

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Adéla Kadlčíková

Truchlení dítěte po sebevraždě matky

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl/a v seznamu literatury.

V Olomouci dne

Adéla Kadlčíková

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí své práce, paní PhDr. Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D., za její obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi ochotně poskytla.

Obsah

Úvod.....	5
1. Proces truchlení u klienta sociální práce	7
1.1 Vymezení pojmů.....	7
1.2 Modely truchlení v sociální práci	8
1.3 Úmrtí a smrt z pohledu dítěte	11
1.4 Truchlení dítěte jako klienta sociální práce	12
1.5 Truchlení dítěte po sebevraždě rodiče	13
2. Sebevražedné jednání	15
2.1 Vymezení pojmů.....	15
2.2 Fáze sebevraždy	16
2.3 Specifika truchlení pozůstalých po sebevraždě blízké osoby	17
2.4 Sociální práce s klienty ohroženými suicidálním jednáním	20
3. Přehledová studie.....	23
3.1 Představení studií.....	24
3.2 Analýza výsledků studií.....	32
Závěr.....	35
Bibliografie.....	37

Úvod

Tato práce je zaměřena na truchlení dítěte po sebevraždě matky. Pomocí sekundární analýzy dat je cílem určit, jak lidé ztrátu prožívají, jak se s ní vyrovnávají a zjistit, zda truchlení po sebevraždě matky má nějaká specifika oproti typickému prožívání truchlení, jak jej popisuje odborná literatura.

V rámci sociální práce se s tematikou truchlení, smrti a ztráty budeme setkávat na vícero rovinách. Na mikro rovině můžeme práci sociálních pracovníků spatřovat jednak v poskytování psychosociální podpory nebo poradenství pozůstalým, ať už našimi klienty bude celá rodina či jednotlivec. Také práci sociálních pracovníků spatřuji v pomoci zajištění zvládnutí i každodenních činností, například v rámci čerpání sociálních služeb, či v případě sebevraždy matky, což je tématem této práce, bychom pracovali také se zajištěním pomoci zejména dětem z roviny okamžité krizové pomoci, tak i dlouhodobé, terapeutické péče, či na práci s celým rodinným systémem. Na mezzo úrovni se můžeme pohybovat jednak v rámci podpůrných skupin, peer, či můžeme komunitně pracovat s prostředím, ve kterém klient žije. Do této práce se to promítá zejména jako fakt, že bychom měli vědět, jaké prostředí potřebují děti, které utrpěly ztrátu matky takovým způsobem, a zda takové prostředí potřebuje specifické podmínky pro zajištění bio-psycho-socio a spirito pohody dítěte, či v mezzo prostředí můžeme v nejlepším případě znát rizika, která se v něm vyskytují a souvisí s touto cílovou skupinou: v případě této práce je to stigmatizace sebevražděného úmrtí. Na makro úrovni vidím úlohu sociálních pracovníků dvojí: prvně takovou, která vystupuje z nastavení systému, v němž můžeme usilovat o lepší sociálně-politickou podporu pozůstalých, a za druhé takovou, kdy pracujeme se společnostmi v rámci odtabuizování tématu odchodu, smrti či sebevraždy jako takové.

Volím nejdříve teoretické ucelení tematiky, a až posléze přehledovou studii, jež je předmětem této práce, aby došlo k základnímu představení a ohraničení problematiky truchlení spojené se sebevraždou, k ucelení základních pojmů a stěžejních bodů v prožívání. Touto cestou se snažím předejít případným nesrovnalostem či nedorozuměním při realizaci přehledové studie. Taktéž pak budu schopná lépe vystihnout specifické odlišnosti v truchlení po sebevraždě rodiče. V první kapitole se budu zabývat truchlením a jeho prožíváním dle odborné literatury se zaměřením na prožívání truchlení u dítěte. V další kapitole se podívám na sebevražděné jednání, protože už to samotné ovlivňuje všechny blízké, na samotnou sebevraždu a jejím vlivu na pozůstalé osoby.

Posléze se budu zabývat onou přehledovou studií, kdy nejdříve ustanovím cíl a výzkumné otázky, dále metodu, kritéria výběru a vyloučení z výběru, klíčová slova aj. Též vyberu studie podle daných kritérií, pro každou studii uvedu sledované charakteristiky, posléze je reflektuji a navážu je na cíl a výzkumné otázky.

Mojí osobní motivací pro toto téma je má vlastní historie, neboť už jako dítě jsem utrpěla ztrátu matky takovým způsobem, a z vlastní zkušenosti jsem vždy cítila větší pochopení a propojení s lidmi, kteří měli stejnou zkušenost jako já – tedy ještě jako děti, jež byli vystavení sebevražednému jednání rodiče. Na psaní této práce se těším zejména z vlastního, terapeutického a obohacujícího hlediska. Už delší dobu si pohrávám s otázkami, zda se truchlení dítěte po sebevraždě matky něčím liší, jak se na tento fenomén podívat i z akademického hlediska, a co nám na toto téma napovídají výsledky výzkumů

1. Proces truchlení u klienta sociální práce

V první kapitole se budu zabývat truchlením a jeho prožíváním dle odborné literatury se zaměřením na prožívání truchlení u dítěte.

Znalost tematiky truchlení je pro sociální pracovníky dle mého stěžejní ve vícero ohledech. Jednak tím pracovník navyšuje vlastní profesionální kompetence, které bude moci využít při sociální práci v oblastech sociální práce jako sociální práce v hospici, sociální práce ve zdravotnictví, sociální práce se závislými, s osobami v bytové tísní a dalšími. Bohužel nás to také přivádí k cílovým skupinám, u kterých bychom tuto tematiku často nečekali, nebo nečekali primárně, a to například sociální práce pro rodiny s dětmi či školská sociální práce.

Pro sociální pracovníky je důležité naučit se s truchlícími správně komunikovat, umět porozumět jejich aktuálním potřebám s ohledem na jejich vysokou zranitelnost. Pokud se ale podíváme na znalost této problematiky jako takové, vidím v tomto tématu využitelnost pro pracovníka přesahující i do jeho osobního života.

Já sama zde zastávám spíše polyvalentní přístup, a to tedy takový, kdy by pomoc sociálního pracovníka měla zahrnovat jak psychickou podporu a odborné poradenství, tak pomoc se zajištěním také instrumentálních záležitostí, jako je pomoc se zařizováním pohřbu, důchodu, účelné podpory dítěte, podpory fungování rodiny jako celku, pomoc při orientaci v systému dávek ale také se zaměřením na co největší rodinnou autonomii.

1.1 Vymezení pojmů

Základní pojmy, které je dobré v této problematice vymezit a případně odlišit jsou truchlení, zármutek, žal či smutek. Běžně tato slova užíváme v souvislosti se ztrátou někoho synonymně. Špatenková (2011) ztrátu definuje jako obtížnou životní stav, jež je charakteristický nevratným odloučením od důležitého objektu či funkce, s přihlédnutím na fakt, že na prožívání naší ztráty má vliv naše emoční vazba k ireverzibilnímu objektu. K takovým nejzávažnějším ztrátám řadíme ztrátu blízké osoby, což má pro pozůstalé přesah do jejich vlastního sebepojetí, jejich integrity a celkové identity. Žal, zármutek či smutek nebo truchlení je posléze reakcí na takovou ztrátu.

Nakonečný (2012) též smutek chápe jako reakci na ztrátu. Podle něj jde o stav jakési rezignace, v níž se prolínají různé pocity. Jako lehčí formu spatřuje zarmoucení, což považuje za stav vyvolaný ztrátou něčeho či někoho, ke komu jsme měli nižší sociální vazbu. Naopak žal

spatřuje jako stav, kdy smutek vzrostl. Autor též připomíná, že smutek bývá doprovázen pláčem a naříkáním, zármutek chápe spíše jako určitý typ nálady a posledně, že žal bývá tichý.

Dalším autorem je například Křivohlavý (1991), který definuje, že smutek je dlouhodobý, negativně zbarvený emoční stav sklíčenosti vědomí. Sklíčenost je doprovázena ztrátou schopnosti se radovat, ztrátou síly, naděje plnosti, také ji doprovází pocity vyčerpanosti a neschopnosti akce. Zármutek označuje za dlouhodobý smutek provázený duševním utrpením.

V poslední řadě tu jsou autoři Strobe a Stroebová (1987), jež smutek a žal též rozlišují. Smutek vidí jako emoční reakci vyvolanou ztrátou milované osoby, jež obsahuje nejrůznější fyzické i psychické rysy. Žal spatřují jako jakési expresivní vyjádření smutku, které má původ a podobu danou kulturou. Stroebe dále společně s autorem Schutem (1998, s. 7-11) definují truchlení jako stav jedince, jenž prožil v blízké době ztrátu milované osoby úmrtím. Je typické smutkem, což je přirozenou a vrozenou reakcí na takovou událost.

Truchlení je dle Vymětala přirozený způsob, jakým se jedinci vyrovnávají s životní ztrátou. Považujeme ho za běžnou součást života. Dá se říci, že pokládat truchlení jako nežádoucí, či za psychickou nemoc, a přidávat mu negativní charakter není správné. Je na místě pozůstalým osobám poskytnout psychologickou a poradenskou podporu, která pozůstalého dokáže provést procesem zármutku. (Vymětal, 2003)

Truchlení či zármutek můžeme vnímat dle Doky a Martina jako přirozenou a očekávanou reakci jedince na ztrátu. Je to proces, ve kterém se pozůstalá osoba snaží vyrovnat s nastalou novou situací. Pozůstalý se snaží přizpůsobit nové realitě, ve které se ocitá bez zemřelého člověka. Tato reakce může mít jak krátkodobý, tak dlouhodobý charakter, a má přesah z psychické a emoční úrovně až do úrovně fyzické. (Doka a Martin, 2010)

1.2 Modely truchlení v sociální práci

Truchlení jako proces můžeme rozdělit do různých fází, kteří různí autoři popisují odlišně. Nedošlo k jednoznačnému souladu v kvantitě etap truchlení či v jejich vzájemném pořadí. K nejednoznačnosti této problematiky se vyjádřil například Worden (2018), který tvrdí, že je to způsobeno zejména individuálním prožíváním tohoto procesu, což do určité míry ukotvení jednotné koncepce znemožňuje.

Poměrně známý model představuje například autorka Elisabeth Kübler-Rossová. Sama Kübler-Rossová je americká lékařka, která tento model zveřejnila už v roce 1969 ve své knize *On Death*

and Dying. Model sestavila na základě rozhovorů s pěti sty umírajícími pacienty (Novotná, 2020, online).

Původní zaměření modelu bylo primárně na vyrovnávací strategie terminálně nemocných pacientů, avšak využitelnost tohoto rozdělení spadá i na jakoukoliv jinou negativní událost v životě jedince, či ztrátu, jako je například rozvod, rozchod aj., což se dá z určitého hlediska považovat za důkaz nejednoznačnosti tohoto modelu. Kübler-Rossová tento model rozděluje do pěti stádií, které popisuje jako popření, hněv, smlouvání, deprese a akceptace (Kübler-Ross, 2015).

Blíže se popisu jednotlivých fází věnuje Navrátil (2001, s. 168). Ve fázi popření je vědomí ve stavu odporu oproti přijetí reality. Ze strany sociálního pracovníka je zde dobré dbát na navázání kontaktu s jedincem a získat si jeho důvěru. V další fázi spatřujeme hněv, můžeme i říci, že jde o jakýsi protest. Hněv může jedinec směřovat i směrem k pomáhajícím či blízkým, a právě na to by měl sociální pracovník brát zřetel. Měl by pozůstalému dovolit se odreagovat, nepohoršovat se, nesoudit a nebagatelizovat. Ve fázi smlouvání jde o hledání zázračných jevů, kdy je jedinec ochotný „zaplatit“ cokoli, jde o jakousi smlouvu o odklad ztráty a utrpení. V praxi sociálního pracovníka zde spatřujeme důležitost zejména v potřebné trpělivosti. V předposlední fázi, a to fázi deprese člověk prožívá hluboký smutek, přichází i pocity strachu, obav a úzkostí. Vnější záležitosti ztrácí na důležitosti, a dá se říci, že člověk pocítuje, že už nemá co ztratit, ani co získat. Pro sociálního pracovníka je zde důležité aktivně a trpělivě naslouchat, pomoci při hledání konkrétních řešení v oblastech, ve kterých pozůstalý potřebuje. Ve fázi smíření jedinec již nebojuje proti „osudu“, prožívá pocity pokory a vyrovnání. Pro sociálního pracovníka je zde důležité neustále klást důraz na přítomnost, emoční doprovázení s ohledem i na klientovu rodinu (Navrátil, 2001, s. 168)

V reakci na kritiku členění procesu truchlení na fáze se začaly objevovat úkolově zaměřené modely truchlení. Tento přístup zahrnoval předpoklad, že do truchlení lze zasahovat zvenčí a dodávat tak truchlícímu pocity naděje, že se svou situací může něco udělat. Model v tomto duchu představuje například Worden (2018), který truchlení rozdělil do čtyř úkolů, jimiž musí pozůstalý projít, aby došlo k scelení zármutku. Autor poukazoval na fakt, že doslovné přejímání modelu podle Kübler-Rossově vede k pasivitě a vyčkávání na příchod další fáze.

Worden (2018) úkoly řadí po sobě v logické návaznosti, ale dodržování doslovné posloupnosti nepovažuje za nutné. Podle něj je možné plnit i víc úkolů najednou. Prvním úkolem je přijetí

ztráty jako reality, dále prožívání bolestivé ztráty, předposledně přizpůsobení se světu bez zemřelého a poslední přetvoření života bez zemřelého, se zachováním vzpomínek.

Další model představují autoři Stroebe a Schut (1999). Tento model je tzv. duální, a má poukazovat na různé cíle, které se objevují během procesu truchlení (Worden, 2018). Na jedné straně pólu máme stresory poukazující na ztrátu, což může být například přítomnost na pohřbu, na druhé straně máme stresory orientující se na obnovu, kam řadíme například vytrídění věci zemřelého. Mezi těmito póly jsou každodenní zkušenosti (Bužgová & Sikorová, 2019). Panuje zde předpoklad, že pozůstalý jedinec se nemůže zaměřit na oba póly současně, a že tento proces je nekonečný, takže dochází k neustálé oscilaci. Oscilaci už spatřujeme jako adaptivní mechanismus, v kterém lze nalézt rovnováhu mezi orientací na ztrátu a na obnovu (Stroebe & Schut, 1999, s. 197-224). Tento proces se ale nemusí vždy zdařit, a proto často dochází k zaměření pozůstalého na svět zemřelého, a proces truchlení se může zkomplikovat a prodloužit (O'Day & Goetter, 2018, 259-277).

V návaznosti na téma této práce bych ráda též zmínila model dle Furmanové (1983), která se věnovala práci s dětmi, kteří utrpěli ztrátu rodiče. Furmanová se přiklání k úkolově orientovanému modelu a definuje tři úkoly, na kterých děti pracují. Nejdříve jde o nutnost porozumět nové situaci a přijetí reality, ve které utrpěli ztrátu. Dále to je prožívání smutku, což je důležité z hlediska adaptace na trvalou absenci milované osoby. Posledním úkolem je obnova fungování v kongruenci s vlastním životem.

V poslední řadě bych ráda zmínila model truchlení u dětí, kterému se věnoval Baker, Sedney a Gross (1992, s. 105-116). Ti definují první úkol jako potřebu pochopit, že někdo zemřel a porozumět i důsledkům takové ztráty. Je nutné ochránit sebe a své blízké. V dalším období truchlení se věnujeme otázce přijetí ztráty, uznání této skutečnosti, zkoumání a hodnocení našeho vztahu k zesnulému. V dalším období se snažíme znovu dát smysl naší identitě, ve kterém zahrneme naši ztrátu, věnujeme se budování nových vztahů a netrpíme nadměrným strachem z možné další ztráty. Nové osoby se zesnulou osobou není dobré porovnávat a je dobré se zaměřit na úkoly spojené s vývojovým stádiem dítěte.

Na závěr této kapitoly bych ráda připomněla pár základních faktů. Jak Marie Svatošová upozorňuje, smrt každého jedince je naprosto osobní a jedinečnou záležitostí, a to z vícero faktorů. Každý máme svou strukturu osobnosti, jiné sociální zázemí, jiné naplnění života a i minulost. Připomíná, že je utopické chtít ze světa odstranit utrpení, protože k životu smrt zákonitě patří. Úkolem sociálních pracovníků je poté pomáhat. Zejména u pozůstalých můžeme

říci, že pomáhání spatřujeme například v podpoře při nalézání smyslu takového utrpení. Od sociálního pracovníka je také očekáván lidský a empatický přístup, na který znalosti vhodných technik mnohdy nestačí. (Svatošová in Matoušek, 2010, s. 195-196)

Závěrem této kapitoly bych ráda připomenula dle mého nejvýraznější fakta společně s relevancí k oboru sociální práce. Prvotně to je zjištění, že existuje mnoho výkladů, které se snaží seřadit a strukturovat prožívání truchlení. Nejznámějším modelem je poté model dle Elizabeth Kübler-Rossové, ale další hodnotné modely představil například Worden či Stroebe a Schut. Zjednodušeně můžeme říci, že hlavním odlišujícím faktem je samotné pojetí modelů, které Worden či Stroebe a Schut pojali úkolově. Nejrelevantnější model pro tuto práci je dle mého model podle Furmanové, která též aplikuje úkolové pojetí truchlení.

1.3 Úmrtí a smrt z pohledu dítěte

Plevová a Slowik (2010, s. 181-182) stanovují, že děti do věku tří let pojmu smrti nerozumí. Nedokáží rozlišit mezi mrtvým či živým. Jejich bolest podle těchto autorů pochází z absence dospělé osoby, na kterou dítě bylo přivyklé. Dítě je ohroženo separační úzkostí, jež může eskalovat až v chronický pocit prázdnoty, pokud zemřelá osoba není nahrazena vhodnou láskyplnou a pečující osobou. V předškolním věku děti věří, že mají schopnost stvořit a případně zrušit věci pouhým přáním či pomyšlením. V mladším školním věku děti smrt vnímají, často ji personifikují a představují si ji jako osobu. V takových představách mohou smrt obelstít, skrýt se před ní nebo před ní utéct. Ve věku do devíti let už děti vnímají konečnost svého života a vědí, že lidé umírají.

Dudová (2013, s. 248-251) stanovuje, že děti do pěti let smrt chápou jako stav, který není trvalý a je vratný. Smrt často přirovnávají ke spánku, k výletu a spojují ji s vjemy, které mohou pozorovat: například zavřené oči zemřelého. Domnívají se tedy, že mrtví mohou znovu ožít, a to jednak za pomoci lékařů, tak třeba kouzlem. Časté je též kladení otázek na stav zemřelého, například, kde mrtvý člověk právě je, zda je vidí, co jí a zda mu je dobře. Sic pro ostatní pozůstalé bývají tyto otázky bolestné, pro dítě je jejich kladení a získání odpovědí velice důležité. Děti mají dojem, že se smrt jich smrt osobně netýká. Zemřelí se v jejich představách nehýbou, ale myslí si, že myslí, cítí a vidí.

Dále Plevová a Slowik (2010, s. 183-185) stanovují, že v období dospívání se jedinci bojí ze všeho nejméně. Vnímají, že smrt se týká všech kolem nich, ale ne jich samotných. Dále dle Dudové (2013, s. 248-251) děti od věku pěti do devíti let vnímají nevratnost smrti a její

konečnost, k čemuž ale dospívají postupně. Jsou přesvědčené, že se však dá kontrolovat a vyhnout se jí, a to když budou dost chytré, rychlé a silné. Smrt přiřazují ke starším lidem a později jako něco, čím jsou ohroženi jen druzí. V tomto věku je jimi smrt personifikována, a má například podobu kostlivce, anděla či ducha.

Dudová dále stanovuje, že od devíti let věku probíhá proces truchlení jako u dospělých. Často mají děti v tomto věku tendenci se smrti vysmívat či ji provokovat, na což se nahlíží jako na jistý obranný mechanismus. Přidávají se zde další témata, jako je pokračování života mimo naše fyzické tělo, tvorba vlastní identity a rolí v životě a ve společnosti (2013, s. 248–251).

1.4 Truchlení dítěte jako klienta sociální práce

Úvodem bych ráda stanovila, že jako sociální pracovníci se můžeme na konkrétních pracovištích často setkávat s dětmi procházejícími si truchlením, a to od výkonu práce na Orgánu sociálně-právní ochrany dítěte až po práci v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež, či dokonce ve školské sociální práci, dojde-li v praxi k její větší implementaci. Je dobré proto znát specifika tohoto děje, v návaznosti na zvláštní potřeby, které takové dítě může pociťovat. Z informací níže si může sociální pracovník utvořit představu, co dítě potřebuje v různém vývojovém období. Následně na to totiž může zvolit vhodnou intervenci.

Dudová (2013, s. 248–251) uvádí, že jakýsi způsob truchlení lze pozorovat už u dětí před ukončeným prvním rokem života jako reakce na odloučení a citový vztah. V batolecím období dítě na smrt reaguje neverbálně, zejména hledáním a značným neklidem. Pro děti do pěti let věku je odloučení velice traumatizující, děti jsou zranitelné a nejisté. Jsou to jen okamžiky, kdy nepociťují smutek a vrací se zpátky ke hře. Ve školním období děti pociťují potřebu své pocity sdílet. V období dospívání dítě ztrátu prožívá intenzivněji než dospělí, a to z důvodu zranitelnosti a odpovědnosti dospělého za dítě. Přítomné jsou pocity, bolesti, bezmoci, zmatku či prázdnoty.

Smrt a umírání jsou pro děti ohrožující zejména kvůli pocitům izolace a vyloučení z rodinného života. Děti si změny totiž uvědomují a cítí i emoční náročnost situace domova. Více než smrtí se bojí opuštění. Právě od dospělých se učí, jak se se smrtí vyrovnat. Zvlášť proto by téma smrti v rodinách nemělo být tabu a truchlit by se mělo otevřeně. Kromě ztráty tedy dítě může trpět též emoční izolovaností od sourozenců či rodičů. V takovém případě hrozí, že smrt dítě začne vnímat jako něco nadpřirozeného, truchlení za něco špatného a své emoce začne potlačovat. Je zřejmé, že otevřené prožívání smutku má svůj terapeutický potenciál. V době truchlení je

potřeba dítěti dodávat pocity jistoty, útěchy a bezpečí. Je zřejmé, že průběh procesu truchlení a celá reakce na ztrátu se též odvíjí od vývojového stupně dítěte. (Zármutek a truchlení u dětí, 2007, online).

1.5 Truchlení dítěte po sebevraždě rodiče

Harold Koplewitz (2022, online) stanovuje, že pro dítě je vždy bolestné, když zemře rodič. Ale smrt sebevraždou, a zejména smrt sebevraždou matky dítěte, má na dítě ještě drtivější a znepokojující efekt. Je zde podle něj stěžejní psychická podpora, které by se po sebevraždě matky mělo dítěti dostat. Podle ní budou děti zpracovávat smrt svých rodičů, i když jak říká Koplewitz (2022, online), sebevražda rodičů nikdy nepřestane být důležitou událostí v jejich životě. Avšak je možné s pomocí nalézt vitalitu a zdraví i napříč této skutečností.

Weller R.A, Weller E.B., Fristad a Bowes (1991, 1536-1540) však došli ke zjištění, že ztráta otce může mít u dětí za následek horší depresivní symptomy, než symptomy po ztrátě matky. Další výzkumy jsou ale rozporuplné, nebo nevykazující rozdíly mezi ztrátou otce či matky (Kalter, Lohnes, Chasin, Cain, Duning, Rowan, 2002, s. 15-34)

Sebevražda rodiče podle Koplewitze (2022, online) způsobí proces, který se nazývá traumatické truchlení. Jacobs (2016) doplňuje, že i když se tento termín zdá být spojený s traumatickou událostí, často spíše slouží jen ke zdůraznění bolestivé události, a dodává, že jde o synonymní výraz ke komplikovanému truchlení. V případě dětí, jejich rodič spáchal sebevraždu dochází často ke konfliktním pocitům. Snaží se myšlenky na rodiče zablokovat, pociťují pocity zrady a odmítnutí. Cílem zdravého truchlení je přitom naopak na zemřelého myslet a dovolit si smutek i bolest. Dítě by měla umět vzpomenout si na svého rodiče jako na milující osobu, a to navzdory všem chybám. Smrt rodiče sebevraždou nad rámec jiné náhodné smrti pocity hanby, hněvu, hrůzy, zmatku a viny, což je pro dítě často přehřel emocí, které neumí zvládnout. Největší riziko tak pro dítě je neschopnost vyjádřit takové pocity, neschopnost pochopit, co se stalo a jak žít dál.

Dále Koplewitz (2022, online) definuje známky traumatu, které můžeme na dítěti sami pozorovat. Stanovuje, že známky zotavení by se měly objevovat přibližně za měsíc, avšak připomíná, že proces obnovy trvá značně déle. Pokud otažitost a smutek časem nezmizí a začneme spatřovat poruchy spánku, školní absence, nechut' k jídlu či podrážděnost, můžeme to považovat za známky pokračujícího prožívání traumatu. Dalším značným jevem je narušené vzpomínání na zemřelou osobu. Dítě se často vyhýbá určitým místům či situacím, a snaží se

zachovat si jakousi emoční otupělost, až selektivní amnézii na traumatickou událost. V kontrastu s tímto se mohou u některých objevovat naopak vtírané myšlenky připomínající událost, což též stojí v cestě zdravému prožívání truchlení.

Co se týká dětí, jejichž rodič spáchal sebevraždu, Hung a Rabin (2009; s. 781-814) zmiňují, že děti, které přijdou o rodiče sebevraždou mají pocit, že člověk, na kterém jsou závislí a na kterého nejvíce spoléhají co se týká naplnění jejich potřeb, je opustil.

2. Sebevražedné jednání

V druhé kapitole této práce vymezím pojmy týkající se sebevražedného jednání, také přiblížím fáze sebevraždy a pojetí sebevraždy dítětem.

2.1 Vymezení pojmů

Na samotný pojem sebevražda (lat. *suicidium*) Vágnerová (2000) nahlíží jako na jednání, které je násilné a vědomé, s úmyslem dobrovolně zničit svůj život. V roce 1968 byla též přijata definice dle Světové zdravotnické organizace, která sebevražedné jednání charakterizuje jako čin proti vlastní osobě s odlišnou mírou úmyslu zemřít. Sebevraždu samotnou poté Peterková (2008-2022, online) spatřuje jako sebezničující čin, jež má fatální výsledek.

Fischer (2014, s. 59) stanovuje, že sebevražedné chování je projev autoagrese, který zahrnuje sebevražedné nápady, výroky a myšlenky, a to bez realizace samotného aktu. V kontrastu s tím stanovuje, že sebevražedné jednání už zahrnuje behaviorální projevy vedoucí k samotnému činu.

Problematikou sebevražd se zabýval i sám Tomáš Garrigue Masaryk (1926, s. 14-19), který termín definuje v užším a širším slova smyslu. V užším významu je sebevrah ten, kdo vědomě a úmyslně ukončí svůj život s tím, že si smrt přeje a je si jistý, že svým jednáním nebo opomenutím si smrt přivodí. Dále termín tedy rozšiřuje a definuje ho jako nepřirozený způsob smrti, který byl způsoben neúmyslným zasahováním v životní proces, ať už kladným jednáním, či záporným, a tj. chováním vůči nebezpečí života. Tento termín však označuje jako sebezabití.

Další historicky významnou osobností je sociolog Durkheim (1897), který ve svém díle dle Šenkýřové (2015, s. 4) sebevraždu definuje „*jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opominutí spáchaného jedince, o němž věděl, že vede ke smrti*“. V této definici jsou zahrnuty například i činy válečného hrdinství, smrt při zachraňování druhých, smrti z vlastní nedbalosti aj., na které bývá často nahlíženo odlišně a často rozporuplně.

Dále Šenkýřová (2015, s. 4) charakterizuje, že Durkheim (1897) definoval celkem tři typy sebevražd, nimiž jsou egoistická sebevražda, altruistická a anomická sebevražda. Egoistická sebevražda je dle něj způsobena přetrháním vazeb člověka k ostatním, altruistická sebevražda spočívá v odhodlanosti obětovat svůj život za sociální skupinu, a anomická sebevražda je

způsobena náhlým narušením našeho životního standardu, pod čímž si můžeme představit situaci nastalé hospodářské krize, ve které se společenství a vzájemná soudržnost rozpadají.

V kontrastu anomické sebevraždě, jež je charakteristická spíše pro moderní společnosti, stojí sebevražda fatalistická. Ta je dle Munkové (2001, s. 36) charakteristická pro svou nadměrnou kontrolu nad lidmi, nímž je odpírána budoucnost, a kteří trpí proti své vůli nastoleným tyranským pořádkem.

Dále se dělením sebevražd zabýval Koutek (2003). Prvním typem je impulzivní sebevražda, která je typická svou zkratkovitostí – člověk se nezamýšlí nad jinými možnostmi a jeho aktuální psychické rozpoložení naplno překrývá i silný pud sebezáchovy. Dle Ulrichové (2014, s. 97) k rozhodnutí dojde náhle, a to i když trpí potížemi dlouhodobého charakteru. Pokud se takového člověka podaří zastavit, roste šance, že se jeho tužba žít začne obnovovat a začne pociťovat strach z bolesti.

Koutek (2003, s. 31) dále definuje bilanční sebevraždu, kdy člověk postupně dojde k názoru, že současný stav jeho bytí je pro něj neúnosný. Sebevraždu v tomto pojetí plánuje a pečlivě, tajně připravuje. Ulrichová (2014, s. 97) též stanovuje, že určití lidé s sebou mohou chtít vzít co nejvíce lidí, a že to jsou případy fanatických teroristů. Dle Svobody (2006, s. 110) můžeme za bilanční sebevraždu považovat též sebeobětování, například v rámci odporu proti politickým podmínkám.

Posledně Koutek (2003, s. 31) definuje demonstrativní sebevraždu, která bývá používána jako nástroj emočního vydírání. Za oběť v tomto případě bývá považováno okolí. Cílem totiž není smrt, ale vynucení řešení náročné situace, a tak si jedinec obvykle zajistí, aby ho někdo našel.

2.2 Fáze sebevraždy

V této kapitole přiblížím fáze sebevražedného jednání, které je dle mého dobré znát například v rámci rozpoznání varovných signálů.

V úvodu je dobré stanovit, že sebevražedné jednání se často vyvíjí postupně. Zpočátku se jedinec snaží myšlenkám na sebevraždu bránit. Jeho myšlenky v této fázi nemají ještě konkrétní obsah. V dalším stupni jedinec myšlenkám již neodolává a k sebevraždě začíná mít rozpolcený vztah. Dále dochází ke ztotožnění se s vlastním ukončením života a promýšlí způsob vykonání smrti. Následně musí dojít k rozhodnutí o realizaci, což s sebou přináší jistou úlevu, očima okolí to může zdánlivě působit jako zlepšení celkového stavu (Praško, 2006, online, s. 191–195).

Suicidálnímu jednání předchází tzv. presuicidální syndrom, který definoval Ringel (Ringel in Vymětal, 2003). Ten je typický neschopností jedince naplno vnímat či prožívat, realita je vnímána víceméně jednostranně. Člověk trpící tímto syndromem se cítí zavalený nadměrnou zátěží, cítí se ztracený a izoluje se od svých sociálních kontaktů. Dominantní emoce u něj jsou úzkost, bezmoc, strach. Jedinec je v tomto stavu přesvědčen, že nemá schopnosti, které by mít měl, že nastalá situace je zaviněna jeho chybou a pocituje k sobě nenávist a hněv. Trpí sebevražednými fantaziemi. Přeje si být mrtev a promýšlí způsoby provedení. Fantazie mu svým způsobem přináší úlevu a stávají se pro něj stále lákavější. S postupem času se pro něj jeví jako jediná schůdná cesta k řešení situace, jako útěk od trápení a bolesti.

2.3 Specifika truchlení pozůstalých po sebevraždě blízké osoby

Rozsáhlá studie psychiatrické morbidity, násilné kriminality a sebevražd mezi dětmi a mladistvými vystavenými smrti rodičů provedená Johns Hopkins Children's Center pod vedením H. C. Wilcox, dále J. Kuramoto, Lichtensteinem, Långströmem, Brentem a Runesonem zveřejnila své výsledky 1. dubna 2010, které se týkaly jejich retrospektivní, kohortové studie, jež zkoumala riziko sebevraždy, psychiatrické hospitalizace a odsouzení za násilné trestné činy u potomků rodičů, jež zemřeli sebevraždou, nehodou či z jiných příčin. Údaje byly získané z mnoha švédských národních rejstříků, které byly propojeny od roku 1969 do roku 2004. Účastníky bylo 44 397 potomků sebevražedných rodičů, 41 467 potomků rodičů, jejichž smrt byla způsobena nehodou, dále 417 365 potomků rodičů, jež zemřeli z jiných příčin, a 3 807 867 potomků živých rodičů. Riziko odhadli podle způsobu úmrtí rodičů (sebevražda, nehoda, jiné) a věku potomků při úmrtí rodičů (dětství, adolescence, mladá dospělost).

Výsledky studie napovídají, že potomci sebevražedných rodičů jsou vystaveni dvojnásobně většímu riziku spáchání sebevraždy než potomci žijících rodičů. U dětí, jejichž rodiče zemřeli nehodou či jiným způsobem nebylo riziko na stejné úrovni jako u potomků sebevražedných rodičů. Děti a dospívající potomci sebevražedných rodičů měli též trojnásobně vyšší riziko sebevraždy. Mladí dospělí neměli riziko sebevraždy žádné. Též tito potomci měli zvláště vysoké riziko hospitalizace za pokus o sebevraždu, či za depresivní, psychotické a osobnostní poruchy. Děti, které přežily sebevraždu rodičů byly vystaveny též zvláště vysokému riziku hospitalizace z důvodu drog a psychóz. A dohromady všichni potomci, kteří zažili smrt rodičů, a to bez ohledu na způsob smrti či jejich věk, jsou vystaveni zvýšenému riziku odsouzení za násilný trestný čin. Závěrem této studie je fakt, že způsob smrti rodičů a věk potomků při úmrtí jsou

spojeny s dlouhodobým rizikem vlastní sebevraždy a hospitalizací pro specifické psychiatrické poruchy.

Závěrem pojednání o této studii bych tedy ráda shrnula a připomenula, že studie došla k závěru, že dítě po sebevraždě rodiče, zejména matky, jak píše Koplewitz (2022, online) je náchylnější k jistým sociálně-patologickým jevům, než děti, které tuto zkušenost nemají.

Další pohled na truchlení po sebevraždě nabízí klinická studie provedená Tal Young, Iglewicz, Glorioso, Lanouette, Seay, Ilapakurti a Zisook (2012). Studie se zabývala sebevraždou a komplikovaným truchlením. Už v abstraktu práce autoři jednoznačně stanovují, že truchlení po sebevraždě má některé společné prvky s obvyklým prožíváním truchlení: tím jsou pocity osamělosti či izolace, smutek a ztráta; přidávají ale, že dle Jordana (2008, s. 679-685) osoby čelící truchlení spojeným se sebevraždou se ve vícero věcech liší od toho, co je spojeno s jinými typy usmrcení. Totiž u osob, které byly vystaveny sebevraždě se často přidávají silné pocity viny, zmatenosti, odmítnutí, hanby, zlosti a přidává se též utrpení z vystavení se stigmatizace sebevraždy a vystavení se traumatu. Je to právě zmíněné stigma, které natolik zhoršuje „zdravé“ prožívání truchlení, protože to truchlící podle autorů často drží od jinak dostupných zdrojů podpory. Autoři tedy závěrem abstraktu stanovují, že takto truchlící lidé potřebují cíleně zaměřenou podporu.

Například Middleton, Raphael, Burnett a Martinek (1998, s. 235-241) stanovují, že až u 20 % pozůstalých se rozvine komplikované truchlení. Vyšším rizikem jsou postižení zejména pozůstalí se zkušeností sebevraždy.

Ve stejné studii provedené Tal Young a kol. (2012) je stanoveno, že při truchlení po sebevraždě je vyšší šance prožívání pocitů viny, studu, odmítnutí a vedlejších efektů stigmatizace. Většina truchlících lidí postižení sebevraždou jsou dle autorů studie sužováni potřebou sebevraždě porozumět a najít odpověď na otázku začínající „Proč...?“. K nalezení odpovědi může dle autorů dopomoci vzkaz zanechaný zemřelým, ale i přesto zůstávají otázky často nezodpovězené. Truchlící mají často pocit, že jim nezbývá nic jiného, než pít po odpovědích, které se mohou týkat i jejich vlastní role v celém sledu událostí. Jordan (2008, s. 679-685) též stanovuje, že určité charakteristiky, kterými se truchlení po sebevraždě liší od „obyčejného“ prožívání truchlení mohou průběh uzdravení prodloužit.

Takovou další charakteristikou odlišující truchlení po sebevraždě je dle autorů studie přecenění vlastní odpovědnosti, čímž je míněno zejména to, že zemřelí trpí pocity viny z nabytí názoru, že mohli udělat víc, aby zabránili sebevraždě blízké osoby. Truchlící si často neuvědomují, že

k sebevraždě blízkého přimělo mnoho a mnoho jiných faktorů. Pozůstali si mohou zpětně začít uvědomovat různé situace odehrávající se ještě za života zemřelého, ve kterých si začnou vybavovat varovné signály, které si ale uvědomují až po jeho smrti. Vyčítají si, že tyto údajné signály neviděli a neuvědomovali si je, či že je dokonce nebrali dost vážně.

Jak uvádí Cvinar (2005, s. 14-21), pro pozůstalé je velice jednoduché propadnout sebeobviňování, protože sebevraždu blízkého považují za něco, čemu mohli pomoci předejít. Často může pozůstalým proti sebeobviňování pomoci fakt, že zemřelý trpěl nějakou psychiatrickou nemocí.

Co se týká pocitů hněvu, opuštěnosti a odmítnutí, pozůstalí velmi často trpí zmíněnými proto, že vědomé rozhodnutí blízkého zemřít pro ně znamená, že se jich vzdali a vědomě se rozhodli je opustit. Časté jsou též myšlenky spojené s pocitem zmatenosti z toho, proč vztah pozůstalého se zemřelým nestačil k tomu, aby si na život nesáhli, jak zmiňuje Cerel, Jordan a Duberstein (2008, s. 38-44).

Ve studii provedené Tal Young a kol. (2012) se též dočteme, že například děti, jejichž rodiče spáchali sebevraždu spojenou s užíváním alkoholu se budou méně pravděpodobně cítit opuštěni a „zanecháni na pospas“. Vidíme, že pocit zlosti může být mířený jednak na zemřelého, ale také ho mohou pozůstalí otočit proti sobě samému, proti členům rodiny či známým, proti poskytovatelům služeb, proti Bohu či světu obecně. Ne zřídka se také dle studie stává, že se pozůstalí zlobí sami na sebe, protože si uvědomují, že cítí zlost a vědí, že zesnulý musel asi velmi trpět, když se dokonce rozhodl zemřít. Co se týká zlosti mířené na služby, zlost je na místě zejména proto, že si pozůstalí mohou myslet, že poskytovatelé mohli udělat více a tak sebevraždě zabránit.

Sudak, Maxim a Carpenter (2008, s. 136-142) též zmiňují, že navzdory projevujícím se snahám destigmatizovat pojetí sebevražd a duševních chorob, mnoho pozůstalých považují za obtížné s někým mluvit o své ztrátě, právě proto, že jim je nepříjemné mluvit o sebevraždě jako takové. Toto podporuje celkovou izolovanost truchlících. Ve studii provedené Tal Young a kol. (2012) se též dočteme, že tento pocit izolovanosti vyvolává potřebu skrývat příčinu smrti, což bývá umocněno například panujícím přesvědčením či náboženskou vírou samotných pozůstalých. To vytváří překážku na cestě k přijetí smrti a ke zdravému prožití truchlení.

Zisook, Chentsova-Dutton a Shuchter (1998; 157–163) že pozůstalí se zkušeností sebevraždy jsou ohroženi vyšším rizikem rozvoje post-traumatické stresové poruchy. Podle Callahana

(2000, s. 101-124) přeživší jsou někdy přímými svědky sebevraždy nebo jsou první, kteří objevili zesnulého. Právě to jsou situace, na které potom mají problém zapomenout.

Závěrem této kapitoly bych tedy ráda shrnula, že v různých zdrojích se lze dovědět, že truchlení po sebevraždě je v řadě aspektů odlišné oproti obvyklému truchlení po smrti blízké osoby. V následující kapitole na toto zjištění navážu přehledovou studií, kde se jednak budu snažit získat odpověď na stejně stanovenou otázku.

2.4 Sociální práce s klienty ohroženými suicidálním jednáním

Díky znalostem specifik sociální práce s klienty ohroženými sebevražděným jednáním může sociální pracovník ve své praxi lépe odhalit, zmírnit či úplně odstranit riziko spojené s tímto jednáním. Proto se v následujících odstavcích budu věnovat popisu skupin, které bývají sebevraždou nejčastěji ohroženy, budu se též věnovat faktorům, které naše klienty mohou k sebevraždě vést, ale zaměřím se hlavně na intervenci s takovými klienty. Je dobré brát v potaz výše zmíněné poznatky, které pro sociálního pracovníka též mohou představovat jakýsi výčet nebo popis varovných signálů. Pešek (2017, s. 7, online) uvádí, že sebevražděné jednání je pro sociálního pracovníka jedno z největších úskalí.

Vodáčková (2002, s. 482-486) správně konstatuje, že pro pracovníka a jeho bezpečí při práci se suicidálním klientem je prvotně důležité reflektovat vlastní chápání a hodnotové ukotvení, reflektovat tematiku smrti, sebevraždy. Podle ní má v sobě tuto problematiku otevřenou každý, avšak někdo si to uvědomuje méně či více. Proto je pro pracovníka klíčové před intervencí znát uvědomovat si a znát své vlastní postoje, neboť to mu zajistí udržení rovnováhy při intervenci se sebevražděným klientem.

Vodáčková (tamtéž) též charakterizuje, že je naprosto nutné, aby se pracovník snažil zbavit vlastních předsudků ohledně spáchání sebevraždy. Měl by si zejména uvědomovat, že na sebevraždou má nahlížet jako na produkt krize, které může čelit naprosto každý jedinec.

2.4.1 Cílové skupiny sociální práce ohrožené sebevraždou

Co se týká rizikových skupin, nejprve bych ráda předložila některá data získaná z Českého Statistického Úřadu (2021), která prezentují údaje o provedení sebevražd rozdělená podle pohlaví, věku či rodinného stavu, což dle mého koresponduje s následujícím pojednáním o ohrožených skupinách.

Co se týká přehledu sebevraždnosti podle věku, ČSÚ (2021) definuje, že dochází k výrazným výkyvům počtů. ČSÚ sleduje nárůst počtu sebevražd s věkem, konče v nižším středním věku, tedy mezi 35-45 lety. Opětovně dochází k nárůstu až ve vyšším středním věku mezi 50. a 60. rokem věku. Nejvíce sebevražd v tomto období spáchali lidé ve věku 53 let. Naopak nejnižším věkem, ve kterém jedinec spáchal sebevraždu byl věk 10 let.

Pro sociální práci mohou tato data sloužit například jako příležitost k volbě efektivnějších intervencí s touto věkovou skupinou, k tvorbě preventivních opatření a k řešení sociálních událostí či krizí, se kterými se tito jedinci potýkají.

Co se týká sebevraždnosti dle rodinného stavu, ČSÚ (2021) charakterizoval čtyři stavy: svobodní, vdané/ženatí, rozvedení a ovdovělí jedinci. Nejvíce sebevražd bylo v tomto období spácháno ženatými muži a vdanými ženami. Nejméně jich naopak je mezi muži kalkulováno mezi vdovci, u žen nejméně mezi svobodnými ženami.

Data mohou pro účely sociální práce představovat případné vstupy intervence, poněvadž pokud například vidíme, že nejvyšší počet sebevražd je páchan v institutu manželství, pro sociální práci to může znamenat příležitost ke změně či reformě v mikro, mezzo i makro prostředí klienta.

Rizikové skupiny můžeme tedy i dále dělit dle věku, pohlaví, nebo zdravotního stavu, profese aj. Z hlediska věku je dobré nezapomínat i na ohrožení mladých lidí, dětí i dospívajících, kteří takto mohou reagovat na konflikty v rodině, zneužívání, týrání, deprese či dosud nedagnostikované duševní onemocnění. V dospívání se můžeme setkat také s „demonstrativními“ sebevraždami, či impulzivními sebevraždami. Vágnerová (2000, s. 350) též ukazuje na rostoucí počet suicidií mezi 15. – 24. rokem života, což podle ní koresponduje s nejistotou, nedostatečnou sociální podporou a ekonomickými problémy v tomto věku.

Podzemná (2009, s. 14) též konstatuje, že ve středním věku se často setkáváme s krizí středního věku, k životnímu bilancování, což nás přivádí k bilanční sebevraždě, kterou jsem popsala dříve. Jako častou příčinu uvádí rozpad vztahu, nezaměstnanost, závislosti, rozpad rodiny aj.

Co se týká stáří, Vágnerová (2000, s. 351) uvádí, že počet sebevražd narůstá na pěti až deseti násobek. Faktory zde jsou jednak strach ze ztráty soběstačnosti, ale také narůstající pocit opuštění, změna či ztráta životních rolí, ztráta životního partnera, ztráta fyzické kondice aj.

Co se týče vhodné volby teorií a metod sociální práce, v dostupných zdrojích jednoznačně vede krizová intervence. Pešek (2017, online) ale také přidává kognitivně behaviorální terapii, dialektickou behaviorální terapii, model růstu Virginie Satirové či motivační rozhovory.

3. Přehledová studie

Informace popisované výše se budu snažit podložit přehledovou studií.

Cílem této přehledové studie je primárně zjistit, zda se truchlení dítěte po sebevraždě matky něčím liší oproti typickému prožívání truchlení. Stanovila jsem následující **výzkumné otázky**: Jaké odlišnosti v truchlení jsou sledovány? Jakými způsoby se jedinci se ztrátou vyrovnávají? **Databáze** zvolená pro přehledovou studii je PUBMED. Zvolená **metoda** vyhledávání byla prováděna na základě kombinace **klíčových slov**: suicide, parent's suicide, grieving, suicide bereavement, parental death, za použití operátorů OR a AND.

Výběrová kritéria: výzkumný problém této studie je zaměřený na dítě, jež utrpělo ztrátu matky sebevraždou. Dítě ve vztahu k matce je vybráno jako cílová skupina proto, že jak dokládá například Bowlby (2010), právě ono má vrozenou, instinktivní potřebu vazby na matku. Nepřítomnost matky, byť ve smyslu i pouhé dočasné nedostupnosti, vzbuzuje v dítěti separační úzkost. Dítě má vrozenou potřebu udržovat s matkou těsný vztah. Dalším kritériem je časovost, neboť se zaměřím na studie z desetiletí 2011-2021, také je pro mě kritériem dostupnost plného textu studie, dostatečně popsaná metodika výzkumu a jazyk výzkumu, který jsem zvolila anglický.

Stanovenými **kritérii** pro **vyloučení** práce z výběru jsou: nepatřící do ohraničeného časového období mezi roky 2011-2021, dále výzkumy nesouvisející s problematikou truchlení po sebevraždě, výzkumy nesouvisející s truchlením dítěte, nedostupnost plného textu výzkumu či nedostupný popis metodiky výzkumu, posledně také byly vyřazeny výzkumy, které se zobrazily vícekrát.

Výsledky z databáze PUBMED: kombinovala jsem klíčová slova ve vyhledávací databáze, za použití operátorů AND a OR. Dále jsem také ohraničila roky, a to od roku 2011 do roku 2021. Též jsem si dávala pozor, aby práce byla dostupná v plném znění, včetně dostupnosti popsané metody práce. Výsledkem takto podmíněného vyhledání bylo 130 prací. Posléze jsem hodnotila výsledky podle jejich názvu a abstraktu, druhotně jsem hodnotila relevanci práce pro moje účely, tedy s ohledem na můj cíl a výzkumné otázky, vyřadila jsem práce, které se zobrazily dvakrát aj. Do podrobné analýzy jsem vybrala nakonec 8 prací, k vyřazení zbytku došlo nejčastěji z důvodu, že práce nebyla vyhodnocena jako relevantní pro účely této přehledové studie, nebyla dostupná v plném znění nebo byla duplicitní.

3.1 Představení studií

1. The survivor's perceptions of support following a parent's suicide (2019)

WILSON, Suzanne, Melissa Allen HEATH, Paola WILSON, Elizabeth CUTRER-PARRAGA, Sarah Marie COYNE a Aaron Paul JACKSON. Survivors' perceptions of support following a parent's suicide. In: *Death Studies* [online]. 2019, s. 791-802. ISSN 0748-1187. Dostupné z: <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7910&context=etd>

Koncept: Tato kvalitativní studie z roku 2019, kterou můžeme v českém jazyce chápat jako Vnímání podpory pozůstalých po sebevraždě rodiče, se zabývala již dospělými jedinci, z nichž každý měl zkušenost se sebevraždou rodiče jako dítě. **Cílem** studie bylo zjistit, co bylo užitečné anebo naopak škodlivé v procesu truchlení po sebevraždě rodiče.

Účastníci: účastníky bylo 17 dobrovolníků ve věkovém rozhraní od 19 do 53 let věku, s průměrným věkem 26 let. U třech účastníků se jednalo o zemřelé matky, u čtrnácti jedinců o zemřelé otce. Kritéria zařazení do studie byla: věk nad 18 let, ztráta biologického či nevlastního rodiče sebevraždou, což se muselo stát když ještě byli dětmi (věkově 18 let a méně). Mimo to bylo též podmínkou, že sebevražda nesměla proběhnout méně než jeden rok před rozhovorem (kvůli snížení či předejití riziku opakované traumatizace)

Výzkumníci Suzanne Wilson, Melissa Allen Heath, Paola Wilson, Elizabeth Cutrer-Parraga, Sarah Marie Coyne a Aaron Paul Jackson zdůrazňují, že ačkoliv měli účastníci společný způsob úmrtí rodiče, jejich zkušenosti a okolnosti kolem úmrtí byly u každého jedinečné (zejména okolnosti týkající se bydlení, dále odlišná doba, kdy se dozvěděli, že šlo o sebevraždu, také byly odlišnosti ve vzpomínkách, poněvadž někteří byli na konkrétní vzpomínky příliš mladí, aj.). Věk dětí, ve kterém utrpěly sebevraždu rodiče byl od 4 měsíců do 18 let.

Metoda: Metodou polostrukturovaných rozhovorů bylo **cílem** zjistit, jaké intervence, interakce, rozhovory a jiné strategie byly pozůstalými vnímány jako nejvíce přínosné, a které jako nejvíce škodící. Otázky byly utvořeny na základě zkoumání jiných studií. Výzkumný tým hodnotil či analyzoval rozhovory na základě hermeneutické metody a identifikace společných témat.

Výsledek: Co se týká mlčení, polopravd a vyhýbání, u pozůstalých účastníků to bylo častým tématem ve spojitosti s velkým stigmatem, které oplývalo smrt jejich rodičů, a proto raději způsob smrti zamlčovali, což vedlo k tomu, že jako děti měli potíže se zpracováním úmrtí. Častá byla též zkušenost s říkáním polopravd či lží ze strany žijícího rodiče ohledně úmrtí a

nemluvení o zemřelém. Žijící rodiče obvykle neposkytli dítěti prostředí, kde by mohlo klást potřebné otázky, což umocňovalo stigma a nezdravé zpracování úmrtí. Účastníci považují tento nedostatek dialogu jako škodlivý a neúčinný.

Dalším výsledkem bylo pocítění, že jsou jako pozůstalí po sebevraždě souzeni či viněni. Zejména mládež byla citlivá na odsuzování od ostatních, vyskytovaly se zde také ale obavy o to, jak byl vnímán jejich zemřelý rodič. Jako děti vnímali, že ostatní jejich rodiče soudí podle způsobu jejich smrti, a ne podle toho, jaký žili život, což interpretují jako škodící či negativní zkušenost. Někteří pozůstalí nechtěli, aby se vědělo o sebevraždě jejich rodiče, protože se báli odsouzení od ostatních. Tyto myšlenky udávali do spojitosti, že by pak byli okolím považováni také za šílené a snažící se o sebevraždu.

Výsledky též zaznamenaly téma sebeobvinění, poněvadž jako mládež se ze smrti rodiče sami vinili. Někteří si vyčítali, že nepozorovali nějaké varovné signály nebo sebevraždě jinak nezabránili.

Dalším výsledkem bylo, že povědomí o problémech rodiče často dětem komplikovalo proces uzdravení. Více účastníků negativně hodnotilo zkušenost, ve které jako děti vnímali, že žijící rodič má po sebevraždě partnera problémy. Tento stresor však lehce zmírňovalo, když děti věděly, že žijícím rodičům pomáhají jiní dospělí.

Co se týče pomoci, mnoho dětem nebylo po smrti rodiče poskytnuto poradenství, ale jako dospělí také teď usuzují, že ho nejspíš ani nepotřebovali. Některým poradenství ani nebylo nabídnuto a považují to za chybu, protože by tuto možnost využili. Jako užitečnou a efektivní podporu účastníci považovali takovou podporu, kdy jim bylo umožněno chovat se adekvátně jejich vývojové úrovni, tedy když se jako děti mohli chovat i jako děti, nebo když jim bylo vše náležitě a přesně vysvětlováno, včetně informací ohledně sebevraždy nebo duševních onemocnění. Jako užitečný též účastníci považovali kontakt s někým, kdo má podobnou zkušenost se smrtí rodiče, či aplikování náboženství jako takového. Dále jako pomocné účastníci jmenují trávení společného času s rodinou, včetně dodržování jistých rutin a aktivit, také byly užitečné kreativní aktivity, ve kterých se mohli vyjádřit.

2. Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study (2019)

ENG, Jessica, Lauren DRABWELL, Fiona STEVENSON, Michael KING, David OSBORN a Alexandra PITMAN. Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, **16**(21). ISSN 1660-4601. Doi:10.3390/ijerph16214093

Koncept: Tato studie popisuje dopad sebevražděného jednání a možné riziko sebevraždy, pokusu o sebevraždu, duševních onemocnění a poruch souvisejících s užíváním droga alkoholu u pozůstalých po sebevraždě ve srovnání s běžnou populací. Výzkumníci využili online průzkumu ke sběru kvalitativních dat, aby porozuměli, **zda** vůbec a případně jak se mění užívání alkoholu či drog po zkušenosti se sebevražděným jednáním. Dále výzkumníci provedli tematickou analýzu textových odpovědí na otázku, která se snažila zachytit jejich požívání alkoholu či drog po sebevraždě člena rodiny nebo blízkého přítele. **Účastníky** bylo 652 respondentů, kteří potvrdili, že zkušenost se sebevražděným jednáním mají. Z toho celkem 347 odpovědělo na otázky ohledně užívání zmíněných látek. Jeden účastník byl posléze vyřazen, výsledně tedy zůstalo 346 respondentů kteří poskytli plné odpovědi. Z toho celkem 137 z nich uvedlo, že ke změně v užívání alkoholu či drog po úmrtí nedošlo.

Výzkumníci Jessica Eng, Lauren Drabwell, Fiona Stevenson, Michael King, David Osborn a Alexandra Pitman definovali základní výzkumné otázky, a to zda sebevražděné jednání nějak ovlivňuje užívání alkoholu nebo nelegálních drog, a jaká je případně povaha takových změn.

Výsledek: Studie zjistila, že pro účastníky bylo běžné, že po zkušenosti se sebevražděným jednáním změnili své užívání alkoholu a drog, a to buďto směrem ke zvýšenému nebo sníženému užívání. Toto bylo jednak přechodně, ale i dlouhodobě, a to s vědomím způsobujících škod a obavami z nich. Tam, kde si jedinci uvědomovali motivaci za zvýšeným užíváním, šlo zejména o zvládnutí emocí a vyrovnání se se ztrátou. Studie se snažila též poukázat na potřebnou péči, která by měla lidem užívajících návykové látky po traumatické ztrátě být poskytnuta.

3. Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide (2018)

BELLINI, Samantha, Denise ERBUTO, Karl ANDRIESSEN, et al. Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Frontiers in Psychology* [online]. 2018, 9. ISSN 1664-1078. Dostupné z: 10.3389/fpsyg.2018.00198

Koncept: Tato studie se zabývá zhodnocením míry deprese, beznaděje, komplikovaného truchlení u pozůstalých po blízkých co zemřeli sebevraždou.

Účastníci byli rekrutováni pod podmínkami: starší 18 let, ztráta alespoň jednoho blízkého člověka sebevraždou. Kritérii vyloučení byla jakákoliv psychiatrická diagnóza. Účastnilo se jí celkem 35 pozůstalých jedinců v Centru prevence sebevražd nemocnice Sant' Andrea v Římě.

Výzkumníci: Samantha Bellini Denise Erbuto Karl Andriessen Mariantonietta Milelli, Marco Innamorati, David Lester, Gaia Sampogna, Andrea Fiorillo a Maurizio Pompili.

Metoda: měření úrovně deprese, beznaděje, komplikovaného truchlení bylo prováděno za pomoci testů: BDI-II, BHS, ICG, IES, SHS a SWLS.

Výsledek: Studie zjistila, že 63 % pozůstalých mělo naměřené zvýšené skóre v míře komplikovaného truchlení, což korelovalo s úrovní deprese a beznaděje. Dále 51 % účastníku vykazovali těžkou beznaděj, 28,6 % středně těžkou až těžkou depresi a 62,8 % uvedlo problémy se zvládnutím každodenního života ve spojitosti se vzpomínkami na událost. Ani počet sebevražedných zkušeností, ani uplynulá doba od ztráty nejsou významně spojeny s těmito psychologickými aspekty. Většina účastníků tedy zažila vysokou míru deprese a beznaděje, také pociťovali snížení pozitivních očekávání od budoucnosti a nižší životní spokojenost.

4. Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide: Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults (2018)

PITMAN, Alexandra, Tanisha DE SOUZA, Adelia KHRISNA PUTRI, Fiona STEVENSON, Michael KING, David OSBORN a Nicola MORANT. Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide: Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2018, 15(4). ISSN 1660-4601. Dostupné z: [10.3390/ijerph15040666](https://doi.org/10.3390/ijerph15040666)

Koncept: Tato studie se snažila dokázat, zda dostupné intervence pro pozůstalé snižují jejich riziko sebevraždy. **Cílem** studie bylo prozkoumat zkušenosti mladých dospělých s podporou, která jim byla po sebevraždě blízkého poskytnuta, a stanovit užitečnost a škodlivost různých aspektů.

Výzkumníci Alexandra Pitman, Tanisha De Souza, Adelia Khrisna Putri, Fiona Stevenson, Michael King, David Osborn a Nicola Morant se rozhodli odebrat vzorky prostřednictvím emailových systémů vysokých škol, aby se dostali k rozmanitějším cílovým skupinám, a předešli tak předsudkům spojeným se sběrem vzorku lidí vyhledávající pomoc v podpůrných

skupinách. „Nábor“ probíhal na 164 vysokých školách a email obdrželo 659 572 zaměstnanců a studentů, z nichž se zúčastnilo 20 %. Dále celkem 5 085 lidí odpovědělo na dotazník, a 4 630 lidí souhlasilo s účastí ve studii. Celkem 3 432 lidí splňovalo kritéria zařazení do studie, z nichž 614 mělo zkušenost se sebevražedným jednáním. Data byla analyzována u **420 jednotlivců**, kteří jednak měli zkušenost se sebevražedným jednáním, ale také poskytli odpověď na výzkumné otázky.

Metodu online dotazníku sestavili ze 119 otázek s uzavřenou odpovědí, z nichž získali kvantitativní údaje, a dále z 20 otevřených otázek zkoumajících konkrétní záležitosti truchlení. Výsledky byly kódovány tematickou analýzou se zaměřením na respondenty se zkušeností sebevraždy.

Výsledek: V kvantitativní části dotazníku celkem 75 % dotazovaných uvedlo, že obdrželi podporu neformálně, nejčastěji od rodiny nebo přátel, dále že většina, přesně 86 % považuje tuto podporu za cennou a efektivní, ačkoliv mnoho z nich toužilo po větší podpoře. Téměř polovina respondentů uvedla, že obdrželi i formální podporu u profesionála, nejčastěji zdravotnickou či terapeutickou.

Kvalitativní zjištění ukazují, že přátelé a rodina jsou nejcennějším zdrojem podpory, a to až do komunitního rozsahu, tedy včetně sousedů, náboženských komunit. Respondenti též zmiňovali tuto širokou podporu jako efektivní z hlediska boje proti stigmatizování sebevražd. Také ale výsledky ukazují, že se mnoho respondentů cítilo rozhořčeně či zklamaně z komunikace s lidmi, u kterých nenalezli potřebné pochopení. Cítili se souzeni, odsouzeni či vinni, a z toho důvodu už dále nevyhledávali formální podporu. Často se respondenti cítili zklamaní nedostatkem praktické podpory, a to jak ve smyslu, že jejich nedostatek byl ostatními přehlížen či vůbec nepovšimnut.

5. "It Changes Your Orbit": The Impact of Suicide and Traumatic Death on Adolescents as Experienced by Adolescents and Parents (2020)

ANDRIESSEN, Karl, Karolina KRYŠINSKA, Debra RICKWOOD a Jane PIRKIS. "It Changes Your Orbit": The Impact of Suicide and Traumatic Death on Adolescents as Experienced by Adolescents and Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, 17(24). ISSN 1660-4601. Dostupné z: 10.3390/ijerph17249356

Koncept: Tato studie pojednává o dopadech sebevraždy a traumatické smrti na dospívající, a tak, jak je adolescenti a jejich rodiče zažili. Studie si kladla za cíl rozšířit perspektivu

zkoumáním dopadů smrti skrze interpersonální aspekty, navzdory předchozím převládajícím zaměřením na intrapersonální aspekty.

Účastníci byli rekrutováni v různých organizacích pro pozůstalé a mládež. Odhadovaný počet respondentů pro zodpovězení výzkumné otázky byl 15-20, pro tuto studii se podařilo sehnat 20 dospívajících s 18 rodiči.

Metoda: Metodou individuálních i skupinových rozhovorů s pozůstalými adolescenty a jejich rodiči a následnou tematickou analýzou dat bylo stanoveno několik základních témat: prvním, že smrt je život měnící zkušenost, druhé, že smrt vás odlišuje od vrstevníků, a třetí, smrt má dopad na celý rodinný systém.

Výsledek: Studie zjistila, že sebevražedné úmrtí má na adolescenty ničivý dopad, s přesahem i na jejich vrstevníky a na celý rodinný systém. Smutek těchto jedinců tak musí být vnímán v jejich sociálním kontextu, také v kontextu jejich činů a nejbližšího sociálního prostředí. Zjištění shrnují, že podpora by tedy měla mít pro pozůstalé adolescenty rodinný kontext.

I když docházelo k předchozím pokusům o sebevraždu, adolescenti na skutečné úmrtí nebyli připraveni, a jejich život byl obrácen „vzhůru nohama“. Někteří adolescenti zmiňují, že smrt dokázali lépe pochopit, když se vcítili do zemřelého a vnímali, že neměli v úmyslu jim ublížit. Respondenti též měli pocit, že smrt jim změnila identitu, například v případě smrti rodiče se stali najednou polosirotkem, a také, že při smrti rodiče též ztratili jistý vzor v hodnotách a normách. Prožití sebevraždy blízkého se podle respondentů lišilo od prožití úmrtí blízkého z přirozených příčin. Také respondenti zdůraznili dlouhodobý efekt ve spouštěcích úzkosti aj. Odlišení od vrstevníků probíhá dvěma způsoby: jednak měli respondenti pocit izolace, také ale, že se k nim vrstevníci po jejich ztrátě chovali už jinak. To v respondentech zanechávalo pocity studu a strachu z odsouzení a podporovalo to jejich izolovanost. Co se týče dopadu na rodinný systém, jednalo se zejména o narušení rodinné rovnováhy. Truchlení měnilo fungování rodiny a dynamiku vztahů. Respondenti si uvědomovali, že vztahy musí budovat znovu.

6. Suddenness of death as a determinant of differential grief experiences (2018)

KRYCHIW, Jacqueline K., Rachael JAMES a Erin F. WARD-CIESIELSKI. Suddenness of death as a determinant of differential grief experiences. *Bereavement Care* [online]. 2018, 37(3), 92-100. ISSN 0268-2621. Dostupné z: 10.1080/02682621.2018.1539312.

Koncept: Tato studie se snažila poukázat na potřebu většího porozumění pro pozůstalé po zemřelých násilnou smrtí. Poukazují na fakt, že ačkoliv existují základní vzory pro prožívání

truchlení jako takového, truchlení po zemřelém náhlou a násilnou smrtí zahrnuje svá specifika. Autoři studie spatřují protichůdnost ve výsledcích již provedených výzkumů, a proto jedním z **cílů** jejich studie bylo jednak prozkoumat a porovnat prožívání truchlení mezi jednotlivci, kteří ztratili blízké předvídatelným způsobem (nemoci, přirozené příčiny) a náhle (nehody, vraždy, sebevraždy), také se ale zabývali tím, zda jednotlivci, kteří ztratili blízkého sebevraždou vykazují více negativních postojů vůči institucím zabývajícím se léčbou duševního zdraví.

Účastníky bylo 340 pozůstalých dospělých, kteří ztratili blízkou osobu v posledních pěti letech, a prostřednictvím online skupin pro pozůstalé, fóra a sociální sítě byli rekrutováni k vyplnění online dotazníku.

Výsledek byl, že náhlost smrti významně ovlivňuje proces truchlení, a také že lidé, jež mají zkušenost se smrtí osoby z náhlých příčin vykazují podstatně více negativních dopadů. Studie neprokázala žádný vliv příčiny smrti na nějaký posttraumatický růst. Souvislost mezi náhlostí a příčinou smrti blízkého s pokusy o sebevraždu pozůstalého též nebyla prokázána. Co se týče třetí hypotézy výzkumu, a to, že jednotlivci, kteří mají zkušenost se sebevražděným jednáním blízké osoby budou čelit více negativním dopadům než ti, kteří mají zkušenost s jiným náhlým úmrtím blízkého: dle výsledků studie příčina smrti významně ovlivňuje následné pocity opuštění. Dále došlo k odhalení, že suicidální příčina smrti a celoživotní poškozování pozůstalého spolu souvisí. S ohledem na měření provedená výzkumníky na základě poměru šancí však vyplynulo, že respondenti, kteří ztratili blízkého jiným než sebevražděným jednáním, měli 3,55krát vyšší pravděpodobnost, že budou v životě vykazovat sebepoškozující chování než respondenti, kteří někoho ztratili ze suicidálních příčin.

7. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death (2011)

MELHEM, Nadine M. Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2011, **68**(9). ISSN 0003-990X. Dostupné z: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.101

Koncept: Tato longitudinální studie referovala o dopadu náhlého úmrtí rodiče a dětských reakcích, včetně sledování psychického a funkčního stavu. Studie sledovala pozůstalé děti a jejich pozůstalé rodiče, které rekrutovali prostřednictvím záznamů a inzerátů koronerů. Šlo o každoroční komplexní hodnocení, které probíhalo do tří let od úmrtí rodiče. Studie se **účastnilo** celkem 182 rodičovsky pozůstalých dětí ve věku od 7 do 18 let, jejichž rodič zemřel důsledkem sebevraždy, náhlé smrti, nehody či přirozené smrti. Rodiče byli ve věku od 30 do 60 let. K posouzení fenomenologie smutku u dětí výzkumníci využili ICG-RC16, dále byly využity

další nástroje: MFQ, SCARED, C-PSSI, dotazník Suicide Ideation Questionnaire-Jr., BDI, BAI, PSSI-I a SI.

Výsledek: Více než polovina dětí do jednoho roku od ztráty rodiče prokázala poměrně rychlé vymizení projevů smutku. Nutno ale zmínit, že průběh smutku byl často komplikovanější, protože až 30 % vykazuje ústup příznaků pozvolnější, 10 % potom vykazuje vysoký a trvalý dlouhodobý smutek, a to i téměř 3 roky po smrti rodiče. Tato skupina 10 % poté vykazuje dřívější nástup a zvýšený výskyt deprese.

8. Psychopathological Risk in Parentally Bereaved Adolescents (2016)

CIMINO, Silvia, Luca CERNIGLIA, Giulia BALLAROTTO a Michela ERRIU. *Psychopathological Risk in Parentally Bereaved Adolescents* [online]. 2016-07-31, s. 295-302. Dostupné z: 10.15405/epsbs.2016.07.02.29

Koncept: Na základě modelu vývojové psychopatologie bylo stanoveno, že traumatické prožitky v raném dětství mohou mít následky v psychickém a emočním fungování v průběhu času. Tato studie se **zaměřila** na analyzování psychologických profilů adolescentů, kteří ztratili v dětství rodiče, s přihlédnutím na různé zkušenosti týkající se ztráty. **Účastníci** byli ve věku 14-16 let a byli hodnoceni pomocí anamnestických dotazníků zaměřujících se na psychopatologii, stravovací návyky a disociativní symptomy. Celkem bylo rekrutováno 96 jedinců, třetina co utrpěla ztrátu do 3 let života, další třetina do 1é lez života a poslední třetina jedinců co ztrátu nezažili vůbec. Bylo bráno v úvahu i jejich vývojové stádium, ve kterém ke ztrátě došlo, což ve výsledcích hrálo roli. Též došlo k vyhodnocení rizik u pozůstalého rodiče, a zda se truchlení týkalo ztráty matky či otce.

Výsledkem studie je zjištění, že pohlaví dítěte a pohlaví zesnulého rodiče nemají žádný významný vliv na zmíněné aspekty. Pohlaví naopak hrálo roli v proměnných týkajících se stravování: bulimie/zaujatost nad jídlem, a že dívky prokazují významně vyšší skóre než chlapci. Dále tato studie zjistila, že adolescenti, kteří utrpěli ztrátu v prvních pěti letech života mají významně vyšší psychopatologické riziko a disociativní skóre než jiní adolescenti. Adolescenti, kteří zažili ztrátu ve 3 až 10 letech života vykázali nižší skóre než adolescenti, kteří ztrátu nezažili vůbec. Výsledky též naznačují, že psychopatologické riziko u pozůstalého rodiče může ovlivnit psychické zdraví adolescenta.

3.2 Analýza výsledků studií

V této kapitole popíši prvotně limity nebo omezení studie, dále navážu na svůj cíl a výzkumné otázky a odpovím na ně. Provedu tedy syntézu výsledků, kdy budu sledovat podstatné vzájemné souvislosti mezi jednotlivými výzkumy.

3.2.1 Zhodnocení limitů

Co limitovalo v této přehledové studii nejvíc mě, byl určitě fakt, že většina studií, které jsem našla pomocí kombinace klíčových slov se i tak týkaly zejména pozůstalých matek po smrti dítěte, velmi často šlo o smrt dítěte ve spojitosti s užíváním drog nebo postnatálním úmrtím. Tento limit bych tedy označila jako problematické vyhledávání relevantních zdrojů pro studii. Pro účely kritického zhodnocení volby databáze jsem se pokoušela vyhledat i v jiných databázích za podobných kritérií, nakonec jsem ale zůstala na databázi PUBMED, protože mi nabídla nejvíce dostupných výsledků. Dalším limitem pro mě byla určitě nedostupnost plného textu, kterou jsem zažila také velmi často. Práci, která by se vyloženě týkala sebevražedného úmrtí matky a dopadem na dítě jsem v mnou nastavených podmínkách nenašla. Možným limitem se tedy dá označit také úzký výběr kritérií pro výběr studie, nebo úzký výběr klíčových slov.

Mezi nejčastěji zmiňovaný limit ve vybraných studiích jednoznačně patří problém s výběrovým zkreslením, tedy problematika ohledně účastníků studie. Jednak z hlediska možného zvýhodnění jistých socioekonomických vrstev, ale také například z důvodu zkreslení vzorku už samotným výběrem: příliš úzkými kritérii, nedostatečná srovnávací skupina nebo přílišná místní či věková vzdálenost rekrutů. Dalšími limity v pracích bylo také zkreslení reakcí, vzpomínek a prožitků rekrutů, což souvisí s limitem časté retrospektivnosti studie. Neexistuje v takových případech nic jako objektivní měřítko prožitků. Jako limit se také vícekrát zminilo těžké pochopení významu odpovědi rekruta.

3.2.2 Interpretace výsledků

Pro začátek jen připomenu, jaký cíl a výzkumné otázky jsem si stanovila. **Cílem** této přehledové studie bylo primárně zjistit, zda se truchlení dítěte po sebevraždě matky něčím liší oproti typickému prožívání truchlení. Stanovila jsem následující **výzkumné otázky**: Jaké odlišnosti v truchlení jsou sledovány? Jakými způsoby se jedinci se ztrátou vyrovnávají?

Z analyzovaných studií je zjevné, že truchlení dítěte po sebevraždě blízké osoby je odlišné oproti obvyklému prožívání truchlení. Stěžejními a opakujícími se pojmy spojené s odlišností

truchlení bylo ve většině studií stigma ohledně smrti rodiče, izolovanost od vrstevníků, souzení či odsouzení, vina, sebeobviňování. Co se však týká konkrétně smrti matky, výsledky analyzovaných studií jsou pro uspokojivé zodpovězení otázky nedostačující. Na tuto otázku jsem našla odpovědi jen v rámci prvních dvou kapitol této práce, jak například zmiňuje Harold Koplewitz (2022, online), nebo protichůdně nevykazujíc rozdíly mezi ztrátou otce či matky Kalter, Lohnes, Chasin, Cain, Duning a Rowan (2002, s. 15-34). Tyto analyzované studie proto odpovídají na otázku, že truchlení dítěte se po sebevraždě blízké, pečující osoby liší od obvyklého prožívání truchlení, a že toto truchlení s sebou nese řadu rizik, včetně komplikovaného truchlení, možného pozdějšího zvýšeného užívání alkoholu, zvýšené pravděpodobnosti deprese, beznaděje a nižší životní spokojenosti. K naplnění cíle došlo tedy z mého pohledu částečně.

Co se týká výzkumných otázek, které se zabývaly tím, jaké odlišnosti v truchlení jsou sledovány, a jakými způsoby se jedinci se ztrátou vyrovnávají, odpovědi v analyzovaných výzkumech lze nalézt.

Prvotně se zaměřím na první výzkumnou otázku týkající se konkrétních odlišností. Částečně jsem odlišnosti nastínila už v druhém odstavci této kapitoly. Společným tématem studií bylo jednoznačně stigma, jež oplývá smrt rodičů pozůstalých dětí a které komplikovalo přirozený proces truchlení, jak by mělo obvykle probíhat. Další odlišností spojenou se stigmatem bylo souzení a obviňování, a to jak sebe samotných (pocit dítěte, že smrti rodiče mohlo a mělo zabránit, nebo že nebylo dost dobré na to, aby alespoň kvůli nim rodič zůstal naživu), tak souzení od druhých (jako dítě člověka, který spáchal sebevraždu, bude určitě taky „psychicky labilní blázen“ a někdy se o sebevraždu pokusí, jako jeho rodič). Sebeobviňování a nová realita, ve které rodič dítěte spáchal sebevraždu má často přesah až do identity dítěte, dítě musí čelit novým skutečnostem a jeho boj bude celoživotní, jak výzkumy naznačují. Celoživotní i ve smyslu, že podle výsledků výzkumů může mít dítě v budoucnu větší tendence podléhat depresivním stavům, zvýšenému užití alkoholu a drog, beznaději, sníženým životním očekáváním a nižší životní spokojeností.

Ke druhé a poslední výzkumné otázce, která se zabývala způsoby, jakými se jedinci se ztrátou vyrovnávají, nalezneme též odpovědi v analyzovaných výzkumech. Ve výzkumech jsem více došla k tvrzení, že odborná podpora dětem poskytnuta spíše nebyla, jednak jim ani nebyla nabídnuta, také ale často výsledky mapovaly, že potřebu odborné podpory děti nepocitovaly. Spíše než to považovaly děti za důležité zachování rodinné dynamiky a rodinného či

komunitního fungování a podpory, případně peer sdílené zkušenosti byly považovány též za efektivní jako metoda zpracování prožitku. Širokou podporu lidé chápou také jako účinný nástroj v boji proti šíření stigmatu. Výzkumy dokonce naznačily, že nějaká rutina a kreativní aktivity byly též nápomocné ke zpracovávání prožitku. Co se týče nezdravého způsobu zpracování, konkrétně v pozdějším zvýšeném užívání alkoholu či drog, jedinci si motivaci za užíváním většinou uvědomovali, a věděli, že šlo o jejich způsob zvládnutí emocí a vyrovnání se se ztrátou. Rizika spojená se špatným zpracováním prožitku se u dětí liší dle vývojového stupně a věku, kdy utrpěli ztrátu, jak výzkumy též naznačily.

3.2.3 Diskuse

V oblasti zkoumání sebevraždnosti ve spojitosti s matkami výzkumníky nejvíce zajímalo téma sebevraždnosti matek v kontextu špatného psychického poporodního stavu či ve spojení s úmrtím jejich dítěte. Analyzované studie se však zaměřovaly na sebevraždnost matek v kontextu následných dopadů na dítě. Existují publikace které jednak podporují tvrzení, že pohlaví rodiče neutváří rozdíly v truchlení, nalezneme zde ale i řadu protichůdných tvrzení, obojí v českém i celosvětovém prostředí. V analyzovaných studiích též do popředí vstupuje snaha poukázat na potřebu vhodné následné pomoci pro pozůstalé děti a také na pomoc při preventivních opatřeních, a to nejlépe v celodinném kontextu. Dle mého soudu by se problematika dopadu sebevraždy matky na dítě měla u nás i ve světě více prozkoumat.

Závěr

Tato práce se zaměřila na truchlení dítěte po sebevraždě matky. Pomocí sekundární analýzy dat bylo cílem určit, jak lidé ztrátu prožívají, jak se s ní vyrovnávají a zjistit, zda se truchlení dítěte po sebevraždě matky nějak liší od obvyklého prožívání truchlení, jak je popisováno v odborné literatuře. Na základě toho jsem nejprve zvolila teoretické ucelení tématiky, a posléze přehledovou studii, aby došlo k ohraničení problematiky, vysvětlení základních pojmů spojených se sebevraždou a truchlením.

V první kapitole jsem vymezila pojmy, představila obvyklé modely truchlení a nastínila prožívání truchlení dítěte po sebevraždě rodiče. V druhé kapitole jsem se zabývala charakteristikou sebevražděného jednání, což také souviselo s rozdělením pojmů, fází sebevraždy, specifiky truchlení pro pozůstalé a posléze v druhé kapitole jsem nastínila cílové skupiny ohrožené suicidálním jednáním v sociální práci.

Celou třetí kapitolu jsem věnovala provedení přehledové studie. Nejprve jsem definovala cíl a výzkumné otázky, vybrala vhodnou databázi pro výběr studií, vybrala klíčová slova pro vyhledávání a charakterizovala výběrová kritéria a kritéria vyloučení. Z výsledků vyhledávání jsem poté přešla k představení vybraných studií, posléze syntéze výsledků a charakterizování limitů a diskusi.

V rámci předkládané bakalářské práce bylo zjištěno, **že truchlení dítěte po sebevraždě pečující osoby se liší od obvyklého prožívání truchlení, nese s sebou svá specifika a rizika ve vývoji dítěte s přesahem až do dospělosti, a že nejefektivnější podporou pro takové děti je fungující a dynamické rodinné, komunitní či peer prostředí.**

Závěrem bych také ráda evaluovala i působení psaní práce na mě samotnou, neboť jsem tuto práci už od prvopočátku brala, mimo jiné, jako terapeutický nástroj, s původní myšlenkou, že čeho se člověk nejvíc bojí, právě tomu musí čelit. I z toho důvodu jsem se rozhodla pro toto téma.

Zkušenosti respondentů ale i odborné poznatky týkající se prožívání dítěte pro mě byly uklidňující, zejména z toho úhlu pohledu, že se s prožíváním respondentů plně ztotožňuji, takže jsem cítila, že moje vlastní prožívání matčiny smrti je pochopené a validní. Souhlasím i s přesahem prožívání komplikovaného truchlení až do identity dítěte a jeho dospělosti, neboť sebevražda pečující osoby je něco, co dítě nikdy z paměti nevymaže, je ale jen na nás, na

pozůstalých dětech, často již dospělých, jakým způsobem se s touto zkušeností budeme vyrovnávat.

Bibliografie

BAKER, J. E., SEDNEY, M. A., & GROSS, E. (1992). Psychological Tasks for Bereaved Children. *American Journal of Orthopsychiatry*.

BOWLBY, John. *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-670-4.

BUŽGOVÁ, R., & SIKOROVÁ, L. (2019). *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada.

CALLAHAN J. Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2010. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01070.x>

CEREL J., JORDAN JR., DUBERSTEIN PR. The impact of suicide on the family. *Crisis*. 2008.

CVINAR, J.G. (2005), *Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature*. *Perspectives in Psychiatric Care*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Sebevraždy v České republice 2011 až 2021*. Praha, 2021, Dostupné také z: <https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy-v-ceske-republice-2011-az-2020>

DOKA, K. J., & MARTIN, T. L. (2010). *Grieving Beyond Gender: Understanding the Ways Men and Women Mourn*. New York: Routledge.

DUDOVÁ, Iva. 2013. *Smutek a truchlení dítěte*. *Pediatric pro praxi*. 2013. ISSN 1213-0494.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

FURMAN, E. (1983). *Studies in Childhood Bereavement*. *Canadian Journal of Psychiatry*.

JACOBS, Selby. *Traumatic Grief: Diagnosis, Treatment, and Prevention* [online]. New York [cit. 2022-06-17]. ISBN 9781315784496. Dostupné z: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315784496/traumatic-grief-selby-jacobs>

JORDAN JR. *Bereavement after suicide*. *Psychiatric Annals*. 2008.

- KALTER, N., LOHNES, K. L., CHASIN, J., CAIN, A. C., DUNNING, S. & ROWAN, J. (2002). The adjustment of parentally bereaved children: I. Factors associated with short-term adjustment. *Omega*, 46(1).
- KOPLWITZ, Harold. Coping With a Parent's Suicide: How to help the children who are left behind. *Child Mind Institute Family Resource Center* [online]. 2022 [cit. 2022-05-10]. Dostupné z: <https://childmind.org/article/coping-with-a-parents-suicide/>
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1991). Křesťanská péče o nemocné. Praha: Advent.
- KÜBLER-ROSS, E. (2015). O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících. Praha: Portál.
- MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 2. vyd. české. Praha: Čin, 1926.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ, Jana KOLÁČKOVÁ a Marie SVATOŠOVÁ. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7376-818-0.
- MIDDLETON W., RAPHAEL B., BURNETT P., MARTINEK N. A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children, and parents. *Aust NZJ Psychiatry*. 1998.
- MUNKOVÁ, GABRIELA. Sociální Deviace: přehled sociologických teorií. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0279-2.
- NAKONEČNÝ, M. (2012). Emoce. Praha: Triton.
- NAVRÁTIL, P. Teorie a metody sociální práce. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0
- NOVOTNÁ, Ivana. ALFABET: Jak reaguje naše psychika i celá společnost aneb 5 fází smutku [online]. 2020 [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/covid-a-my/cim-prochazi-nase-psychika-i-cela-spolecnost-aneb-5-fazi-smutku/>

O'DAY, E. B., & GOETTER, E. M. (2018). Two Psychosocial Interventions for Complicated Grief: Review of Principles and Evidence Base. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction*, Current Clinical Psychiatry.

PEŠEK, Martin. 2017. Sebevražda a sebevražedné jednání klienta v poradenství a terapii. *Luctus – Psychosociální péče o pozůstalé* [online]. 2017(1), 1-10. Dostupné z: [http://luctus.cz/downloads/Pesek - Sebevrazda a sebevrazedne jednani klienta.pdf](http://luctus.cz/downloads/Pesek_-_Sebevrazda_a_sebevrazedne_jednani_klienta.pdf)

PETERKOVÁ, Michaela, PhDr. Sebevražda. *Psychoweb* [online]. 2008-2010 [cit. 2022-4-26]. Dostupné z: <https://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8

PODZEMNÁ, Ludmila. *Sociální práce s klientem ohroženým suicidálním jednáním*. Olomouc, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

PRAŠKO, Ján. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

STROEBE, M., & SCHUT, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*.

STROEBE, M., & SCHUT, H. (1998). *Culture and Grief*. Bereavement Care.

STROEBE, W., & STROEBE, M. S. (1987). *Bereavement and health: The psychological and psychical consequences of partner loss*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

SUDAK H., MAXIM K., CARPENTER M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008.

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠENKÝŘOVÁ, Vladimíra. *Sebevražednost dětí a mládeže* [online]. 2015 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/nsmn1q/14751527>

ŠPATENKOVÁ, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing.

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1714-1.

TAL YOUNG, Ilanit, Alana IGLEWICZ, Danielle GLORIOSO, Nicole LANOUEUETTE, Kathryn SEAY, Manjusha ILAPAKURTI a Sidney ZISOOK. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [online]. 2012, 14(2), 177-186 [cit. 2022-07-02]. ISSN 1958-5969. Doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung

ULRICHOVÁ, Monika. Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy. Ostrava: Moravapress, 2014. ISBN 978-80-87853-21-4

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VODÁČKOVÁ, Daniela. Krizová intervence: [krize v životě člověka: formy krizové pomoci a služeb]. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie Portál. Praha 2003

WELLER, R. A., WELLER, E. B., FRISTAD, M. A. & BOWES, J. M. (1991). Depression in recently bereaved pubertal children. *The American Journal of Psychiatry*, 148.

WILCOX, Holly, Satoko KURAMOTO, Paul LICHTENSTEIN, Niklas LÅNGSTRÖM, David BRENT a Bo RUNESON. *Psychiatric Morbidity, Violent Crime, and Suicide Among Children and Adolescents Exposed to Parental Death* [online]. 1. 4. 2010 [cit. 2022-05-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.020>

WILSON, Suzanne, Melissa Allen HEATH, Paola WILSON, Elizabeth CUTRER-PARRAGA, Sarah Marie COYNE a Aaron Paul JACKSON. Survivors' perceptions of support following a parent's suicide. In: *Death Studies* [online]. 2022, 2019, s. 791-802. ISSN 0748-1187. Dostupné z: 10.1080/07481187.2019.1701144.

WORDEN, J. W. (2018). Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (5. vyd.)

Zármutek a truchlení u dětí. *Umírání: Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. 15. 5. 2007 [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/zarmutek-a-truchleni-u-deti>

ZISOOK S., CHENTSOVA-DUTTON Y., SHUCHTER SR. PTSD following bereavement. *Ann Clin Psychiatry*. 1998.

Bibliografický seznam analyzovaných výzkumů

ANDRIESEN, Karl, Karolina KRYSINSKA, Debra RICKWOOD a Jane PIRKIS. "It Changes Your Orbit": The Impact of Suicide and Traumatic Death on Adolescents as Experienced by Adolescents and Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, **17**(24). ISSN 1660-4601. Dostupné z: 10.3390/ijerph17249356

BELLINI, Samantha, Denise ERBUTO, Karl ANDRIESEN, et al. Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Frontiers in Psychology* [online]. 2018, 9. ISSN 1664-1078. Dost:10.3389/fpsyg.2018.00198

ENG, Jessica, Lauren DRABWELL, Fiona STEVENSON, Michael KING, David OSBORN a Alexandra PITMAN. Use of Alcohol and Unprescribed Drugs after Suicide Bereavement: Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2019, **16**(21). ISSN 1660-4601. Doi:10.3390/ijerph16214093

KRYCHIW, Jacqueline K., Rachael JAMES a Erin F. WARD-CIESIELSKI. Suddenness of death as a determinant of differential grief experiences. *Bereavement Care* [online]. 2018, **37**(3), 92-100. ISSN 0268-2621. Dostupné z: doi:10.1080/02682621.2018.1539312

MELHEM, Nadine M. Grief in Children and Adolescents Bereaved by Sudden Parental Death. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2011, **68**(9). ISSN 0003-990X. Dostupné z:10.1001/archgenpsychiatry.2011.101

PITMAN, Alexandra, Tanisha DE SOUZA, Adelia KHRISNA PUTRI, Fiona STEVENSON, Michael KING, David OSBORN a Nicola MORANT. Support Needs and Experiences of People Bereaved by Suicide: Qualitative Findings from a Cross-Sectional British Study of Bereaved Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2018, 15(4). ISSN 1660-4601. Dostupné z:10.3390/ijerph15040666

WILSON, Suzanne, Melissa Allen HEATH, Paola WILSON, Elizabeth CUTRER-PARRAGA, Sarah Marie COYNE a Aaron Paul JACKSON. Survivors' perceptions of support following a parent's suicide. In: *Death Studies* [online]. 2019, s. 791-802. ISSN 0748-1187. Dostupné z: <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7910&context=etd>.

CIMINO, Silvia, Luca CERNIGLIA, Giulia BALLAROTTO a Michela ERRIU. *Psychopathological Risk in Parentally Bereaved Adolescents* [online]. 2016-07-31, s. 295-302. Dostupné z: 10.15405/epsbs.2016.07.02.29