zavřela.“* Na první pohled se zdálo, že tato žena situaci zvládla. Přestěhovala se a založila si novou živnost. Žije se svým druhým synem a dcerou. Při hlubším zkoumání se ukázalo, že stále přetrvávají výrazné depresivní symptomy.

Rozhovor proběhl v místě živnosti této ženy, kde poskytuje podporu při cvičení, posilování těla a masážní služby. Žena je střední výšky, plnoštíhlé postavy. Snaží se být milá, lehce se usmívá. Je ochotná, až formálně slušná. Oblečena je do tmavého trika a kalhot. Při rozhovoru mluví spíše popisně bez emocí. Na některé otázky nedovede odpovědět přímo k věci, ale odpovídá na trochu jiné téma. Jednou za dobu rozhovoru jí tečou slzy. Příběh úmrtí jejího dítěte popisuje věcně, stručně a velmi krátce. Zdá se, že jí mluvení nešlo příliš lehce. Stupeň depresivity dle Beckovy sebespozovací škály je identifikován jako **těžká depresivita (55)**.

a) Příběh

Syn respondentky si našel zaměstnání na horách jako šéfkuchař. Než odjel, přišel se s ní rozloučit. Poté zůstali bez spojení vzhledem k nefunkčnosti synova telefonu. Během dvou měsíců neměli žádný kontakt. O Vánocích přišel k respondentce soused z bývalého bydliště a sdělil, že ji hledali nějakí mladí lidé v bývalém bytě, a že tam nechali kufřík se synovými věcmi. Oznámil jí, že syn tragicky zemřel. *„Ze začátku jsem byla rozčilená, že nás neinformovala policie. Způsob, jak se to člověk dozvěděl, byl dost frustrující, musela jsem okamžitě začít hledat a pátrat kde syn je, kam ho odvezli. Obvolávala jsem márnice a spojila jsem se s vyšetřovatelem.“* Na horské chatě, kde pracoval, se půjčovaly čtyřkolky. Chtěl to vždy vyzkoušet, a proto si jednu půjčil. Jízda se mu líbila a byl již večer. Kamarádi byli s ním, ale protože už byla tma, omrzelo je to a nechali ho jezdit samotného. Když po půlnoci vyšli ven, našli ho již mrtvého. Čtyřkolka se při nerovném přejezdu vymrštila, on z ní vypadl a ona spadla na něho. V podstatě se udusil.

b) Reakce po oznámení skutečnosti

Oznámení o úmrtí syna bylo naprosto nečekané. Respondentka měla otupující pocit. *„Máte pocit, že vám umřel kus těla.“* Poté následovalo rozzlobení na policii, která respondentku neinformovala. Následně musela zcela racionálně hledat, kde vůbec syn momentálně je a řešit problémy s převozem jeho těla. Respondentka i uvádí, že takováto zpráva by měla přijít před někým dalším z rodiny. Aby na to nebyl člověk sám. Uvívala také sdělení od souseda, kterého znala a který ji objal a vyjádřil empaticky účast.

c) Psychické vyrovnání respondentky

Žena uvádí, že zatím vyrovnaná není. To dosvědčuje i výsledek v Beckově testu depresivity.

d) Spánek a sny

- Spánek po úmrtí syna

Žena nemohla vůbec spát. „*Já jsem nespala. Stále jsem přemýšlela. Začalo se mi zdát, že jsem se budila přesně v dobu, kdy chlapec zemřel. Takto 3 měsíce.*“ Dále uvádí, že se syn přišel ve snu rozloučit. Zdálo se jí, že za ním šly s dcerou. „*Vzal nás domů, povídali jsme si, smáli jsme se, leželi jsme na posteli. Dívali jsme se do okna a bylo to jako, že jsme vyletěli a on nám ukazoval shora park. A já jsem byla tak neskutečně šťastná. Potom mě ráno šel vyprovodit, a jak jsme se vzdalovali od toho města, ztrácela se tráva, začaly tam být kameny a ve stráni byly napíchané kosmické lodě a já se ho ptala, jestli přijede a on říkal, že ne. Vzbudila jsem se ráno a byla tam velká úleva.*“ Noční můry se u ženy neobjevily.

- Spánek v současnosti

V současné době spí dobře. Pomohlo jí přestěhování do jiného místa. Po mnoha letech ji přestaly i bolet záda. Uvádí, že sny se jí spíše nezdají. A když ano, jsou podle ní nepodstatné, např. o vypadaných zubech nebo že nemá vlasy.

- e) Využití odborné pomoci

Žena mluvila po telefonu s policejním psychologem, který byl prý hodný. Po rozhovoru jí řekl, že vidí, že to má žena nějak zpracované, a tak se rozloučili. Respondentka k psychologovi nešla. „*Přemýšlela jsem, že bych zašla k odborníkovi, možná že by mi pomohly i prášky, protože jsem měla šílenou depresi, ale nikdy jsem nešla. Měla jsem strach, že bych to měla ve zdravotní kartě a dále já mám v hlavě blok na jakékoli závislosti.*“ Respondentce nečekaně pomohlo to, že šla na kosmetiku. Když tam přicházela, měla depresi. Z kosmetiky odcházela bez deprese. Nerozuměla tomu, co se tam vlastně událo. Kosmetička si nebyla ničeho vědoma.

- f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Respondentka popsala svůj sen, který se jí zdál po úmrtí jejího syna (viz výše). Je přesvědčena, že šlo o synovo rozloučení s ní. Velmi se trápila otázkou, zda něco nezanedbala, zda jí syn odpustil. Sen ji ujistil, že je vše v pořádku a znamenal pro ni velkou úlevu.

7.6. Respondentka R6

Tato žena se mnou pracuje ve stejné společnosti, jen v jiném městě. Měla dvě děti, syna a dceru. Někdy se jí zdá, jakoby se událost stala včera. Termín rozhovoru jsme dlouho

domlouvaly. Nakonec po vzájemné domluvě jsme přistoupily k emailové korespondenci a rozhovor jsme tedy uskutečnily elektronickou cestou. Dodatečně jsem se dotazovala respondentky, jak se jí rozhovor vyplňoval a jak se cítila. Vypovídá, že si myslela, že to emočně zvládne lépe. Že netušila, že když se k tomuto traumatu bude vracet, že to bude tolik bolestivé. Změna nálady zpět do původního stavu trvala ženě po vyplnění tohoto rozhovoru 2 dny. Po vyplnění rozhovoru v noci špatně spala. Stupeň depresivity dle Beckovy sebeposuzovací škály je **minimální** (10).

a) Příběh

Syn respondentky přišel o život při dopravní nehodě zcela nečekaně. V jednu hodinu v noci u ní zazvonila policie. Příslušník policie jí bytě oznámil, že došlo k dopravní nehodě, a že zranění, která syn utrpěl, nebyla slučitelná se životem. Až do pohřbu si nechtěla připustit, že je syn skutečně mrtvý. Teprve po pohřbu jí došlo, že už ho nikdy neuvidí.

b) Reakce po oznámení skutečnosti

Respondentka uvádí, že po oznámení zprávy nechtěla věřit, že by to mohla být pravda. „*Když jsem u vchodu v jednu hodinu v noci uviděla Policii ČR, napadlo mě, že se synovi něco stalo, protože jeho auto před domem nestálo, ale nechtěla jsem věřit, že není jen zraněný a někde v nemocnici, ale že následkům zranění podlehl.*“ Sdělení o takovéto události by dle respondentky mělo proběhnout jasně a stručně.

c) Psychické vyrovnání respondentky

Respondentka po úmrtí syna nechtěla být sama a těžké myšlenky ze své osobnosti dostávala tak, že o situaci stále mluvila. „*Nemohla jsem být doma v bytě, spala jsem s dcerkou u rodičů, vždy když přišel někdo z jeho kamarádů, měla jsem tendenci se rozbřčít. Snažila jsem se o tom všem hodně mluvit s každým, kdo byl ochotný mi naslouchat. Chodila jsem (a stále chodím, i když ne tak často) k jeho hrobu a tam si s ním povídala, co se stalo nového.*“ Asi šest měsíců od pohřbu se respondentka přihlásila do amatérského loutkového divadla a také se dala k dobrovolným hasičům. Uvádí, že potřebovala něco nového. I to jí pomohlo se s celou situací lépe vyrovnat.

d) Spánek a sny

- Spánek po úmrtí syna

Kvalita spánku po události byla velmi špatná. Respondentka uvádí, že do pohřbu syna vlastně pořádně neusnula. „*Po sdělení, že zemřel, jsem už neusnula a do pohřbu jsem nemohla spát, několikrát jsem si musela vzít prášek na spaní.*“ Pokud byly sny, tak se jí zdálo o synovi, když byl ještě mladý. Noční můry neměla.

- Spánek v současnosti

V současné době již spí dobře. Usíná během chvilky. Někdy se jí stává, že se v noci o půlnoci vzbudí, ale potom zase usne. Sny se jí zdávají. Hodně se jí zdá o obou dětech. „*Většinou ty, ve kterých někde s oběma dětmi cestuju, pořád někam jezdíme, chodíme, jsme spolu.*“

e) Využití odborné pomoci

Respondentka mluvila jednou s psycholožkou po telefonu. Hodně četla články, které má na svých internetových stránkách sdružení Dlouhá cesta. Velmi jí pomáhalo vědomí, že není na světě sama, co toto zažili, a že ti, komu se to stalo, se s tím dokázali vypořádat.

f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Respondentka si nebyla jista tím, že by se nějakým způsobem „setkala“ se synem po jeho smrti. Nicméně tuto otázku jsem do rozhovoru přidala, protože ve většině případů, tento fakt maminky popisovaly. Respondentka o otázce přemýšlela a poté si na to vzpomněla. „*Nejdříve jsem chtěla říci, že ne, že si to nepamatuju, ale když tak o tom přemýšlím, tak možná jednou se mi zdálo, že jsem s ním mluvila a že mi říkal, že je v pohodě - vím, že jsem pak dlouho přemýšlela, jestli se mi to zdálo, nebo to byla skutečnost - ale bylo to za delší dobu od jeho úmrtí - možná i dva roky, ne hned.*“

7.7. Respondentka R7

Tuto ženu jsem měla možnost poznat prostřednictvím sdružení Dlouhá cesta. Rozhovor proběhl v klidnější restauraci. Ženu na začátku zajímalo, kdo jsem, jaký je můj život, kde pracuji, čím se zabývám. Tyto moje osobní informace, které jsem jí sdělila, navodily atmosféru důvěry. Žena mi poté velmi podrobně a ochotně popisovala svůj příběh se všemi pocity a emocemi, které ji při tom doprovázely. Respondentka byla střední postavy, plnoštíhlá. Hnědé krátké vlasy. Často se usmívala. V jejích pohybech i mluvení bylo vidět hodně energie. Kromě syna, který jí zemřel, má doma ještě mladšího syna. Stupeň depresivity dle Beckovy sebeposuzovací škály je **minimální** (10).

a) Příběh

Starší syn byl velký sportovec a se svojí dívkou hodně cestovali a chodili po horách. I v této době odjel ještě se třemi dívkami na hory a vydali se na túru. Když scházeli dolů z hor, najednou se setmělo a zničehonic se ukázal blesk, který udeřil přímo do syna respondentky. Všichni ztratili vědomí, odhodila je nárazová vlna. Dokonce je to svléklo z bund a zulo jim to boty, jaký to byl náraz. Všechna děvčata normálně vstala, ale syn již byl mrtev. Snažily se ho resuscitovat dokonce asi 45 minut a zavolaly pomoc, ale syna již k životu nepřivedly. Také horská služba, která se po delší době dostala za nimi, se snažila resuscitovat, ale nepodařilo se.

b) Reakce po oznámení skutečnosti

Nejdříve žena u žehlení měla velmi nepříjemný pocit, že něco není v pořádku. Vnímala velký neklid a najednou uviděla syna, který stál naproti ní, byl celý bledý a sděloval jí, že musí odejít na misi. *„Najednou na mě padl pocit, že je to všechno špatně. Už jsem najednou viděla, že je zle.“* A vzápětí přišel její manžel a sdělil, že syn je mrtev. *„V tu chvíli jsem měla pocit, že mne to zabije a ještě jsem za to byla ráda. Já jsem chtěla, ať mě to zabije, ať umřu.“* Respondentka dala průchod svým emocím a z balkónu křičela na Boha, že toto není spravedlivé. *„Taková šílená bolest, která mě úplně otupovala, ohlušovala, potřebovala jsem prostě křičet, nějak to dostat ven a zároveň druhá část mé osobnosti úplně jasně věděla, co mám dělat.“* Prožila na tom balkóně těžkou krizi víry. Z tohoto stavu se po nějaké době dostala, a to poté, kdy opět uviděla svého syna, který zde stál a rozmlouval s ní. Toto rozmlouvání se synem přetrvává i v dalším období až do současnosti. Žena uvádí, že by uvítala, aby jí informace o této události byla sdělena jasně a srozumitelně. *„Klidně ostřejší formou, ale jasně, abych se zorientovala. Lékař by měl být natolik psycholog, aby zvolil vhodnou formu sdělení dle povahy člověka.“*

c) Psychické vyrovnání respondentky

Respondentka popisuje, že se jí po události nastartoval sebezáchovný režim, aby mohla dál fungovat (chodit do práce, starat se o sebe a rodinu apod.). Udává, že to jí poskytovalo čas, který zatím pracoval (ve smyslu uzdravoval). Udává to, co jí pomáhalo se s celou situací vyrovnat. Jsou to *„...vnitřní rozhovory se synem, vesmírem a svou duší a snaha prověřit a vrátit důvěru ve vše, v co jsem do té doby věřila. A taky velkou součástí vyrovnání bylo to, jak se setkáváme či rozcházíme s manželem a mladším synem v prožívání této situace a přijetí obojího.“*

d) Spánek a sny

- Spánek po úmrtí syna

Po události trpěla nespavostí. Když usínala, vracelo ji to k tomu, co se dělo před úmrtím syna. Vypadalo to, že se nic nestalo, a když si vždy probudila, došlo jí, že je syn po smrti a musela se snažit to celé vydýchat. Respondentka měla celou dobu pocit, že musí nechat organismus pracovat, že nemá projevy tlumit, ale ponechat, aby se vše pomalu zacelilo všemi možnými sebezáchovnými procesy. Budila se v noci a potom třeba další tři hodiny neusnula. Do práce chodila nevyspalá. Sny vůbec neměla, udává, že snila přes den. Dokázala snít o nějakém příběhu, do kterého se vcítla. Noční můry neměla.

- Spánek v současnosti

V současné době spí dobře. Spánek se upravil. Sny bývají. „*Běžně spím tvrdě a zdají se mi běžné sny, které prý ventilují denní aktivity a ty si pamatuju částečně nebo vůbec. Ale jedno nenarušuje druhé a mé tělo se ráno budí odpočaté - to jsem ráda.*“

e) Využití odborné pomoci

Asi za tři měsíce respondentka vyhledala odbornou pomoc, a to psychiatricku. Chtěla mluvit s někým naprosto nezaujatým, který ji vyslechne a bude hlídat, zda je respondentka psychicky v pořádku nebo zda se to ubírá nějakým nesprávným směrem. Antidepresiva brát nechtěla. „*Možná kdybych nezvládala, tak ano, ale já mám za sebe pocit, že by se to odsunulo a já si to chci prožít teď. Ona byla stejného názoru. Chodila jsem tam dva roky a v podstatě jsme povídaly.*“

f) Setkání s dítětem po jeho smrti

Respondentka vnímala svého syna po jeho smrti, kdy ho viděla pobledlého a rozmlouval s ní. Tento stav trvá dodnes a žena kdykoli má nějaký problém, oslovuje svého syna, který k ní promlouvá. „*A najednou jsem měla pocit a hrozně živej, že syn stojí mezi dveřma v tom obýváku a byl hrozně takovej bledej a říká mi takovým vážným hlasem, že musí na misi*“.

7.8. Získané kategorie

7.8.1 Kategorie 1 – Co přineslo trauma pozitivního

Tato kategorie úzce souvisí s identifikací prvků posttraumatického rozvoje. Při identifikaci prvků u žen s tímto traumatem, musím konstatovat, že v oblastech

polostrukturovaného rozhovoru, kde jsem se na toto téma zaměřila, nebyl významný rozdíl mezi oběma skupinami. Odpovědi byly velmi různorodé a nenašla jsem pojitko mezi ženami v rámci skupiny 1 a ženami v rámci skupiny 2.

Respondentka R1 udává, že jí pomohla její vlastní nemoc, její vlastní neštěstí, díky kterému došlo k uvědomění si souvislostí, kterým dříve nepřikládala žádnou váhu. „*Když jsi blízko smrti, spoustu věcí pochopíš. Opravdu mi pomohlo **neštěstí.***“ Respondentce R2 kromě spirituality přineslo trauma i zvýšení sebevědomí, které se projevilo tím, že se odvážila předcvičovat na balónech před ostatními ženami. „***Duchovní cesta.** Také jsem začala předcvičovat na balónech. Dříve bych k tomu nikdy nenašla odvahu. A nyní předcvičuji.*“ Respondentka R5 vnímá zlepšení mezilidských vztahů. Traumatická událost ji také naučila neodkládat to, co by chtěla udělat. Významným rozvojovým prvkem je také ztráta strachu ze smrti. „*Změnu životního stylu. Změnu vztahu k ostatním lidem. Když chce člověk něco udělat, **má to udělat hned.** A také mi **zmizel strach ze smrti.***“ Respondentka R4 zpomalila životní tempo a naučila se brát události tak, jak přicházejí. Za významné považuje žít tady a teď a také zvažuje, kterým činností se věnovat. Dělá ty činnosti, které ji baví. Uvádí ztrátu pocitu strachu. „***Za ničím se nehoním,** беру věci tak, jak jsou. Nedělám nic, do čeho se mi nechce. A taky jsem se **zbavila strachu.** Co má přijít přijde a **nemá cenu se bát dopředu.** Věci se mají řešit, až nastanou.*“ Jak je důležité **vážít si svých dětí** a jejich zdraví, uvedla respondentka R6: „*At' si rodiče vážít svých dětí. At' jsou rádi, že je mají a živé.*“ Respondentka R7 začala rozeznávat podstatné věci od nepodstatných. Zmiňuje též rozvojovou oblast spirituality, kdy se jí po prožití krizi víry, víra upevnila. Uvádí také, že po prožitém traumatu je daleko více tolerantní k druhým lidem. „*Život se převrátí takovým způsobem, že to, co do té doby mělo smysl, to se posílí, a to, co nemělo význam, se naprosto ztratí. Už není proč to řešit. Také se mi důkladně **prověřila víra** v cokoliv. Nabádá mě to k přemýšlení a **toleranci,** a to je pro mne vývoj.*“ Respondentka R3, pro kterou je po prožitém traumatu důležitá především spiritualita, vidí minulá traumata víceméně pouze pozitivně. S nadhledem se dívá na rozvoj nejen u sebe, ale i u zdravotnického personálu. „*Všechno bylo **pozitivní, vhled na nemoc,** vhled jak s nemocemi nakládat, jak komunikovat s lékaři. Celá situace **posouvala a rozvíjela i tu druhou stranu,** myslím tím zdravotníky. I pro ně to byl určitý posun, rozvoj.*“

7.8.2 Kategorie 2 – Ovlivnění postoje k životu

Ženy se shodují, že jejich postoj k životu se výrazně změnil. Tragická událost způsobila příklon k hlubším a kvalitnějším hodnotám. Ani v této kategorii nebylo možno rozeznat, že by byl výrazný rozdíl mezi oběma skupinami S1 a S2.

Respondentka R1 uvádí, že přestala být perfekcionistka, a že změnu u sebe zaznamenává nejen ona sama, ale i blízcí lidé okolo ní. Také vnímá potřebu pomáhat těm, kteří jsou na tom hůř než ona sama. *„Jsem klidná, nic mě nerozhází, nehádám se. Změnila jsem priority. Chtěla bych pracovat jako dobrovolník v nemocnici. Chtěla bych pomáhat lidem, kteří jsou na tom hrozně.“* Respondentka R2 si uvědomujeme, že spíše než svým dětem se snažila vyhovět zaměstnavateli a toto nyní přehodnotila. Také se nechce zabývat nepodstatnými hovory. *„V práci jsem se snažila vždy vyhovět. Toto je nyní jinak. Dítě je přednější. Hodně mi vadí, když někdo řeší nesmysly. Já je již neřeším.“* Respondentka R5 vnímá, že se stalo to, že jakoby poodstoupila z dosavadního života a podívala se na své žití jinak. *„A změnila jsem úplně všechno. Postupně. Nejdříve jsem začala o tom více přemýšlet.“* Respondentka R6 se snaží vnímat život každou minutu. Hodnoty si posunula tak, že na prvním místě je u ní rodina. *„Snažím se žít každou minutu. Neodsouvám návštěvy rodičů, setkání s kamarády na jindy. Jsem více spontánní, neodkládám něco na později, protože to později už nemusí přijít. Prioritou je pro mne rodina.“* Respondentka R7 vnímá obrat především do oblasti spirituality. *„Měla jsem těžkou zkoušku víry. Nicméně tímto jsem si vytvořila takový ten základ své víry.“* Respondentka R3 vnímá také velmi výrazně obrat k hodnotám, kterou jsou spojeny se spiritualitou a duchovním přístupem. *„Postoj k životu mi to ovlivnilo výrazně.“ Mám v pozitivním smyslu překopaný celý život. Od materiální stránky k duchovní.“*

Oblastí související s výše uvedenou kategorií je i to, **jak celá událost ovlivnila životní hodnoty respondentek**. Vzhledem k tomu, že odpovědi na tyto otázky nebyly tak obsáhlé, nedefinovala jsem tuto oblast jako jednu z dalších kategorií. Respondentka R1 říká, že: *„všichni lidé by měli jednou spadnout až na dno, aby si uvědomili, co je v životě důležité.“* Respondentka R5 uvádí: *„upevnili jsme vztahy v rodině; člověka to postupně změnil.“* Respondentka R3 říká: *„mám od základu překopaný celý život, od materiální stránky k duchovní.“* Každá respondentka uvádí trochu něco jiného, ale vše je uváděno v pozitivním smyslu. Společnými prvky u obou skupin S1 a S2 je **příklon k pozitivním hodnotám a uvědomění si této skutečnosti**.

7.8.3 Kategorie 3 – Co tenkrát nejvíce pomáhalo

Tato kategorie v rámci porovnání skupin nevykazovala významné rozdíly. Informace co nejvíce ženám po tragické události pomáhalo, bylo velmi různorodé. U některých žen se objevily stejné prvky, ale ne s ohledem na rozdělení do skupin. Respondentce R1 pomáhalo to, že měla okolo sebe **blízké lidi**, se kterými mohla o daném traumatu **mluvit** a také velmi úlevně vnímala **pláč**. *„Lidi okolo mne. Mluvit o tom. Pořádně se rozbrečet.“* Další významnou pomocí byla i **laskavost** toho, kdo událost oznamoval. V případě všech respondentek to byl pouze u respondentky R2 empatický policista. *„Policista, který se ke mně hezky choval. Psaní dopisů takovýmto lidem. Mladší syn a spánek.“* Respondentka R5 se snažila celou událost vytěsnit, tím, že šla do **práce** a v práci na ztrátu dítěte nemyslela. Velmi přínosným bylo dle ní vědět, že **tuto zkušenost má více maminek**. Z tohoto důvodu si pročítala příběhy na webových stránkách sdružení Dlouhá cesta. *„Jít do práce. Pročítání příběhů maminek, co přišly o děti. Vědomí, že v tom nejsem jediná.“* Respondentka R4 ocenila to, jak **vstřícně se zachoval zaměstnavatel**. Také jí pomáhalo **čtení knih**, které byly tematicky zaměřeny na smrt. Psychicky jí dosti pomohla **předtucha** tragické události. Významné byly **vztahy s přáteli**, se sousedy a také **povídání si v duchu se zemřelou dcerou**. Pozitivně též vnímala respondentka **návštěvy hrobu** a také **místa**, kde se stala dopravní nehoda a dcera tam zemřela. Úlevný byl i **pláč**. Pomoc vidí i v možnosti **o dceři si povídat**, v **zaměstnání se čímkoliv** a v celé činnosti **sdružení Dlouhá cesta**. *„Vstřícnost zaměstnavatele. Čtení knih na téma smrt. Neustálé přemýšlení nad tím, co se stalo, díky předtuše jsem věděla, že smrtí nic nekončí. Přátelé, sousedky. Důležité bylo, že nás neopustili ani po pohřbu. Povídání si s dcerou v duchu. Pravidelné návštěvy hrobu a místa, kde dcera zemřela. Povídání o dceři s ostatními. Pláč kdykoli to na mne přišlo. Zaměstnat se čímkoli, např. organizací různých akcí. Sdružení Dlouhá cesta.“* Respondentce R6 pomohlo vědomí, že má ještě **druhé dítě**, které ji potřebuje. A také **smysluplná práce**. *„Vědomí, že mě ještě druhé dítě potřebuje a že mám práci, která mě nejen živí ale i baví.“* U respondentky R7 pomáhala možnost dát **průchod momentálním emocím**. Respondentka uvádí, že byla vděčná za možnost křičet z balkónu a v tomto ohledu se neovládat. Používat i sprostá slova. Vnímala pozitivně **tolerantnost sousedů**. Úlevné bylo i vědomí, že jde o **nezměnitelný stav** a možnost popovídat si s **ženami, které tuto zkušenost mají** za sebou. *„Ventilování přemíry emocí ven. Úleva bylo i vědomí, že s tím nic neudělám. Sdílení zkušeností.“* Respondentka R3 je spirituálně

zaměřená a za nejvýraznější pomoc považuje jak **duchovní literaturu, tak meditace a modlitby**. „*Duchovní knihy, zkušenosti jiných, meditace, modlitby.*“

Po těchto otázkách, které se zabývaly pozitivní změnou či rozvojem spojeným s traumatem ztráty dítěte, jsem záměrně položila i otázku: „*Co vám tato událost po psychické stránce „vzala“?*“. Zajímavé bylo, že zde respondentky odpovídaly daleko stručněji a i obsahově dosti nevýrazně. V S1 dvě ženy neodpověděly a třetí mluvila o ztrátě naivity a víry ve světskou spravedlnost. V S2 jedna z respondentek uvádí, že se bála nějaký čas řídit auto, další jmenuje také ztrátu naivity a poslední uvedla, že vše bylo pozitivní, že nemá, co by negativního uvedla.

7.8.4 Kategorie 4 – Reakce po oznámení skutečnosti

V této kategorii jde o to, **jak se ženy cítily, když jim byla oznámena tragická skutečnost**. Mezi oběma skupinami jsem zde neshledala výrazné rozdíly, naopak odpovědi respondentek byly dosti podobné. Uvádějí, že: „*to bylo překvapení, šok, byla jsem úplně mimo; pocit jakoby vám umřelo kus těla; jako bych měla tělo jinde a jinde mysl; jako bych nemluvila já, připadala jsem si jako vymršťená z těla; nechtěla jsem věřit; chtěla jsem, ať mě to zabije, ať umřu; byla jsem v apatickém stavu, kdy mozek vypíná; je to jako mezičas, všechno slyšíš, ale nemáš emoce, nemáš názor.*“ Společnými prvky jsou derealizace a depersonalizace. V návaznosti na tuto kategorii jsem se respondentek ptala, **jak a kdo jim tuto zprávu sdělil**. Tato oblast byla důležitým podkladem pro doporučení, jakou formu sdělení tragické události by ženy nejvíce uvítaly. U skupin nebyl zaznamenán výrazný rozdíl v odpovědích. Společné prvky kromě respondentky R2 byly nalezeny. Jednalo se o velmi silné vnímání nedostatku empatie ze strany osob, které tragickou událost ženám sdělovaly, a to i v následných rozhovorech. Dvě respondentky díky své předtuše věděly dopředu, co se vlastně stalo. Další dvě respondentky nebyly vůbec informovány od nikoho. V konkrétních odpovědích respondentka R1 vypovídá, že obdržela zprávu od lékaře, a to velmi necitelným způsobem: „*Je tím prolezlej a vy byste, ženská, chtěla zázraky.*“ Respondentka R2, která jediná uznává, že policista, který jí informaci podával, postupoval citlivou formou. Bohužel kvalita jednání policejního psychologa, který přišel po policistovi, byla na velmi nízké úrovni. „*Policista mi to řekl s vysokou empatií na rovinu. Potom volali psycholožku, která byla hrozná, nesoustředěná, roztěkaná, vůbec mi nepomohla.*“ Respondentka R5 se dokonce o bližší informace musela postarat sama: „*Přišel nám to oznámit soused. Ze začátku jsem byla rozčilená, že nás neinformovala policie. Způsob, jak se to člověk dozvěděl, byl dost frustrující, musela jsem*

*okamžitě začít hledat a pátrat kde syn je, kam ho odvezli. Obvolávala jsem márnice a spojila jsem se s vyšetřovatelem.“ Respondentka R4 také žádnou informaci oficiálně neobdržela a až předtūše o smrti své dcerky, začala hledat informace na internetu o dopravní nehodě. „O její smrti nás nikdo neinformoval. Ráno jsem měla předtuchu. Nevím, jak bych to popsala. Prostě jsem seděla v práci a najednou jsem měla pocit, že vedle mě někdo stojí a říká mi, že dcerka se nevrátí, že při zpáteční cestě nabourají. Ještě teď si pamatuji ten pocit, jak mě zamrazilo, zastavilo se mi srdce. Před jedenáctou hodinou jsem otevřela internet a tam si o dopravní nehodě přečetla, i o tom, že jeden spolujezdec je mrtvý. Věděla jsem, že je to dcerka.“ Respondentka R6 uvádí: „Příslušník Policie ČR u mě doma v bytě mi oznámil, že došlo k nehodě a že zranění, které syn utrpěl, byla neslučitelná se životem.“ Respondentka R7, která má manŹela policistu, se dozvěděla o smrti svého syna od svého manŹela. Ale ještě dříve vnímala svého syna, který jí o svém úmrtí sám informuje. R7 Říká: „Takže manŹel byl první, kdo to věděl. Tedy potaŹmo jsem se to dozvěděla první já, protože úplně si přesně pamatuju tu chvíli. Seděla jsem v obýváku a najednou si říkám, že něco není dobře. A najednou jsem měla pocit a hrozně živej, že syn stojí mezi dveřma v tom obýváku a byl hrozně takovej bledej a říká mi takovým vážným hlasem:“ *mami, já musím na misi*“. Respondentka R3 se také dozvěděla od lékaře informaci o vážnosti onemocnění své dcery a zároveň byla tímto lékařem zpočátku obviněna, že neudělala dost pro to, aby této situaci předešla. „Pan primář s námi chtěl mluvit. Byl nepřítetný, a říkal: „co jste, matko, dělala?“*

Na základě této kategorie jsem se ještě respondentek dotazovala, **jak podle nich mělo toto sdělení proběhnout správně**. Většina se shoduje v tom, že by mělo být řečeno především citlivou formou. Další detaily jsou uvedeny u každé z respondentek v části Reakce na oznámení skutečnosti.

7.8.5 Kategorie 5 – Spánek a sny

Všechny respondentky kromě R3 měly se spánkem bezprostředně po události problémy. Stěžovaly si na nedostatek spánku, špatnou kvalitu spánku, případně nespavost. Časté bylo vzbuzení se uprostřed noci a poté již neschopnost usnout. Po spánku si ženy nepřipadaly odpočínuté. V této oblasti nebyl patrný rozdíl mezi skupinami. Společně pro všechny respondentky bylo to, že se jim sny zdály. V S1 se kromě jedné respondentky objevovaly hrůzné sny. V S2 se zdály sny, které nevzbuzovaly tolik hrůzu, ale většinou měly souvislost s úmrtím dítěte. Noční můry se v S1 vyskytly, i když spíše před událostí. V S2 se noční můry nevyskytly vůbec. V současnosti se spánek všem respondentkám

kromě R1 upravil a všechny spí dobře. R1 uvádí, že spí špatně, a že ji budí hrůza, kterou viděla. Je zde možno vzít v úvahu vliv toho, že v současné době prochází těžkým obdobím spojeným s rakovinou prsu. Sny v současné době ve skupině S1 jsou ženami popisovány neurčitě, nevýrazně, spíše jakoby neprobíhaly. Ve skupině S2 sny normálně probíhají a většině žen se často zdá o zemřelých dětech, a to v pozitivním smyslu. Detailnější popis kvality spánku je uveden u jednotlivých žen v části Spánek a sny.

7.8.6 Kategorie 6 - Symptom doprovázející úmrtí

Z hlubšího zkoumání obsahu rozhovorů mi vzešlo několik symptomů, které doprovázely situaci úmrtí dítěte respondentek. Vzhledem k tomu, že se jednalo u jednotlivých žen o různorodé prvky, uvádím ten, který se vyskytl skutečně u všech. Bylo to **vnímání zesnulého po jeho smrti**. Vnímání či vidění zemřelé osoby po její smrti, probíhalo někdy ve formě snu, někdy, dle výpovědí respondentek, šlo o téměř fyzické vnímání. V rámci skupin jsem nedohledala výrazné rozdíly, naopak tento symptom byl společným prvkem pro všechny ženy. Respondentky vnímaly toto setkání jako určitý způsob rozloučení ze strany zemřelé osoby. Respondentka R1 asi po dvou měsících po úmrtí jejího syna vnímala velmi silně jeho přítomnost. Při zavření očí vnímala doteky. V současné době již tato vnímání nemá. Respondentka R2 popisuje setkání se svým synem po jeho úmrtí jako zjevení. *„Třetí den se se mnou synek přišel rozloučit. Zjevil se u okna do půl těla. Divila jsem se, že má hnědé tričko, bylo od bahna, jak ležel. Objevil se mi u hlavy. Zeptala jsem se, jestli ho můžu obejmout. Objala jsem ho a ptala se, proč jsi tam lezl, on mlčel a potom se rozplynul.“* Respondentka R3 vnímala volání své dcery, která v tu dobu zemřela v nemocnici. *„Slyšela jsem: mamínko, mami, tak jsem vyskočila. Došlo mi, že přišla. Když zeť druhý den napsal, že dcerka už je v jiném světě, obrovsky se mi ulevilo, že už přišla na milost. Mnozí můj postoj nechápali.“* Za respondentkou R4 dcera po svém úmrtí přicházela do snu. *„...jsem ji uviděla, když jsem šla po nějaké cestě, ona se otočila a řekla mi, ať už za ní nechodím...“* Respondentka R5 měla velmi živý sen, ve kterém se vydala se svou dcerou hledat zemřelého syna. Sen byl úlevný. *„Vzal nás domů, povídali jsme si, smáli jsme se, leželi jsme na posteli. Dívali jsme se do okna a bylo to jako, že jsme vyletěli a on nám ukazoval shora park. A já jsem byla tak neskutečně šťastná.“* Respondentka R6 se vybavuje, že se jí o synovi zdálo, a že jí sděloval, že je v pohodě. Respondentka R7 se o úmrtí syna dozvěděla tak, že vnímala velmi silně pocit neklidu, a že něco není v pořádku. Potom uviděla syna u dveří obývacího pokoje, i když ve skutečnosti byl fyzicky ve vzdálených horách a zřejmě nedlouho předtím zemřel.

„A najednou jsem měla pocit a hrozně živej, že syn stojí mezi dveřma v tom obýváku a byl hrozně takovej bledej a říká mi takovým vážným hlasem: mami, já musím na misi.“ Respondentka R7 vedla se synem dlouhé rozhovory, které ji velmi uklidňovaly. Dokonce i v současné době, pokud potřebuje zodpovědět otázky na něco, co jí není jasné, je schopna se synem komunikovat a dostává odpovědi, které ji uspokojují.

8 Splnění cílů výzkumu a odpovědi na výzkumné otázky

8.1 Splnění cílů

Cílem mé práce bylo prozkoumat, zda těžká traumatická zkušenost ztráty vlastního dítěte může přinést kromě negativních i pozitivní prvky ve formě posttraumatického rozvoje. V rámci mého výzkumu byly v souvislosti s posttraumatickým rozvojem nalezeny u žen následující pozitivní prvky. Jednalo se o **pozitivní vnímání vlastního neštěstí, příklon ke spiritualitě, upevnění víry, zvýšení sebevědomí, zlepšení mezilidských vztahů, větší tolerance k druhým, neodkládání toho, co by ženy rády udělaly, ztráta strachu ze smrti a strachu o někoho, zpomalení životního tempa, žít tady a teď**.

Jako jeden z dílčích cílů jsem stanovila zmapovat depresivitu respondentek s odstupem od traumatické události v rozmezí 2 – 5 let. Zmapování depresivity u respondentek proběhlo dvěma testovými metodami. Beckovou sebeposuzovací škálou deprese (BDI-II) a dle nestandardizovaného sebeposuzujícího dotazníku (TS-40). Dle BDI-II u čtyřech respondentek nebyla zaznamenána v době mapování žádná depresivita a u tří respondentek ano. Z toho jedna respondentka se nacházela ve stupni depresivity mírné, jedna ve středním a třetí v těžkém stupni depresivity. Dle těchto výsledků jsem respondentky rozdělila do dvou skupin S1 a S2. S1 byla **skupina, kde alespoň mírná depresivita byla vykázána** a S2 byla **skupina, která nevykazovala žádné známky depresivity**. V souladu s těmito výsledky vyšly i výsledky ze sebeposuzujícího dotazníku TS-40 a potvrdily rozdělení respondentek do dvou skupin. Dalším dílčím cílem bylo zmapování kvality spánku v době události a v současnosti. Respondentky v obou skupinách kromě R3 v S2 vykazují po úmrtí dítěte **špatnou kvalitu spánku**. Dále uvádějí doprovodné stavy jako **úzkost (R1), přemýšlení v noci místo spánku (R5), stálé buzení či přerušovaný spánek (R4, R7)**. Noční můry neuvádějí. V současné době všechny respondentky kromě R1 spí dobře. Sny nemá R1 a R7. Sny si pamatuje R2, R4, R6 a R3.

Některé sny jsou o jejich dětech ještě před úmrtím, některé sny nesouvisí s traumatickou událostí. Noční můry nemají. Pouze R1 uvádí, že občas ano.

Tabulka č. 5: Zmapování kvality spánku u skupiny 1

SKUPINA 1	R1	R2	R5
Kvalita spánku po události	špatná, úzkostné stavy	špatná, nemohla spát	špatná, nespala, přemýšlela
Sny po události	hrůzné	hrůzné	úlevné
Noční můry	ne	ne	ne
Kvalita spánku v současné době	špatná, léky	spí dobře	spí dobře
Sny v současné době	ne	ano, nesouvisí s událostí	spíše ne
Noční můry	občas	ne	ne

Tabulka č. 6: Zmapování kvality spánku u skupiny 2

SKUPINA 2	R4	R6	R7	R3
Kvalita spánku po události	nespala, stálé buzení	nespala až do pohřbu	nespavost, přerušování	spala
Sny po události	o dcerce, že je v pořádku	o synovi před událostí	sny nebyly	sny nebyly
Noční můry	ne	ne	ne	ne
Kvalita spánku v současné době	spí dobře	spí dobře	spí dobře	spí dobře
Sny v současné době	ano, i opakující se	ano, o obou dětech	ne	ano, nesouvisící s událostí
Noční můry	ne	ne	ne	ne

Dalším dílčím cílem bylo identifikovat některý ze symptomů těžkého traumatu úmrtí vlastního dítěte. Nejvýraznějším symptomem, který se vyskytoval u všech respondentek, bylo **vnímání blízké zemřelé osoby po její smrti**, někdy ve formě snu, někdy, dle výpovědí respondentek, šlo o téměř fyzické vnímání. Posledním dílčím cílem bylo poskytnout doporučení pro praxi, a to jak by mělo správně proběhnout oznámení o úmrtí dítěte, aby bylo pro matku v rámci možností co nejméně zraňující. Zde jsem předpokládala, že doporučení mohou dát právě ty ženy, které tuto zkušenost prožily. Ženy se shodují, že by oznámení této zprávy mělo proběhnout především **citlivě a s empatií**. Jako konkrétní prvky uvádí způsob sdělení **osobní formou, ne telefonicky, empaticky, s laskavým přístupem, od člověka, kterého znají a za účasti někoho dalšího z rodiny,**

možnost okamžitého využití služeb psychologa, oznámit co nejdříve, nabídka rozloučení se s dítětem, oznámit jasně, stručně a přímo.

8.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Stanovené výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou konkrétní prvky, které pomohly ženám těžkou traumatickou zkušenost ztráty vlastního dítěte?
- 2) Jaké se projevíly prvky posttraumatického rozvoje u žen se zkušeností ztráty vlastního dítěte?

Odpovědi na výzkumné otázky:

1) Konkrétními prvky, které pomohly ženám zvládnout těžkou traumatickou zkušenost ztráty vlastního dítěte jsou: blízcí lidé, mluvení o traumatu, pláč, laskavost toho, kdo událost oznamoval, práce, sdílení zkušenosti s těmi ženami, které tuto zkušenost měly, vstřícnost zaměstnavatele, čtení knih, které byly tematicky zaměřeny na smrt, předtucha tragické události, vztahy s přáteli, povídání si v duchu se zemřelým, návštěvy hrobu a místa, kde se tragická událost stala, povídání o zemřelém, zaměstnat se čímkoliv, sdružení Dlouhá cesta, druhé dítě, které matku potřebuje, smysluplná práce, dát průchod momentálním emocím, vědomí, že jde o nezměnitelný stav, duchovní literatura, meditace a modlitby.

2) U žen se zkušeností ztráty vlastního dítěte se projevíly konkrétní prvky posttraumatického rozvoje, kterými bylo pozitivní vnímání vlastního neštěstí, příklon ke spiritualitě, upevnění víry, zvýšení sebevědomí, zlepšení mezilidských vztahů, větší tolerance k druhým, neodkládání toho, co by rády udělaly, ztráta strachu ze smrti a strachu o někoho, zpomalení životního tempa, žít tady a teď.

9 Diskuze

V současné době je otázka smrti stále spíše tabu, i když již můžeme pozorovat snahu některých psychologů, terapeutů, duchovních nebo i určitých sdružení, více tuto oblast zviditelňovat ve smyslu přinášení osvěty a konkrétních informací do veřejného života. Přesto se u většiny lidí setkáváme s neochotou o těchto záležitostech vůbec mluvit. Je třeba si uvědomit, že tím, že se člověk bude tvářit jako by smrt neexistovala, ničemu nepomůže. Lidé, kteří přišli o blízkou osobu, mnohdy pomoc potřebují a je třeba, aby společnost měla

dostatek kvalitních a kvalifikovaných odborníků, kteří v této těžké životní situaci jsou připraveni pozůstalým pomoci. Bohužel z rozhovorů s respondentkami většinou plynulo, že psycholog, se kterým se setkaly, neměl dostatek zkušeností, nebyl soustředěný nebo se stalo, že dokonce vůbec na schůzku nepřišel. U některých jsem byla první, komu měly příležitost tuto tragickou událost detailně vyprávět a projevit i své emoce.

Abych se mohla zabývat tematikou PSR, potřebovala jsem najít ženy, které touto zkušeností sice prošly, ale zároveň těžká životní událost způsobila v některých oblastech jejich rozvoj. Proto jsem identifikovala vstupní předpoklady, které tyto ženy pro účast ve výzkumu musely splňovat. Přesto jsem během výzkumu na základě testování depresivity identifikovala, že část žen známky depresivity nevykazuje a část ano. Vstupní předpoklady tedy nebyly postačující pro to, aby identifikovaly pouze ženy, které depresí netrpí a vykazují známky PSR. Zajímavé je, že i ženy, u kterých byla depresivita v určité míře prokázána, vykazovaly některé z prvků PSR. Přínos účasti těchto žen byl významný vzhledem k tomu, že i ony dokázaly doporučit to, co jim pomáhalo, aby se cítily lépe a také doporučit jakým způsobem by měla být zpráva o tragické události předána rodičům.

Zdrojem nepřesností mé práce mohl být fakt, že dvě z účastnic poskytly rozhovor elektronickou formou. I když jsem tyto ženy kontaktovala s doplňujícími otázkami, nebyl zde osobní kontakt během rozhovoru a mohlo mi uniknout něco, co bych v případě osobního setkání na základě momentálního postřehu, mohla rozvinout doplňujícími dotazy. Dalším možným zdrojem nepřesností mohla být skutečnost, že dvě ženy pracují ve stejné firmě jako já a vzhledem k mé pozici personálního manažera mohly přemýšlet o tom, jaké informace je vhodné říci a jaké ne s ohledem na eventuální obavy v souvislosti se ztrátou zaměstnání či jiným zneužitím informací např. poskytnutí důvěrných informací jiným osobám.

Výsledky, které vyšly v mé práci, byly víceméně ve shodě s výzkumy, které jsem dohledala na toto téma. Ve výzkumu týkajícího se matek, kterým zemřelo postižené dítě, se ukázalo, že matky byly následně vděčné za tuto těžkou životní zkušenost, i když by ji samozřejmě nechtěly prožít znovu. Dovedla je k nalezení smyslu života. Také je posunula v trpělivosti, empatii, neposuzování druhých a zvýšení sebevědomí (Milo, 1997). V mém výzkumu jsem identifikovala prvky PSR, které měly někdy sice odlišný název, ale obsahově byly totožné. Jedná se o pozitivní vnímání vlastního neštěstí, zvýšení sebevědomí, zlepšení mezilidských vztahů, větší tolerance k druhým. Nezaznamenala jsem, že by ženy uváděly zvýšení trpělivosti. U výzkumu rodičů, kteří přišli o zdravé dítě,

bylo prokázáno, že se po prožitém zármutku u nich více rozvinula soucitnost, pevnost, schopnost více přijímat lásku, přijímat lidskou konečnost jako fakt a prohloubili více svoji spiritualitu (Neimeyer et al., 2002). Z těchto prvků se i v mé práci objevil příklon ke spiritualitě a také přijetí konečnosti jako faktu. Zajímavý byl výzkum zabývající se ztrátou blízké osoby. Věnoval se rodinám, kde před sedmi až devíti lety zemřelo dítě na rakovinu. Zaměření zde bylo především na vnímání a rozvoj sourozenců zemřelých dětí (Neimeyer et al., 2002). Zde bych viděla možnost navázání na mou diplomovou práci a možnost prozkoumání PSR v této oblasti vzhledem k tomu, že u těchto sourozenců se také objevily pozitivní prvky rozvoje.

Pro praktické využití výsledků mé práce bych volila oblast sdělování traumatické události blízkému příbuznému, v tomto případě matce. Doporučení, která jsem získala právě od žen, které tímto traumatem prošly, může být jistě přínosné pro psychology, psychoterapeuty, lékaře, přátele či blízké příbuzné, kteří budou vědět, jak nejméně bolestivě tuto událost oznámit rodičům. Pro ženy, které budou takto těžkou životní situací teprve procházet, vidím smysl mé práce v možnosti sdílení svého osudu s jinými ženami, které prošly stejným traumatem. Toto byl také jeden z prvků, který ženy uváděly jako nápomocný ke zvládnutí celé situace, tedy vědět, že nejsou jediné, komu se něco takového stalo.

10 Závěry

Na základě detailního rozboru polostrukturovaných rozhovorů s maminkami, které přišly o své dospělé dítě, na základě Beckovy sebesuzovací škály deprese (BDI-II) a také nestandardizovaného sebesuzujícího dotazníku TS-40 jsem došla k níže uvedeným závěrům.

Konkrétní prvky, které pomáhají v psychickém zvládnutí ztráty dospělého dítěte, jsou blízcí lidé, mluvení o traumatu, pláč, laskavost toho, kdo událost oznamoval, práce, sdílení traumatu s těmi ženami, které tuto zkušenost měly, vstřícnost zaměstnavatele, čtení knih, které byly tematicky zaměřeny na smrt, předtucha tragické události, vztahy s přáteli, povídání si v duchu se zemřelým, návštěvy hrobu a místa, kde se tragická událost stala, povídání o zemřelém. Dále zaměstnat se čímkoliv, sdružení Dlouhá cesta, druhé dítě, které matku potřebuje, smysluplná práce, dát průchod momentálním emocím, vědomí, že jde o nezměnitelný stav, duchovní literatura, meditace a modlitby.

Mezi prvky posttraumatického rozvoje u žen, které ztratily své dospělé dítě, patří pozitivní vnímání vlastního neštěstí, příklon ke spiritualitě, upevnění víry, zvýšení sebevědomí, zlepšení mezilidských vztahů, větší tolerance k druhým, neodkládání toho, co by rády udělaly, ztráta strachu ze smrti a strachu o někoho, zpomalení životního tempa, žít tady a teď. Tento výsledek je ve shodě s dosavadními teoretickými zdroji i výzkumy na téma PSR.

Sdělení této traumatické události by ženy doporučovaly vykonat s empatií a s pochopením. Konkrétně upřednostňují osobní formu, ne telefonicky, s laskavým přístupem, od člověka, kterého znají a za účasti někoho dalšího z rodiny, možnost okamžitého využití služeb psychologa, oznámit co nejdříve, nabídku rozloučení se s dítětem, oznámit jasně, stručně a přímo.

Doprovodným symptomem a velmi užitečným z hlediska vyrovnání se se ztrátou, bylo vnímání zesnulého po jeho smrti, ať už ve formě snu či formou přímých rozhovorů s ním.

Kvalita spánku po traumatické události byla špatná a vykazovala rušivé prvky jako úzkostné stavy, rušivé přemýšlení či stálé buzení a přerušovaný spánek.

11 Souhrn

Diplomová práce je rozdělena do části teoretické a výzkumné.

Teoretická část

V této části jsem čerpala s literatury týkající se klinické psychologie, poradenství pro pozůstalé, posttraumatického rozvoje. Snažila jsem se také dohledat výzkumy zabývající se ztrátou blízké osoby a následnou situací se zaměřením na oblast posttraumatického rozvoje v zahraničních časopisech i knihách. Využila jsem i internetové zdroje. Po úvodu je zde vysvětlen pojem posttraumatický rozvoj. Dále zde uvádím výzkumy zabývající se ztrátou blízkého člověka. Zajímavý byl výzkum zabývající se matkami, kterým zemřelo postižené dítě. Podle výsledků výzkumu se matky staly po traumatizující události více trpělivé, sebevědomé, empatické a nesoudící (in Neimeyer, Prigerson & Davies, 2002). Další výzkum byl zaměřen na rodiče, kteří přišli o zdravé dítě. Bylo zjištěno, že po prožití hlubokého zármutku se rodiče stali více soucitní, silnější, přijímající lidskou konečnost a více se zaměřili na duchovní vnímání (in Neimeyer et al., 2002). V dalším výzkumu zaměřeném na rodiny, ve kterých zemřelo dítě na rakovinu, se

zjistilo, že úmrtí nemělo vliv jen na rodiče, ale také na sourozence. Sourozenci byli citově vyspělejší než jejich vrstevníci (in Neimeyer et al., 2002). Zajímavý je i výzkum, který se zabýval vzájemným vztahem mezi úmrtím, náboženstvím a posttraumatickým rozvojem. Zjištění ukazovala na možný spirituální vliv truchlení a také jak mohou konkrétní náboženské dimenze přispět k růstu a léčení (Currier, Malot, Martinez, Sandy & Neimeyer, 2013). Dále jsem zmínila modely posttraumatického rozvoje, a to model Janoff-Bulmanové, dvousložkový model Maerckera a Zöllnerové, Hobfollův model skutečného posttraumatického rozvoje a model Josepha a Linleye. V této kapitole se ještě zabývám tím, co přináší posttraumatický rozvoj. Jedná se např. o odsunutí nepodstatných věcí a změny životních hodnot, žít tady a teď, neodkládat věci na jindy, posílení pozornosti a všímavosti, posílení mezilidských vztahů, posílení spirituality apod.

Další oblastí je ztráta blízké osoby. Detailněji zde popisuji proces zpracování zármutku a jeho různé fáze. Rozlišuji mezi nekomplikovaným a komplikovaným truchlením, depresí a posttraumatickou stresovou poruchou. U komplikovaného truchlení trvá smutek déle a je daleko intenzivnější než v případě nekomplikovaného truchlení. Výsledkem prožívání těžkého traumatu může být i deprese. Někteří autoři uvádějí, že protikladem posttraumatického rozvoje je posttraumatická stresová porucha. Dle MKN-10 (2006) se touto poruchou rozumí opožděná reakce na traumatickou událost. Tato porucha může vzniknout i v souvislosti s náhlou ztrátou blízké osoby.

Následně se zabývám terapií pro pozůstalé, jejíž součástí je poradenství pro pozůstalé, jak postupovat při rozhovoru s pozůstalými a techniky, které mohou pomoci těžké situace zvládnout. Jde o relaxaci, meditaci a imaginaci. V poslední části teoretického konceptu se věnuji sdružení Dlouhá cesta a neziskové organizaci Jinej svět. Jde o sdružení zabývající se pomocí a podporou pozůstalých, kterým zemřelo dítě. Nezisková organizace Jinej svět je zaměřena na děti a mladé lidi, kterým někdo blízký zemřel. Dále se věnuje jejich rodinám, kamarádům, sousedům, pedagogům.

Výzkumná část

Cílem mé práce bylo prozkoumat, zda traumatická zkušenost ztráty vlastního dítěte, může přinést kromě negativních i pozitivní prvky ve formě posttraumatického rozvoje u žen. Mezi dílčí cíle patřilo změření depresivity u žen, které přišly o dítě, zmapování kvality spánku, identifikace některého ze symptomů doprovázejících ztrátu dítěte a doporučení pro praxi. V doporučení pro praxi se jednalo o to, jakým způsobem

oznamovat ženám úmrtí jejich dítěte, a to na základě právě výpovědí těchto žen. Ve výzkumných otázkách jsem se zabývala konkrétními prvky, které pomohly ženám zvládnout tuto těžkou životní událost a dále identifikací prvků posttraumatického rozvoje. Z hlediska metodologie se jedná o výzkum kvalitativní, především proto, že jde o náročné téma. Se ženami bylo nutné pracovat velmi detailně, empaticky, nenásilně a do hloubky. Proto jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Pro měření depresivity jsem zvolila poslední verzi Beckovy sebeposuzovací škály deprese BDI-II. Jako orientační a podpůrný jsem přidala ještě nestandardizovaný sebeposuzující dotazník TS-40, který je určen pro výzkumné účely.

Výzkumný soubor tvořily ženy, které splňovaly následující předpoklady. Časový odstup od události od dvou do pěti let, žena není v současné době hospitalizována na psychiatrii, má stálé zaměstnání, dítě, o které přišla, bylo v dospělém věku a žena dokáže a chce o své zkušenosti mluvit. Na základě BDI-II a TS-40 se ženy rozdělily do dvou skupin. Jedna skupina (S1) obsahovala ženy, které vykazovaly určité známky depresivity a druhá skupina (S2) byly ženy, u kterých depresivita zjištěna nebyla vůbec. Následují příběhy respondentek. U každého příběhu jsem sledovala, jak žena reagovala po oznámení o úmrtí dítěte, jak se cítí psychicky vyrovnána, kvalitu spánku a snů, zda využila odbornou pomoc a zda vnímala setkání s dítětem po jeho smrti, ať už formou snů nebo jinak. Z polostrukturovaných rozhovorů mi vznikly kategorie: co přineslo trauma pozitivního, ovlivnění postoje k životu, co tenkrát nejvíce pomáhalo, reakce po oznámení skutečnosti, spánek a sny, symptom doprovázející úmrtí.

V souvislosti s plněním cílů jsem definovala pozitivní prvky u respondentek. Jednalo se o pozitivní vnímání vlastního neštěstí, příklon ke spiritualitě, upevnění víry, zvýšení sebevědomí, zlepšení mezilidských vztahů, větší tolerance k druhým, neodkládání toho, co by ženy rády udělaly, ztráta strachu ze smrti a strachu o někoho, zpomalení životního tempa, žít tady a teď. Spánek u všech vykazoval špatnou kvalitu. Rušivě působila úzkost, přemýšlení na místo spánku a opakující se buzení. U všech žen se objevil symptom vnímání zemřelé osoby po její smrti. Některé ženy měly živé sny a některé ženy přímo se zemřelou osobou, dle jejich vyjádření, komunikovaly. Praktické využití mé práce vidím v tom, že mohu doporučit formu sdělení tragické události blízkým rodinným příslušníkům, právě na základě sdělení těchto žen. Zpráva by měla proběhnout empatickou formou, citlivě. Jako konkrétní prvky ženy uvádějí: osobní formou, ne telefonicky, empaticky, s laskavým přístupem, od člověka, kterého znají a za účasti někoho dalšího z rodiny,

možnost okamžitého využití služeb psychologa, oznámit co nejdříve, nabídka rozloučení se s dítětem, oznámit jasně, stručně a přímo. To, co ženám pomohlo zvládnout traumatizující situaci byli: blízcí lidé, mluvení o traumatu, pláč, laskavost toho, kdo událost oznamoval, práce, sdílení zkušenosti s těmi ženami, které tuto zkušenost měly, vstřícnost zaměstnavatele, čtení knih, které byly tematicky zaměřeny na smrt, předtucha tragické události, vztahy s přáteli, povídání si v duchu se zemřelým, návštěvy hrobu a místa, kde se tragická událost stala, povídání o zemřelém, zaměstnat se čímkoliv, sdružení Dlouhá cesta, druhé dítě, které matku potřebuje, smysluplná práce, dát průchod momentálním emocím, vědomí, že jde o nezměnitelný stav, duchovní literatura, meditace a modlitby.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- 1) Adeleye, T. (2012). *Stay Sane Through Change: Death of loved one*. Contemporary Lifestyle Publ.
- 2) Baštecká, B., Goldman, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 3) Calhoun, L., Tedeschi, R. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A Clinician's Guide*. London: Lea.
- 4) Calhoun, L., Tedeschi, R. (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. New York: Psychology Press.
- 5) Cimrmanová, T. (2013). *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu. Aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Univerzita Karlova.
- 6) Currier, J.M., Mallot, J., Martinez, T.E., Sandy, Ch. & Neimeyer, R.A. (2013). Bereavement, Religion and Posttraumatic Growth: A Matched Control Group Investigation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2, 69-97.
- 7) Čírtková, L., Vitoušová, P., Drtilová, J., Kloubek, M. Matzner, J., Špatenková, N.,... Vitoušová, M. (2007). *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha: Grada Publishing.
- 8) De Lego, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad. O. & Andriessen, K. (2014). *Bereavement after Traumatic Death. Helping the Survivors*. Boston: Hogrefe Publishing.
- 9) Eriksson, M., Linström, B. (2005). Validity of Antanovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Gothenburg: Nordic school of public health.
- 10) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 11) Frankl, E.V. (2006). *A přesto říci životu ano*. Karmelitánské nakladatelství.
- 12) Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. & Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*. 74(5). Získáno 8. března 2015 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17032085>
- 13) Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 11, 213-218.
- 14) Hráská, M. (1. 3. 2015). Dlouhá cesta. Získáno z: <http://www.dlouthacesta.cz/o-dlouhe-ceste/>
- 15) Kendler, K.S., Gardner, Ch. O., Prescott, C.A. (26.2.2015). Toward a Comprehensive Development Model for Major Depression in Women. *Am.J. Psychiatry*159:7.

[http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/3%20Psychopathology%20\(27\)/Kendler,%20Gardner,%20Prescott,%202002.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/3%20Psychopathology%20(27)/Kendler,%20Gardner,%20Prescott,%202002.pdf)

- 16) Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- 17) Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada Publishing
- 18) Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing.
- 19) Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 20) Kübler Rossová, E. (2012). *Světlo na konci tunelu*. Jota.
- 21) Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing.
- 22) Lindsay, G., Koene, C., Ovreeide, H., & Lang, F. (2010). *Etika pro evropské psychology*. Praha: Triton.
- 23) Linhartová, A. (7. 3. 2015). Tichej svět. Získáno z: <http://www.jinejsvet.cz/o-nas>
- 24) Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
- 25) Milo, E.M. (1997). Material responses to the life and death of child with developmental disability . *Death Studies*. 21.443-476.
- 26) Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 27) MKN-10.(2006). *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 28) Neimeyer, R., Prigerson, H.G., Davies, B. (2002). *Mourning and Meaning*. *American Behavioral Scientist*. Cornell University: Sage.
- 29) Novák, T., Capponi, V. (2014). *Sám sobě psychologem*. Praha: Grada Publishing.
- 30) Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- 31) Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- 32) Pišl, V. (2013). Trauma: jak se zapíše do mozku oběti. *Psychologie dnes*, 4, 19.
- 33) Praško, J. (2007). *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada Publishing.
- 34) Praško, J., Prašková, H. & Prašková, J. (2008). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál.
- 35) Praško, J., Vyskočilová, J. & Prašková, J. (2008). *Úzkost a obavy*. Praha: Portál.
- 36) Rezková, Z. (2009). *Traumatický stres a limbická iritabilita – možné souvislosti a měření jejich příznaků; studie psychometrických vlastností dotazníků TSC-40, CPSI, LSCL-33 v české verzi*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova Univerzita v Brně.
- 37) Röhr, H.-P. (2013). *Nedostatečný pocit vlastní hodnoty*. Praha: Portál.

- 38) Shear, K.M., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (26.2.2015). Complicated Grief and Related Bereavement Issues for DSM-5. Získáno z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3075805/>
- 39) Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada Publishing.
- 40) Šolcová, I. (2009). *Vývoj residence v dětství a dospělosti*. Praha: Grada Publishing.
- 41) Špatenková, N. a kol. (2004). *Krize, psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing
- 42) Špatenková, N. a kol. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Portál.
- 43) Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing.
- 44) Timuřák, L. (2014). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portál.
- 45) Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- 46) Weiner, I.B. (2009). *Posttraumatic Growth. Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. New Jersey: Taylor & Francis.
- 47) Werdel, M.B., Wicks, R.J. (2012). *Primer on Posttraumatic Growth. An Introduction and Guide*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- 48) Zöllner, T., Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two komponent model. *Clinical Psychology Review* 26.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Model komplikovaného a nekomplikovaného truchlení vzhledem k vnímání ztráty	19
Tabulka č. 2: Přehled základních údajů o respondentkách.....	37
Tabulka č. 3: Výsledky BDI-II včetně zohlednění rozdělení do skupin	38
Tabulka č. 4: Výsledky TS-40 včetně zohlednění rozdělení do skupin	39
Tabulka č. 5: Zmapování kvality spánku u skupiny 1.....	65
Tabulka č. 6: Zmapování kvality spánku u skupiny 2.....	65

Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt bakalářské diplomové práce

Příloha č. 3: Ukázka přepisu polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 4: Ukázka kategorizace

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Ing. Bc. FRÁTRIK ŠKARKOVÁ Radka	Skalisko 6, Skalisko	F130639

TÉMA ČESKY:

Posttraumatický rozvoj u žen

NÁZEV ANGLICKY:

Posttraumatic growth of women

VEDOUcí PRÁCE:

prof. PhDr. Alena Píšáková, CSc. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Prostudování doporučené literatury.
- 2) Teoretická část bude zahrnovat vysvětlení pojmů posttraumatický vývoj, přehled modelů posttraumatického vývoje, teorie stresu, působení stresorů v čase, obranné mechanismy, copingové strategie a přehled výzkumů v této oblasti.
- 3) Výzkum je založen na výstupech z polostrukturovaných rozhovorů a testů.
- 4) Základní soubor obsahuje všechny ženy, které prožly těžkými životními událostmi. Výzkumný soubor obsahuje ženy, které prožly konkrétními traumaty, a to v rozmezí 2 - 6 let od události.
- 5) Výstupem by mělo být identifikování prvků, které ženám nejvíce pomohly se s touto událostí vyrovnat.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Battecka, B., Goldzman, P. (2001): Základy klinické psychologie. Praha: Portal.
2. Cakirpaloglu, P. (2004): Psychologie hodnot. Votobia.
3. Dabílek, R. (2001): Životní krize jako vývojové tance. Praha: Aquamarin.
4. Frankl, V.E. (2006): A přesto tici životu ano. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
5. Frankl, V.E. (2006): Vůle ke smyslu. Praha: Cesta.
6. Grof, S. (2004): Psychologie budoucnosti. Praha: Perla.
7. Kastová, V. (2000): Krize a tvůrčí přístup k ní. Praha: Portal.
8. Krivohlavý, J. (2003): Jak zvládnout depresi. Praha: Grada Publishing.
9. Krivohlavý, J. (2004): Pozitivní psychologie. Praha: Portal.
10. Krivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha: Portal.
11. Mareš, J. (2012): Posttraumatický rozvoj člověka. Praha: Grada Publishing.
12. Řáčan, P. (2005): Cesta životem. Praha: Portal.
13. Špatenková, N. (2004): Krize psychologicky a sociologicky fenomén. Praha: Grada Publishing.
14. Špatenková, N. (2006): Jak teti rodinné krize moderní žena. Praha: Grada Publishing.
15. Časopisy: Čs. psychologie, časopisy týkající se klinické psychologie apod.

Příloha č. 2: Český a anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:	Posttraumatický rozvoj u žen
Autor práce:	Ing. Radka Frátrik Škarková
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.
Počet stran a znaků:	72, 154 571
Počet příloh:	5
Počet titulů použité literatury:	48

Abstrakt:

Cílem mé práce bylo prozkoumat, zda těžká traumatická zkušenost ztráty vlastního dítěte může přinést kromě negativních také pozitivní prvky ve formě posttraumatického rozvoje u žen. Dalšími dílčími cíly bylo změřit depresivitu u těchto žen, zmapovat kvality jejich spánku, popsat některý ze symptomů objevujících se v takto závažných životních situacích. Důležitým dílčím cílem, který je využitelný v praxi, bylo zmapování nejvhodnější formy sdělení, jak by měla být tato traumatizující událost oznámena rodičům. V této oblasti jsem obdržela doporučení přímo od žen, které touto zkušeností prošly. Výzkumné otázky se týkaly identifikace toho, co ženám nejvíce pomohlo a konkrétních prvků posttraumatického rozvoje. V teoretické části jsem čerpala jak z literatury z oblasti klinické psychologie, tak poradenství pro pozůstalé a posttraumatického rozvoje. Snažila jsem se také dohledat výzkumy zabývající se ztrátou blízké osoby a následnou situací se zaměřením na oblast posttraumatického rozvoje v zahraničních časopisech i knihách. Využila jsem i internetové zdroje. Jedná se o kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaných rozhovorů, Beckovy sebesozuzovací škály deprese BDI-II a nestandardizovaného sebesozuzujícího dotazníku TS-40. Mezi pozitivní prvky, které byly identifikovány a souvisejí s posttraumatickým rozvojem, patří pozitivní vnímání vlastního neštěstí, příklon ke spiritualitě, upevnění víry, zvýšení sebevědomí, zlepšení mezilidských vztahů, větší tolerance k druhým, neodkládání toho, co by ženy rády udělaly, ztráta strachu ze smrti a strachu o někoho, zpomalení životního tempa, žít tady a teď. Spánek u žen vykazoval špatnou kvalitu. U všech žen se objevil symptom vnímání zemřelé osoby po její smrti. Jako konkrétní prvky pro vhodné sdělování tragické zprávy ženy uvádějí: osobní formu, ne telefonicky, empaticky, s laskavým přístupem, od člověka, kterého znají a za účasti někoho dalšího z rodiny, možnost okamžitého využití služeb

psychologa, oznámit co nejdříve, nabídka rozloučení se s dítětem, oznámit jasně, stručně a přímo. To, co ženám pomohlo zvládnout traumatizující situaci bylo: blízcí lidé, mluvení o traumatu, pláč, laskavost toho, kdo událost oznamoval, práce, sdílení zkušenosti s těmi ženami, které tuto zkušenost měly, vstřícnost zaměstnavatele, čtení knih, které byly tematicky zaměřeny na smrt, předtucha tragické události, vztahy s přáteli, povídání si v duchu se zemřelým, návštěvy hrobu a místa, kde se tragická událost stala, povídání o zemřelém, zaměstnat se čímkoliv, sdružení Dlouhá cesta, druhé dítě, které matku potřebuje, smysluplná práce, dát průchod momentálním emocím, vědomí, že jde o nezměnitelný stav, duchovní literatura, meditace a modlitby.

Klíčová slova:

posttraumatický rozvoj, ztráta blízké osoby, depresivita

ABSTRACT OF THESIS

Title: Posttraumatic growth of women

Author: Ing. Radka Frátrik Škarková

Supervisor: prof. PhDr. Alena Plháková, CSc.

Number of pages and characters: 72, 154 571

Number of appendices: 5

Number of references: 48

Abstract:

The aim of my thesis was to investigate if difficult traumatic experience of losing the child can bring a positive addition to the negative elements in the form of posttraumatic growth in women. Other partial objectives were to measure depression in these women, to map the quality of their sleep, describe some of the symptoms appearing in such serious situations. Important goal, which is applicable in practice, is to map the most appropriate form of communication, how should this traumatic event be communicated to parents. In this area I received a recommendation directly from the women who had gone through this experience. Research questions related to the identification of what women found the most helpful and specific elements of posttraumatic growth. In the theoretical part I

derived from both the literature in the field of clinical psychology and survivors' consultancy, as well as posttraumatic growth. I also tried to find the studies dealing with the loss of a loved one and following situation with a focus on posttraumatic growth in international journals and books. I also used internet resources. This is a qualitative research using semi-structured interviews, Beck Depression Scale BDI-II and nonstandardized questionnaire TS-40. Among the positive elements that have been identified and related to posttraumatic development, including positive perception of their own unhappiness, tendency to spirituality, strengthening their faith, increased confidence, improved relationships, greater tolerance for others, not postponing what the women would like to have done, loss of fear of death and fear of someone slowing down the pace of life, to live here and now. The women's sleep exhibited poor quality. All women experienced symptom of perception of deceased after his/her death. The women report these elements for appropriate communication of tragic news: personal form, not via phone, empathy, with kind of an approach from someone they know, participation of someone else from the family, the possibility of immediate use of the services of a psychologist, to announce as soon as possible, offer farewell to a child, announce clearly, concisely and directly. What helped the women to cope with the traumatic situation was: close people, talking about the trauma, crying, kindness of whoever announced the event, work, sharing experiences with women who had the same experience, employer's responsiveness, reading books that were thematically focused on death, premonition of the tragic event, relationships with friends, chatting with the deceased in one's thoughts, visits of the grave and the place where the tragedy happened, talking about the deceased, to engage in anything, Dlouhá cesta Association, the second child that the mother needs, meaningful work, give vent to momentary emotions, note that it is an unchanging state, spiritual literature, meditation and prayer.

Key words:

Posttraumatic growth, Bereavement, Depressivity

Příloha č. 3: Ukázka přepisu polostrukturovaného rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor R5

Úvodní fáze rozhovoru:

- Seznámení a navození klidné a důvěryhodné atmosféry
- vysvětlení důvodu proč je rozhovor požadován
- užitečnost a potřebnost rozhovoru

Jádro rozhovoru:

1) Co se vlastně stalo – popis konkrétní těžké životní situace

- Víím, že vás potkala velmi těžká životní situace a víím, že jste se velmi statečně s touto situací snažila vyrovnat. Můžete mi, prosím, říci co se vlastně stalo?

V r. 2012 nebo spíš 2011 starší syn hledal zaměstnání a podařilo se mu získat místo šéfkuchaře na Špindlerově boudě, na pomezí hranic. Odjel tam pracovat v listopadu, přišel se se mnou rozloučit. Nefungoval mu telefon, a tak jsme zůstali bez spojení. Rozhodl se, že na Vánoce nepřijede domů, ale zůstal u mých rodičů. Neměli jsme vůbec žádný kontakt a po Vánocích jsem se dozvěděla od souseda z bývalého bydliště, že nás hledali v bytě mladí lidé, a že tam u nich u sousedů nechali kufřík s osobními věcmi syna. Že z pondělí na úterý tragicky zemřel. Po zaměstnání si chtěl splnit sen, chtěl se projet na terénní čtyřkolce. Jeho zaměstnavatel je půjčoval, takže si ji okolo večerní osmé hodiny vypůjčil a jezdil na ní okolo boudy a na parkoviště. Byla okolo něj parta kamarádů a kamarádek a přítelkyně, a on si to chtěl užít, líbilo se mu to, bylo to 18 – 19 února. Oni už šli dovnitř a on zůstal ještě venku. Potom bylo již hodně po dvanácté, a tak někdo vyběhl a zjistil, že na něm ta čtyřkolka leží.

2) Reakce, kdy probíhala nepříznivá životní událost

- Jaká byla vaše reakce ihned po tom, kdy jste se to dozvěděla?
- Kdo a jakým způsobem vám to sdělil?

Kamarádi Jirky, přijeli s Jirkovými věcmi. Hledali nás. Přijeli do toho bytu, kde jsme bydleli dříve. Nyní tam bydlel syn s mladším bratrem. V podvečer kolem páté hodiny nám to přišel soused oznámit.

- Jak by podle vás mělo znít a proběhnout sdělení této zprávy tak, aby člověka co nejméně zraňovalo?

Ze začátku jsem byla hodně rozčilená, že police rodinu neinformovala. I když bývalý manžel o informaci věděl, protože byl dříve u policie. Ale nedal mi o tom vědět. Způsob, jak se to člověk dozvěděl, byl dost frustrující, musela jsem okamžitě začít hledat a pátrat kde syn je, kam ho odvezli. Obvolávala jsem márnice a spojila jsem se s vyšetřovatelem. Na popud bývalého manžela mi volal policista, specialista na zvládání stresových situací a chtěl situaci po telefonu probírat. Ale já měla spoustu starostí s tím, aby nevezli syna zpět do Krkonoš a aby byl převezen tam, kde se s ním budeme loučit.

Takovouto informaci, když přišel říct člověk, kterého znám, ten souseď, i když to byla taková hrůza a vím, že i on s tím měl velký problém, objal mě, ale cítila jsem se lépe. Když se to stane ve funkční rodině, může se žena přichýlit k manželovi, ale u nás to tak nebylo, takže jsem byla ráda za toho hodného souseďa.

Důležité, aby se takovéto věci říkali i před někým dalším z rodiny. Aby u toho ten dotyčný nebyl sám. Další člen rodiny může být podporou. Máte pocit, že vám umřelo kus těla.

- V jakém prostředí?
Není důležité.
- Od koho?

3) Hodnocení situace s odstupem 2-5 let (současnost)

- Dá se říci, že vám tato událost přinesla něco, co by se dalo hodnotit jako pozitivní pro vývoj vaší osobnosti?

Je to 2 roky. Je pravda, že dokážu pochopit, že se dokáže normální člověk zbláznit. Nemáme úmrtní list, ještě jsem nedostala tu sílu, to začít vyřizovat. Najednou jsem začala řešit, když bych udělala něco jinak, že bych ho začala dříve hledat, něco by se událo, aby se to nestalo. Kdybych to třeba udělala, stalo by se to jinak a on by třeba neumřel. A stále dokola různé možnosti.... Den po dni, hlavně v noci, noc byla úplně šílená, jelo to v hlavě postupně od té tragické události. Najedete si na internet a čtete. On se udusil. Tak si přečtete, že tři čtvrtě hodiny to trvá, než člověk zemře. Začnete si vyčítat, jak to, že jsem to jako matka nepoznala, že se něco děje. Začnete se obviňovat. Co jsem to za matku. On tam určitě ležel a volal maminku. Způsob netrýzně. Potom už dojdete do minulosti. Že jsem neudělala vše, co bylo třeba. A zase kdybych udělala něco jiného, tak by to tak nedopadlo. A jak to, že jsem tam nebyla, co jsem to za matku, že jsem mu nedokázala pomoci. Pomůže hodně práce. Zařízení pohřbu.

Vrátila jsem se do zaměstnání a byli na mě moc hodní. Když to na mě přišlo, šla jsem na záchod, brečela jsem tam a oni byli hrozně hodní.

- Co vám tato událost po psychické stránce „vzala“? bez odpovědi
- Jakým způsobem se změnil váš postoj k životu?

Změnil. Jela jsem po svém životě stále zpět, začala jsem si vyčítat, že jsem chodila do zaměstnání, měla jsem se jim možná více věnovat, jako kdyby z toho života člověk poodstoupil a podíval se na život jinak. Zjistila jsem, že můj život byla jen práce, i když se musíme žít. Našla jsem si přítele. Ale nesedli si. Dost je trápil. Toho Jirku hodně. Mladší syn mi řekl, že zkoušeli i drogy. Viděla jsem, že jsem život prožívala špatně. A změnila jsem úplně všechno. Postupně. Nejdříve jsem začala o tom více přemýšlet. Viděla jsem, že mě přítel využívá, že já jen vydělávám a on mě tuneluje. Abych si ulevila, hodila jsem to na něho. Že on za to může, jako berličku. Jak se k nám choval. Tím traumatem to zjistíte a víte, že takhle žít nechci. Rozešla jsem se s přítelem. Podnikala jsem se synem. Ale on přišel o řidičák. Zavřela jsem firmu. A ukončili jsme to. A přesunuli jsme se do jiného místa k rodičům. Už nechci být u počítače sama v bytě, od rána do večera už vůbec ne, ale že potřebuji lidi okolo sebe.

- Změna životních hodnot?

Určitě. Sice jsem v nové práci zase docela dost uvázaná, ale přestěhoval se zpět mladší syn, upevnili jsme vztahy. On není schopen v tom bytě, kde byli se synem, nyní bydlet. Člověk si uvědomí, že některé věci nedožene. Že bych si přestala vyčítat, to ne. Ale člověk se snaží postupně změnit. Pro mě je důležité. Jirka se tedy naposledy přišel rozloučit, když mě viděl naposledy, objal mě.

- Pokud byste měla tu moc, co byste dělala v minulosti jinak? Bez odpovědi.
- Jak byste popsala postupný proces vašeho uzdravování tohoto psychického zranění?

Myslím na syna každý den. Mám fotku u postele. Jsem ve fázi, že si s ním někdy vykládám. Přišel se rozloučit po smrti. Zdál se mi sen, a šly jsme ho hledat s dcerkou. Různě jsme ho hledaly krkolomnými uličkami, cesta a ptala jsem se, zda ho neznají. Hezká holčička řkala, že ho známe, že vaří tady kousek dole. Ukázala nám ho. Vzal nás domů, povídali jsme si, smáli jsme se, leželi jsme na posteli. Dívali jsme se do okna a bylo to jako, že jsme vyletěli a on nám ukazoval shora park. A já jsem byla tak neskutečně šťastná. Potom mě ráno šel vyprovodit, a jak jsme se vzdalovali od toho města, ztrácela se tráva, začaly tam být kameny a ve stráni byly napíchané kosmické lodě a já se ho ptala, jestli přijede a on říkal, že ne. Vzbudila jsem se ráno

a byla tam velká úleva. Moje sestra umí komunikovat s duchy, a já ji požádala, protože mám s tou vinou stále problém. Říkala, že umřel, když byl šťastný, a že jsem mu nic neprovedla. Vůči mně necítí žádnou nenávisť. To co si měl tady splnit, to si splnil. S dcerou hrajeme hru, když pláčeme, tak říkáme, že čistíme kanály, že jsou zanesené, a že se musí vyčistit.

Co tedy nepříjemné bylo, že policie dá vědět, že si máte vyzvednout věci. Zavolali mě a ten pán to začal rozbalovat. Požádala jsem ho, aby to nerozdělával, že mu věřím. Ale on chtěl ukázat, že to tam je. Nechtěla jsem rozbalovat. Jen jsem to podepsala. On to myslel dobře, ale žádný rodič není zvědavý na to, co měl v kapse.

- Jak to tenkrát vypadalo se spánkem?

Já jsem nespala. Stále jsem přemýšlela. Začalo se mi zdát, že jsem se budila přesně v dobu, kdy chlapec zemřel. Takto 3 měsíce. Do práce. Pomohlo pročitání příběhů maminek, co přišly o děti na internetu. Pomohlo mi to. Že to i ony nějak zvládly, že nejsem sama, komu se to stalo.

- Jaké se vám zdály sny?

Ne. Myslím, že ne. V hlavě mi šrotovalo, kdybych, co bych. A zase jsem si vzpomněla, co jsem mohla udělat jinak a znovu a znovu....

- Objevovaly se noční můry, příp. jakého charakteru?

Ne.

- Opakovaly se? Jak často?

4) Opěrné body

- Kdo nebo co pro vás bylo tenkrát oporou?

Ta stránka, kterou jsem si našla a v práci, že jsem mohla vypadnout z domu a myslet na něco jiného. A lidí na mě byli hodní. A člověk se dozvídá se, kdo a kde má koho pochovaného. Že třeba paní má syna v kómatu.

- Co vám nejvíce ulevovalo v této životní situaci? Viz výše.
- Projevovala se u vás v té době nějaká forma naděje, příp. jaká?

Ze začátku jsem tomu nevěřila. Navíc jsem bojovala s tím, že syn si koupil těsně před smrtí nové oblečení a nový počítač. Počítač jsem otevřela až za rok. Nové oblečení jsem nechtěla. Potřebovala jsem oblečení do rakve. Použili jsme tatínkův oblek. Bývalý manžel nechtěl přispět. Jinak syna jsem nechtěla ani vidět. Nyní ještě bojuji s tím, co jsem to za matku, že jsem se na něj nepodívala. Víím, že by to bylo dobře. Ale

Bůh ví, co bych viděla. Na jednu stranu bych ho chtěla vidět a na druhou stranu se bojíte své reakce a zároveň je vám blbý, že se nejdete nepodívat na vlastní dítě.

- Co byste poradila jinému člověku, který prochází tuto situaci?

Určitě nezůstávat nikde sám. I když ten člověk má takovou zkušenost, v té době jsme chodila do práce a zpět. Po nějakém čase mi začali lidi vadit, vyhýbala jsem se jim, z práce jsem šla uličkami pomalu nahrbeně domů, zavřela jsem se a potom zase do práce. Za nějaký čas začali v práci propouštět a já jsem věděla, že se dokážu uživit i jinak než touto prací, tak jsem navrhla, že bych odešla já, aby nemuseli propouštět paní s vážnou nemocí, která tam byla 15 let. Šéf nechtěl, byl se mnou spokojený, ale vysvětlila jsem mu to ohledně té kolegyně a on to pochopil. Už mi i několikrát volal, jak se mám, bylo to příjemné. Potom jsem musela po úřadech, padlo to na mě, přišla jsem do kanceláře uřvaná a říkala jsem všem, ať si mě nevšímají, že se mi stala tragická věc se synem, a že se mohou klidně mluvit, jen jsem si vše musela psát. Nepamatovala jsem si věci, takže jsem si vše psala do diáře. Určitě je dobré se alespoň snažit jít mezi ty lidi, i když to nejde. Třeba jen jako pozorovatel, aby člověk neztratil kontakt s lidmi, aby se úplně neuzavřel. Je to o tom, že si to člověk musí uvědomit, že je to potřeba. Zkusit, aby ten kontakt úplně nepřestal.

5) Současnost

- Cítíte se nyní smířená s tím, co se stalo?

Do budoucna to ani nejde. Nejhorší co mě vytáčelo, když mi někdo řekl, já tě úplně chápu. Chápu, že to mysleli dobře. Nemůžou tušit jak je člověku. Je to složité, jak by měli lidi na mě mluvit - jde o to v jakém rozpoložení člověk je. Je dobré ze strany lidí to zkusit. Já jsem měla potřebu mluvit. Ale zase nechcete někoho zatěžovat takhle hroznou věcí. Záleží na člověku, zda to přijme a bude reagovat nebo ne. Takže nechat prostor, zda se člověk cítí, že chce mluvit anebo nechce. Máte pocit, že vlastně obtěžujete okolí takto hroznou věcí. Chápete, že oni musí nějak zareagovat a vy je nutíte reagovat na vás. Tak mě vyhovovalo, když jsem řekla, že se mi to stalo a ten člověk řekl, co ode mne konkrétně potřebuje. To bylo velmi důležité. Začali jsme řešit konkrétní věc. Člověk se učí znovu smát, nutíte se do smíchu. Tohle bylo asi směšné. Říkám si, že příště to trošičku zkusím. Ale cítíte, že se smějete, ale syn vám zemřel. Ale říkáte si, že nemůžete být pořád smutná. Tak jsem se učila nějakým způsobem znovu smát.

- Za jak dlouhou dobu přišlo vyrovnání, kdy jste se začala znovu zabývat běžnými životními věcmi – např. koníčky apod.?

Po týdnu dovolené jsem šla do práce. Neměla jsem koníčky, jen jsem pracovala.

- Co si myslíte, že bylo příčinou toho, co se stalo? Bez odpovědi.
- Myslíte si, že někdo nese vinu, za to, co se stalo?

Kromě obviňování sebe, chtěl mladší syn, abychom řešili se zaměstnavatelem. Syn neměl řidičský průkaz, takže možná zaměstnavatele. Ale nakonec jsem usoudila, že by byl nešťastný další člověk, že stačí, že jsme nešťastná já.

Pokud ano:

- Dokázala jste odpustit?
- Spíš jsem chtěla vědět, zda syn ke mně nemá něco. Co jsem vše udělala špatně. Prý Jirku šikanovali ve škole a já to nevěděla. Svému příteli jsem to neodpustila.
- Jak probíhal proces odpuštění?
- Jak jste se po tomto procesu cítila?

- Jak vypadá v současné době váš spánek?

Hromadou starostí jsem se v Hradišti budila, po smrti syna vůbec jsem se stále budila v půl jedné, půl druhé. A co bydlím v Rychnově, tak můžu spát. Po hromadě roků. Přestaly mě bolet záda a spím. I ten přesun zpět do Rychnova pomohl. Tam to bylo hodně zraňující. I když v Rychnově je to taky, protože jsme zde bydleli, když byl syn ještě maličký, tak to vidím také, kde si hrál na jakém pískovišti.

- Jaké sny si pamatujete?

Moc ne. Sem tam, ale jsou to spíše blbosti. O vypadlých zubech, že nemám vlasy.

- Máte nějaké opakující se sny?
- Objevují se noční můry?

Ne.

Pokud ano:

- Jakého charakteru?
- Jak často?

6) Poskytnutá odborná pomoc

- Využila jste v tomto těžkém období pomoc některého z odborníků?

Volal mi policejní psycholog, ten co říká tyto nepříjemné věci pozůstalým. Byl moc hodný, jen jsem se ho zeptala, zda umí vrátit čas, on říkal, že neumí. Poděkovala jsem mu, že je moc hodný. Říkal, že vidí, že to mám trochu zpracované, tak jsme se rozloučili. Přemýšlela jsem, že bych zašla k odborníkovi, možná že by mi pomohli i prášky, protože jsem měla šílenou depresi, ale nikdy jsem nešla. Měla jsem strach, že bych to měla ve zdravotní kartě a dále já mám v hlavě blok na jakékoli závislosti. Mám obsedantně kompulzivní poruchu, a bojuju s tím, tak se snažím to dělat jinak. Aby hrníčky nebyly přesně v rovině. Takže jsem nechtěla brát léky. Potřebovala jsem dosti intenzivně pracovat a musela jsem být při smyslech a nemohla jsem se někde smát, tak jsme nikdy nešla. Stala se mi zvláštní věc v Rychnově. Šla jsem se svou šílenou depkou na kosmetiku a já jsem od ní odcházela bez depky. To jsem ještě nezažila. Ani jsem jí o té události neříkala. Když máte depresi, tak se v tom plácáte. Vůbec netuším, jak k té úlevě došlo a od té doby jsem bez deprese. Nechápu to. Ona ale nic netušila. Nerozumím tomu. Je to zajímavé.

- Využila jste jiný druh pomoci?
Kosmetiku. A tu moji sestru, aby se zeptala ohledně té možné nenávisti vůči mně.
- V čem byla tato pomoc přínosná?
- V čem byste postupovala v této oblasti jinak?

Závěr, poděkování, nastolení dobrého pocitu z rozhovoru:

- Jaký máte pocit z našeho rozhovoru?
- Máte nějaký dotaz k tématu rozhovoru?
- Chtěla byste něco sdělit, co by mohlo být užitečné a k čemu jsme se během rozhovoru nedostali?

Asi nejdůležitější je přestat něco nechávat na později, že později se k tomu později člověk vrátí. Jak jsem říkala, když máte potřebu udělat něco hned, je třeba to tělo poslechnout, protože k tomu už třeba později nebudete mít příležitost. Chce to udělat hned.

Určitě zašlu jak tento rozhovor, tak celkový výsledek k nahlédnutí. Ocením jakékoliv připomínky. Děkuji za rozhovor.

Příloha č. 4: Ukázka kategorizace

			Porovnáni skupin	
		R5		R4
	BDI-II	těžká depresivita		minimální depresivita
	TS-40	81 (nejnižší - disociace a sex.problémy 9, nejvyšší - deprese 26)		31 (nejnižší - úzkost 3, nejvyšší deprese 7)
	Úmrtí náhle/postupně	úraz,pád ze čtyřkolky		Dopravní nehoda
4	Bezprostřední reakce po oznámení skutečnosti	Přišli nám to oznámit jeho kamarádi do našeho původního bytu,ale nebyli jsme doma. Máte pocit, že vám umřelo kus těla.	<p>Skupina 1: R1 - překvapení, šok; R2 - byla jsem úplně mimo; R3 - máte pocit, že vám umřelo kus těla.</p> <p>Skupina 2: R4 - jako bych měla tělo jinde a jinde mysl. Slyšela jsem, jak stále nahlas říkám, že je dcera mrtvá, ale jako bych to neřikala já, jako bychom najednou byly dvě. Připadala jsem si jako vymřstěná z těla; R6 - nechtěla jsem věřit; R7 - měla jsem pocit, že mě to zabije a ještě jsem za to byla ráda, já jsem chtěla, ať mě to zabije, ať umřu; R3 - byla jsem v apatickém stavu, je to stav, kdy ti mozek vypíná; je to jako mezičas, všechno slyšíš, ale nemáš emoce, nemáš názor.</p> <p>Rozdíly: spíše ne. Obě skupiny víceméně stejné pocity.</p> <p>Společné prvky: šok, pocity derealizace a depersonalizace, apatie.</p>	<p>Byla jsem ve stavu, který se jen těžko popisuje. Jako bych měla jinde tělo a jinde mysl. Slyšela jsem se, jak stále nahlas říkám dcerka je mrtvá". (Ale jako bych to neřikala já, jako bychom najednou byly dvě. Fakt nevím, jak Vám to přiblížit, ale prostě od chvíle, kdy jsme si to přečetla na internetu, jsem si připadala jako vymřstěná z těla). Myslím, že právě ta předtucha měla zásadní vliv na to, jak jsem se později s celou situací vyrovnávala, a měla vliv na to, že jsem nikomu za smrt dcery nedávala vinu, na nikoho se nezlobil.</p>
			<p>Skupina 1: R1 - doktor, velmi necitelné; R2 - policista mi to řekl s úsměvkou empatií na rmtu; R5 - nikdo, nechtěla</p>	

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu „Posttraumatický rozvoj u žen“

Cílem výzkumu je identifikovat zda traumatická zkušenost ztráty vlastního dítěte, může přinést kromě negativních i pozitivní prvky ve formě posttraumatického rozvoje u žen. Mezi dílčí cíle je zařazeno změření depresivity, zmapování kvality spánku, identifikace některého ze symptomů doprovázejících ztrátu dítěte a doporučení pro praxi v oblasti sdělování této traumatizující události. Výzkum bude proveden formou polostrukturovaného interview, Beckovy sebesuzovací škály deprese BDI-II a nestandardizovaného sebesuzujícího dotazníku TS-40.

Výzkumník zaručuje mlčenlivost a využití získaných informací pouze pro účely diplomové práce.

Výzkum realizuje:

Ing. Radka Frátrik Škarková

Skalsko č. 6, 294 26

Email: radka.skarkova@seznam.cz

Jméno, příjmení:

Byla jsem seznámena s podmínkami výzkumu a souhlasím s nimi.

Datum:

Podpis: