

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

Využití logoterapie a existenciální analýzy v sociální
práci

Diplomová práce

Autor: Jitka Kratochvílová
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce (SPN)
Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Jitka Kratochvílová

Studium: U15044

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Využití logoterapie a existenciální analýzy v sociální práci**

Název diplomové práce The use of logotherapy and existential analysis in social work
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem této práce bude zjistit, jak lze využít logoterapii a existenciální analýzu v sociální práci, především v paliativní péči. V teoretické části se budu věnovat logoterapii a existenciální analýze základním pojmům, principům a využití v sociální práci a především v paliativní péči. V další části práce se budu věnovat pojmům jako smrt, umírání, paliativní péče, hospice, domácí hospicová péče, péče blízkých osob. Výzkum: Využit bude kvalitativní výzkum s využitím rozhovoru, jako nástroje. Dotazování budou lidé, kteří pečovali o umírající blízkou osobu, a to buď sami nebo s pomocí organizací, které poskytují hospicové služby. Ve výzkumu budu také zjišťovat kde je možné hledat a nacházet útěchu, smysl života a smíření.

FRANKL, V., E. Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy. Brno: Cesta Brno, 2006. ISBN 80-7295-085. FRANKL, V., E. Vůle ke smyslu. Brno: Cesta Brno, 2006. ISBN 80-7295-084-3 FRANKL, V., E. A přesto říci životu Ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 80-7192-095-9 LUKASOVÁ, E. I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi. Brno: Cesta, Brno, 2006. ISBN 80-85319-79-9. MATOUŠEK, O. Základy sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-262-0211-0. ROSS, E., K. Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Praha: Tvorba, 1995. ISBN 0-02-089150-4 pbk. SCHERER, G. Smrt jako filosofický problém. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1988. ISBN 80-7192-914-X YALOM, I., D. Pohled do slunce. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-376-5

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Oponent: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Bezděkově u Přelouče dne 20.2.2017

Abstrakt

KRATOCHVÍLOVÁ, Jitka. *Využití logoterapie a existenciální analýzy v sociální práci*. Hradec Králové, 2017. 62 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjištění, jaké možnosti využití má logoterapie a existenciální analýza v sociální práci, a to především v sociální práci v oblasti paliativní péče.

Jako další cíl této práce jsem zvolila nalezení odpovědi na otázku, do jaké míry je kompetentní sociální pracovník využívat prvků logoterapie a existenciální analýzy ve své práci a to opět především v oblasti paliativní péče. Dílčím cílem je také zjistit do jaké míry sami lidé s těžkou nevyлéčitelnou nemocí, umírající lidé, domácí pečovatelé vnímají základní prvky a pojmy logoterapie a existenciální analýzy - otázku smyslu života, hledání útěchy, svobody, smíření.

V teoretické části se věnuji logoterapii a existenciální analýze - základním pojmům, principům a využití v sociální práci a především v paliativní péči. V další části teorie se věnuji pojmům jako smrt, umírání, paliativní péče, hospice, domácí hospicová péče, péče blízkých osob. Ve vlastním výzkumu využívám kvalitativní výzkum s rozhovorem, jako nástrojem výzkumu. Dotazováni jsou lidé, kteří pečovali o umírající nebo těžce nemocnou blízkou osobu, a to buď sami, nebo s pomocí organizací, které poskytují hospicové služby a lidé, kteří sami onemocněli vážnou nemocí.

Téma logoterapie a existenciální analýzy a její využití v sociální práci jsem zvolila proto, že pracuji jako sociální pracovník v oblasti poradenství a setkávám se ve své práci jak s těžce nemocnými lidmi, tak s pečujícími osobami, tak s pozůstalými a právě u těchto klientů vidím velké možnosti pro využití logoterapie.

Klíčová slova: logoterapie, existenciální analýza, smysl života, svoboda, postojová změna, hodnoty, paliativní péče, umírání, komplikované a nekomplikované truchlení, pozůstalí, zármutek.

Abstract

KRATOCHVÍLOVÁ, Jitka. *Use of logotherapy and existential analysis in social work*. Hradec Kralove, 2017. 62 p. Thesis. University of Hradec Kralove, Institute of Social Work. Supervisor: PhDr. Ondřej Štech, Ph.D.

The main objective of this thesis is to determine what are the possibilities of using logotherapy and existential analysis in social work, especially in social work in palliative care .

As a further objective of this work I chose answer the question to what extent is the competent social worker able to use the components of logotherapy and existential analysis in his work, especially in the environment of palliative care. Partial goal is also to determine the extent to which do the people themselves (with severe incurable disease, dying people, home caregivers) perceive the fundamental elements and concepts of logotherapy and existential analysis - the meaning of life, comfort seeking, freedom, reconciliation.

Theoretical part of this thesis is devoted to the explanation of basic concepts, principles and applications of logotherapy and existential analysis in social work especially in palliative care environment. The next part of the theoretical section explains concepts like death, dying, palliative care, hospice, home hospice care, close person care. In my own research I used qualitative research with an interview as a research tool. The respondents are people who cared for a dying or seriously ill loved one, either by themselves or with the help of organizations that provide hospice services; and also people who are themselves ill from a serious illness.

Theme of logotherapy and existential analysis and its use in social work, I chose because I work as a social worker in counseling and in my work I meet severely ill people, their carers, and also with the survivors. With these clients I see a big potential for using logotherapy.

Keywords: logotherapy, existential analysis, the meaning of life, liberty, attitudinal change, values, palliative care, dying, complicated and uncomplicated bereavement, bereaved, grief.

Poděkování

Děkuji PhDr. Ondřeji Štěchovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho pomoc s vypracováním diplomové práce, za důležité rady a připomínky. Děkuji také všem dotazovaným seniorům a jejich rodinám za spolupráci při realizaci výzkumu.

Obsah:

Obsah:	8
Úvod	9
1 Logoterapie, existenciální analýza	11
1.1 Viktor Emanuel Frankl- autor logoterapie a existenciální analýzy	11
1.2 Existenciální analýza.....	13
1.3 Svoboda.....	14
1.4 Smysl.....	15
1.5 Metody logoterapie a existenciální analýzy	19
1.6 Metoda postojové změny.....	20
1.7 Otázka viny a smyslu	20
2 Smrt, umírání, paliativní péče	22
2.1 Paliativní péče.....	22
2.2 Sociální práce v paliativní péči.....	24
2.3 Nemocný, umírající a jeho blízcí.....	26
2.4 Zármutek, truchlení a pozůstalí	30
2.5 Nekomplikované truchlení	34
2.6 Komplikované truchlení	37
2.7 Terapie pozůstalých.....	38
Praktická část	40
3 Teorie výzkumu	40
3. 1 Cíle výzkumu, strategie výzkumu, metody výzkumu	40
4 Vlastní výzkum.....	42
4.1 První část vlastního výzkumu.....	42
4.2 Vyhodnocení první části výzkumu.....	48
4.3 Druhá část vlastního výzkumu.....	49
4.4 Vyhodnocení druhé části výzkumu	56
4.5 Třetí část vlastního výzkumu.....	57
4.6 Vyhodnocení třetí části výzkumu.....	58
Závěr	59
Zdroje.....	61

Úvod

Cílem této práce je zjistit, jak lze využít logoterapii a existenciální analýzu v sociální práci, především v paliativní péči. V teoretické části se věnuji logoterapii a existenciální analýze- základním pojmům, principům a využití v sociální práci a především v paliativní péči. V další části práce se věnuji pojmům jako smrt, umírání, paliativní péče, hospice, domácí hospicová péče, péče blízkých osob. Využívám kvalitativního výzkumu s využitím rozhovoru, jako nástroje. Dotazováni jsou lidé, kteří pečovali o umírající nebo těžce nemocnou blízkou osobu, a to buď sami nebo s pomocí organizací, které poskytují hospicové služby a lidé, kteří sami onemocněli vážnou nemocí. Ve výzkumu také zjišťuji, jak a kde je možné hledat a nacházet útěchu, smysl života a smíření.

Hlavním cílem mé práce je zjištění, jaké možnosti využití má logoterapie a existenciální analýza v sociální práci, a to především v sociální práci s lidmi s nevléčitelnou nemocí, v sociální práci s umírajícími lidmi a jejich blízkými a v sociální práci s pozůstalými.

Jako další cíl této práce jsem zvolila najít odpověď na otázku, do jaké míry je kompetentní sociální pracovník využívat prvky logoterapie a existenciální analýzy ve své práci a to opět především v oblasti paliativní péče. Dílčím cílem je také zjistit do jaké míry sami lidé s těžkou nevléčitelnou nemocí, umírající lidé, domácí pečovatelé vnímají základní prvky a pojmy logoterapie a existenciální analýzy- otázku smyslu života, hledání útěchy, svobody, smíření.

Téma logoterapie, existenciální analýzy jsem zvolila proto, že pracuji jako sociální pracovník v poradně pro osoby se zdravotním postižením. Cílovou skupinou této poradny jsou lidé se zdravotním postižením, ale i senioři a pečující osoby. Často se zde setkávám s klienty, kteří již vyčerpali všechny možnosti pomoci, žijí v nefunkčních vztazích, jsou vyloučeni ze společnosti, nejsou schopni sociálního fungování. Prošli již velkým množstvím sociálních a jiných služeb a přesto se jejich problémy nepodařilo vyřešit. Pokud jsou ještě vážně či nevléčitelně nemocní a zůstávají sami ve svém trápení a utrpení, pak vidím jako nejvhodnější způsob pomoci právě využití některých prvků logoterapie. Jako sociální pracovník se necítím kompetentní používat specifické metody logoterapie, jako je například paradoxní intence, dereflexe apod. Jako sociální pracovník se můžu snažit pomoci klientovi pomoci hledat smysl života i v jeho těžké situaci, mohu mu pomoci vnímat nemoc a utrpení jako součást lidského života, mohu mu pomoci najít útěchu.

Viktor Emanuel Frank je člověkem, ke kterému chovám velkou úctu a jeho logoterapie je mi ze všech metod sociální práce nejbližší.

Výzkumnou skupinou pro můj výzkum jsou nevléčitelní lidé, umírající lidé, blízcí o ně pečující a pozůstalí, kteří byli na sklonku života s umírajícím v blízkém kontaktu. Ve svém výzkumu využívám kvalitativních metod, nástrojem kvalitativního výzkumu je strukturovaný rozhovor. Respondenty v mém výzkumu jsou lidé, které jsem znala již před tímto výzkumem, a to buď ze svého okolí nebo z poradny, kde pracuji. Mezi lidmi, které znám, volím pro potřeby výzkumu proto, že se jedná o velmi intimní a osobní téma. Nebylo vždy snadné ptát se respondentů na smrt a umírání.

Tato práce je rozdělena na teoretickou část, kde se věnuji základním pojmům logoterapie, existenciální analýzy. Popisuji paliativní péči, hospicovou péči a proces umírání a truchlení. Ve výzkumné části se věnuji rozboru jednotlivých rozhovorů a hledání prvků logoterapie a existenciální analýzy a hledání možností intervence sociálního pracovníka znalého základních principů logoterapeutické pomoci. Zaměřuju se především hledání útěchy, smyslu života, naplňování hodnot. V závěru hodnotím možnosti využití logoterapie a existenciální analýzy v sociální práci v oblasti paliativní péče.

1 Logoterapie, existenciální analýza

1.1 Viktor Emanuel Frankl- autor logoterapie a existenciální analýzy

Frankl byl lékařem – neurologem a psychiatrem, filozofem a psychologem, získal profesuru v oblasti neurologie a psychiatrie na vídeňské univerzitě a působil jako profesor logoterapie na United States International University v San Diegu v Kalifornii (Frankl, 1997).

Frankl se narodil 26. března 1905 ve Vídni a zemřel 1. 9. 1997 na srdeční selhání také ve Vídni. Naposledy přednášel na Vídeňské univerzitě ještě v roce 1996. Franklovi rodiče pocházeli z Moravy. Otec Frankla se narodil na Moravě, v městečku Pohořelice, ve Vídni vystudoval medicínu a pracoval jako velmi úspěšný státní úředník na pozici sekčního ředitele na ministerstvu sociální správy. Franklův otec byl velmi přísný, zásadový muž, který své děti vychovával velmi přísně. Maminka – původem židovka, pocházela z velmi staré pražské židovské rodiny. Na svou matku Frankl vzpomínal jako na velmi zbožnou, dobrotivou, láskyplnou ženu. Právě matka ve Franklovy podporovala jeho hlubokou citlivost a vnímavost a naopak po otci byl Frankl velmi precizním a racionálním člověkem. Bohužel vzhledem ke svému židovskému původu byl Frankl i celá jeho rodina odvečeni do židovského ghetta a později do koncentračního tábora. Frankl byl přímo přítomen smrti svého otce, protože jako lékař se o něj staral v terezínském ghettu. Se smrtí se musel vyrovnat ještě mnohokrát, v koncentračních táborech zemřela celá Franklova rodina. Přežila jen sestra, která emigrovala do Austrálie ještě před nástupem Hitlera k moci. Franklova matka zemřela v plynové komoře hned po příjezdu do Osvětimi, bratr zemřel při nucených pracích v dole, Franklova první žena zemřela až po osvobození koncentračního tábora v Bergen – Belsen na infekci typhu. Po válce se Frankl v roce 1947 oženil znovu (Frankl, 1997).

I přes tuto krutou zkušenost Frankl nezatrpnul, nestal se nenávistným ani vůči Němcům. Naopak byl odpůrcem kolektivní viny německého národa. Tyto krutosti, kterými sám prošel, potvrdily Franklovy myšlenky a podpořily logoterapeutickou ideu (Frankl, 2006).

V životě Frankla se odehrálo několik stěžejních událostí, které silně ovlivnily Franklovo budoucí myšlení a ovlivnily i formování teorie logoterapie a existenciální analýzy. Frankl ve své autobiografii vzpomínal na moment z dětství, kdy mu byli asi čtyři roky, před usnutím jej vyděsila myšlenka, že i on bude muset jednou zemřít. V kontextu logoterapie tuto myšlenku Frankl interpretoval takto: „*Ale strach ze smrti mne vlastně nikdy v životě netížil;*

tížilo mne jen jedno: otázka, zda pomíjivost života nezničí jeho smysl. A odpověď na tuto otázku, k níž jsem se posléze probojoval, byla tato: Z mnoha hledisek teprve smrt činí život vůbec smysluplným. Především však nemůže pomíjivost ukončit smysl bytí z toho prostého důvodu, že v minulosti se nemůže nic nenávratně ztratit, spíše vše zůstává trvale uchováno. Minulost je tedy dokonce uchráněna a zachráněna před pomíjivostí. Cokoli jsme vykonali a vytvořili, cokoli jsme prožili a zakusili – to jsme zachránili jako minulost, a nic a nikdo už to nemůže odstranit ze světa“ (Frankl, 1997, s. 19).

V logoterapii se tento náhled nazývá tzv. „film života“. Lze jej popsat jako filmový příběh, kotouč s filmem, kde je zaznamenáno vše, co se událo, vše co se stalo. Terapie za pomoci „filmu života“ se používá především u klientů v terminálním stádiu nemoci, kteří jsou na samém konci svého života (Křivohlavý, 2010).

Dalším momentem, který Frankla silně ovlivnil a potvrdil v budoucnu jeho myšlenky, byl moment, kdy Frankl získal vízum do USA a měl možnost odejít vyhnout se násilné deportaci do koncentračního tábora a zachránit si tak život. Frankl odmítl. Nedokázal opustit své rodiče a zůstal s nimi, i když věděl, že celá rodina bude odsunuta do ghetta. Myšlenkou Frankla bylo, že svědomí je orgán, díky kterému lze naplnit osobní zodpovědnost a smysl života. Frankl tedy čistým svědomím, že neopustil rodiče dal smysl svému životu a zároveň se naplnila jeho osobní zodpovědnost (Balcar, 1989).

Frankl prožil velmi dramatický život, který mu i přes všechnu krutost osudu dal i významnou možnost potvrdit sám na sobě vlastní teorii logoterapie a existenciální analýzy. Frankl se stal jedním z nejvýznamnějších psychoterapeutů dvacátého století. Již za svého života byl oceněn mnoha poctami. Obdržel i doktorát na Karlově univerzitě v Praze v roce 1994, a v témže roce obdržel zlatou medaili Masarykovy univerzity v Brně. Jako prvním občanovi, který nebyl Američan, bylo Franklovi v Dallasu na zasedání Americké psychiatrické společnosti uděleno ocenění Oskara Pfistera. Tato cena je předávána na počest švýcarského teologa, přítele a žáka Sigmunda Freuda (Frankl, 2007).

Logoterapie staví své intervence na změně a zlepšení i proti souhře závislostí a determinantů. Logoterapie se snaží změnit, či zaujmout postoj k nezměnitelným hranicím, které určují a vymezují právě determinanty a závislosti., a to od pochopení své svobodné vůle až po vnímání a chápání svého utrpení a strádání. Významnou úlohu plní při poskytování útěchy, poskytování nadhledu a pomoc s pochopením utrpení jako smyslu, jako významné součásti lidského života (Lukasová, 1998).

Logoterapie je nazývána třetí vídeňskou psychoterapeutickou školou (první psychoterapeutická škola je Fredova psychoanalýza, druhou psychoterapeutickou školou je Adlerova individuální psychologie. Již před začátkem deportací napsal Frankl spis „*Lékařská péče o duši*“, kde poprvé popsal základní principy a myšlenky logoterapie. Při deportaci ale o spis přišel. Při věznění v táboře, při hrůzách, kterými prošel se ještě více přesvědčil o platnosti myšlenek logoterapie o platnosti jejich základních principů (Frankl 1995).

Logoterapie vychází ze slova „logos“ tedy „slovo“ „duch“ či „smysl“. Logoterapie je tedy, hledání a nacházení vůle k životu, léčbou ve smyslu hledání smyslu života, léčbou noogenních neuróz, které jsou chápány jako vakuum, vzniklé při ztrátě smyslu života (Smékal, 1994).

Dle Frankla je život člověka ovlivněn schopností přijmout odpovědnost a rozhodování za svůj vlastní život. Determinaci daností osudu nepřikládá žádnou velkou váhu a je spíše odpůrcem a kritikem fatalismu. V lidském životě má vše svůj význam, svůj smysl. I utrpení, bolest a umírání má svůj smysl. Existuje vyšší svět nedostupný vnímání a chápání lidí, je to svět vyššího smyslu existence. Tento svět vyššího smyslu existence často souvisí s prožitím utrpení a bolesti (Frankl,1995).

1.2 Existenciální analýza

Existenciální analýza, jejímž autorem je stejně jako u logoterapie Frankl, se zabývá především ontogenesí lidské existence-tj. Obecná existenciální analýza. Frankl se věnuje existenciální analýze především v knize „*Lékařská péče o duši*“. Dle Frankla existují dva druhy existenciální analýzy, a to obecná existenciální analýza a speciální existenciální analýza- tj. analýza konkrétního člověka. Frankl se snaží za pomoci existenciální analýzy přivést klientu k vlastní odpovědnosti za svůj život (Wagenknecht, 2000).

Frankl (Frankl, 1996) vymezil několik základních pojmů:

Existenciální frustrace- nejasnost, neschopnost uvědomit si a nalézt smysl života. Lukasová popisuje existenciální frustraci jako krizi smyslu u člověka. Popisuje tuto krizi jako problém, který je aktuální i v současné době. Existenciální frustrací trpí lidé, kterým se daří relativně dobře, ale ani přes dostatečné hmotné uspokojení, se necítí šťastně a spokojeně, nemají radost ze života. Často jsou unaveni životem a nevidí žádný smysl své existence a svého života (Lukasová, 1998).

Noogenní neuróza- stav vzniklý v souvislosti s existenciálního vakuu

Existenciální vakuum- pocit marnosti, bezsmyslnosti, frustrace.

Existenciální analýza je založena na důležitosti uvědomění si vlastní odpovědnosti. Jedná se o odpovědnost ke své vlastní jedinečnosti, k jedinečnosti své existence. Existence člověka, lidstva sobě skrývá odpovědnost ke své konečnosti. To, že si lidé uvědomují a jsou odpovědní ke své konečnosti jim nebere smysl života. Tak, jak je jedinečný každý, jediný život, tak je jedinečný i každý osud.(Frankl, 1996).

1.3 Svoboda

Frankl vytvořil obraz člověka s duchovní lidskou svobodou, Člověk je tedy svoboden pokud nepodléhá vnějším determinantům. Stojí tak v opozici kognitivně behaviorální terapii a hlubinné psychologii. Vytvořil nový obraz svobody- svobodu jako ne volnost od něčeho, ale svobodu k něčemu. Něčím rozumíme vnější determinanty (vlivy vnějšího prostředí), vůči kterým je člověk schopen být svobodný a sám určit odpověď na svůj osud. Osudem Frankl rozumí souhrn vnějších determinantů, které není člověk schopen ovlivnit, ale je schopen se osudu postavit čelem a svobodně se rozhodnout, jak s ním naložit, ale nést také odpovědnost za svobodu rozhodnutí (Lukasová, 1998).

Společně s odmítnutím absolutního vlivu vnějšího prostředí – determinismu a z něj ústícího fatalismu, které jsou překážkou svobody člověka, odmítá logoterapie i často zmiňovaný princip homeostázy. Homeostáza je ve Franklem chápána jako vnitřní rovnováha člověka, která je zajištěna uspokojováním potřeb člověka. Má-li však člověk vnitřní, duchovní svobodu, pak jej tato svoboda odpoutává od homeostázy a člověk získává vůli ke smyslu- vyšší kritérium duchovní svobody

Svoboda nemá být dle Frankla chápána jako ve vztahu volnosti od, od něčeho, ale jako vztah volnosti k, k něčemu. I trpící nebo umírající může být svobodný ke svému utrpení, bolesti i umírání. Člověk není tedy dán plně do rukou osudu a to v žádné situaci, osud může být pro člověka výzvou k naplnění své svobodné volby. Dle Frankla je tedy základem oddělit faktor osudu a svobodný postoj. U trpících lidí pak pomáhá obrátit jejich pozornost od determinovaného osudu k prostoru, kde lze uplatnit svobodné postoje (Lukasová, 1998).

Osudovost je dle Frankla pouze slovem a ne daností. Člověk má vůli postavit se a vzepřít osudu. V této myšlence je vyjádřen i Franklův vztah ke svobodě člověka k vlastnímu osudu. Frankl rozlišuje dvě základní dimenze lidského osudu. Je to biologický osud- zde si Frankl chce odpovědět, do jaké míry lze svobodnou vůlí ovlivnit biologické vlohy. Jako biologickou vlohou lze vnímat například danost vymezenou dědičností, skutečnost danou člověku již při narození. Frankl velmi vyzdvihuje skutečnost, že někteří lidé se vymanili z osidel svého biologického osudu a dosáhli silou své vůle, svobody ducha toho co chtěli, navzdory osudu. Druhou dimenzí osudu je psychologický osud- psychika jedince stojící proti svobodě. Jedná se například o rezignovaný postoj lidí s psychiatrickou diagnózou vůči své životní situaci. Ale i proti psychologickému osudu se lze zachovat různou měrou svobodně. Poslední dimenzí je osud sociální- tento osud dán sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije (Frankl, 1996).

S osudem a vnímáním osudovosti je úzce spojena i svoboda jedince, „ svoboda k“. Dle Frankla je člověk ve svobodném vztahu ke všem třem dimenzím osudu. Tyto myšlenky Frankl potvrdil na osudech lidí deportovaných do koncentračního tábora. Zde, v prostředí plném strachu, bolesti a utrpení, pochopil, že svobodná vůle jedince právě ve chvílích utrpení vítězí nad sociologickou dimenzí osudu. (Frankl, 2006)

Každý člověk má možnost vzepřít se osudu, každý jedinec má možnost nesvobodně rozhodnout. Frankl dokonce vnímá jako hlavní cíl utrpení schopnost a vypořádání se s daností osudu. Jsou však situace, kdy je jedinou možností přijetí osudu jako danosti. Jedná-li se o nezměnitelný osud, pak je velkým výkonem přijmout utrpení a osud. Člověk se staví proti skutečností, které jsou dané a nelze je změnit. Pak je tedy skutečným výkonem přijetí nezměnitelného osudu (Frankl, 1996).

1.4 Smysl

Pojem **smysl** je tedy od logoterapie neoddělitelný a je základním pojmem celé teorie logoterapie. Co je to ale smysl, skutečný smysl v denní realitě našeho života? Všichni o smyslu hovoříme, ale jen málo z nás ví, co vlastně smysl života je, co si pod ním představit. Běžně lidé vnímají smysl a ptají se po něm otázkami jako například: “Proč to dělám, z jakého důvodu, proč a nač je to dobré? “ Někteří lidé se otázkám na smysl života úmyslně brání a o to častěji potom užívají slov jako vyhoření nebo prázdnota.

V otázkách smyslu života je důležité připomenout i teorii Abrahama Maslowa, který s velkým důrazem hovoří o tom, že hledání smyslu, smysluplnosti života je bazální potřebou člověka a tato potřeba hledání smyslu života je zároveň bazálním motivem lidského chování. Znamená to ale také, že tato potřeba, pokud není naplněna, vede ke frustraci (Frankl, 2006).

Frankl se v logoterapii postavil proti přílišnému determinismu v psychologii. Frankl uznává determinanty jako dědičnost, prožité dětství, výchova, prostředí, nabyté zkušenosti, které mají na vývoj jedince a jeho osobnost velký vliv. Tento vliv však není podle Frankla nejvýznamnější a namítal, že v každé i nejtěžší situaci má člověk možnost svobodného rozhodnutí. Nikdy tak nejsme dáni osudu napospas. Logoterapie dává důraz na lidskou svobodu a snaží se o provokaci a výzvu. Frankl se ve svém životě snažil o doplnění klasického pojetí existence člověka o pojetí duchovní a spirituální, které činí člověka člověkem (Frankl, 2006).

Frankl jednak zásadně odmítal tvrzení, že by logoterapie chtěla nahradit psychoterapii, vždy důrazně trval na tom, že logoterapie je především doplněním a určitou alternativou k psychoterapii. Frankl odmítal i myšlenky substituce náboženství psychoterapií. Dle Frankla je cílem náboženství spása lidské duše a ne snaha o péči o duševní rovnováhu. Věřící lidé více náboženstvím získávají, ale také musí více dávat (Frankl, 1997).

Hlavním úkolem a cílem logoterapie je pomoci naplnit smysl v každém i sebetěžším okamžiku života a nehledět na obsah smyslu.

Logoterapie a její pojetí smyslu života vychází ze základní myšlenky, že nemá smysl se ptát otázkou: „Jaký je smysl života“, ale ptát se: „jaký smysl chceme dát našemu, svému životu?“ (Frankl, 1997)

Dle Frankla je možné nalézt smysl:

- 1) Ve vykonání činu- v činu, který překračuje svým významem osobní hranice, a který je vykonán s velkou mírou empatie a ohledu na druhé lidi
- 2) Prožitím hodnoty-opravdovým a smysluplným zážitkem je ten, který člověka povznese a obohatí, nejhodnotnějším zážitkem a tedy i hodnotou je opravdová a čistá láska
- 3) Prožitím utrpení- i těžkou a bolestnou zkušenost lze proměnit v osobní výhru, v morální výhru (Frankl, 1997).

Již během internace v koncentračním táboře Frankl pochopil, že lidé, kteří mají smysl života, jsou schopni přežít a vyrovnat se s tak strašnou zkušeností, jakou je holocaust, šoa. Právě nalezení a hledání smyslu života ať už ve vykonání činu, prožitím hodnoty nebo prožitím utrpení, pomáhá člověku získat a udržet si duševní rovnováhu. Naopak existenciální vakuum, jinak řečeno stav bezsmyslnosti, sebou přináší pocity prázdnoty, bezcennosti. Toto existenciální vakuum je třeba zaplnit. Pokud jej zaplníme negativními pocity jako například depresí, úzkostí, agresí, strachem, závislostí, pak je to špatně a člověk může dojít až k sebedestruktivním myšlenkám a může dojít k rozvoji psychopatogeneze (Vymětal, 1997). Logoterapii charakterizoval Frankl jako metodu orientovanou na budoucnost, otevřenou do budoucnosti. Člověk je zaměřován ke smyslu svého života. Po celý život je člověk smysl života podkřívá. Smysl života nelze najít jako něco abstraktního, smysl života se mění u každého člověka, pro každého člověka je jiný a je jiný i v každé chvíli našich životů (Balcar, 2007).

Podstatu lidské existence vnímá logoterapie v odpovědnosti lidí za své vlastní životy. Pokud je nenaplněna lidská vůle smyslu, nachází člověk namísto vůle ke smyslu vůli k moci, slasti, majetku, samolibosti. Ještě horší je situace, kdy dojde ke vzniku noogenní neurózy. Tyto neurózy vznikají na základě rozporu mezi hodnotami a morálními dilematy. Dle Frankla je pro život nutné zažívat tzv. noodynamiku- tj. konflikt mezi smyslem života a vytrvalou snahou tento smysl naplnit. Je-li vůle člověka ke smyslu zmařena, může být kompenzována vůlí k moci, k penězům nebo k libosti. Jindy vzniká existenční frustrace, vakuum, jež může vyústit v noogenní neurózu. Noogenní neurózy mají původ v noos (mysl, duch), nikoli v psýché jako ostatní (psychogenní) neurózy. Noogenní neurózy pramení v konfliktech mezi jednotlivými hodnotami, v morálních konfliktech (duchovních problémech). Člověk k životu potřebuje noodynamiku, noologické napětí - napětí mezi smyslem jeho života a jeho úsilím o toto naplnění. Tedy je zde rozpor po v dnešní době tak žádaném stavu jakési duševní homeostázy (Balcar, 2007).

Logoterapie nabízí léčbu především v uvědomění si své svobody, svobodné vůle, svobody k něčemu. Člověk se musí především naučit odpovědnosti za svůj život a musí se naučit najít smysl svého života. Najít a vnímat smysl vlastního života lze prostřednictvím hodnot. Život lidí lze naplnit právě uskutečněním hodnot. Hodnoty jsou řazeny tématicky (tvůrčí, zážitkové,

postojové) a hierarchicky – nejvyšším typem jsou hodnoty postojové. Frankl rozlišuje hodnoty na:

1) Tvůrčí hodnoty- lidé, člověk něco vytváří a předává ostatním. Jako tvůrčí hodnotu můžeme vnímat například práci. Tvůrčí hodnoty chápeme ve významu „k čemu jsem povolán“.

Tvůrčí hodnota je daná jako činnost, která mění okolní svět. Není podstatné, co děláme, ale jak to děláme, jak se k tvůrčí činnosti stavíme, jestli skutečně a s nasazením. Nezáleží tedy na tom, jestli pracujeme na prestižní pozici nebo například v dělnické profesi. Záleží na našem postoji k práci. Nenaplnuje-li nás práce, kterou děláme, je problém v našem postoji k práci.

2) Zážitekové hodnoty- během života navazujeme vztahy, během života získáváme zkušenosti. Smysl můžeme naplnit opravdovým prožíváním- například láskou.

3) Postojové hodnoty- postojem. Frankl chápe schopnost a způsob, jakým se člověk dokáže postavit osudovým situacím., například utrpení a umírání. Snad právě zde je možné vnímat klíčový význam logoterapie v paliativní péči a v péči o trpícího člověka. Utrpení je buď vyzváním člověka k boji, nebo smířením se a nalezením smyslu i v utrpení a překonávání utrpení. Dle Frankla má bolest duchovní význam.

Hledání hodnot a smyslu života může být pro klienty veleběžné. Frankl argumentuje tím, že existuje nejen patologie stresu, ale také patologie ulehčení. Určitou míru napětí lze považovat za prospěšnou- tuto míru napětí nazývá noodynamikou. Obecně a se vyskytující pocity bezsmyslnosti, ztráty smyslu nazývá Frankl kolektivní neurózou a experimentální psychózou. Pocit ztráty smyslu života souvisí se ztrátou tradic a instinktů. Instinkty a tradice dávaly lidem návod kdy a jak co dělat. Jejich ztráta vede ke konformismu-tj. napodobování jiných lidí (Frankl, 1996).

Frankl popisuje příklady lidí, kteří si v době nemoci stěžují, že jejich život postrádá smysl. Takovému člověku je nutné vysvětlit, že je lhostejné, jakou práci vykonává, jaké má povolání, ale je nutné dát důraz na smysl toho, jak pracuje a zda místo, které zastává, také skutečně zastává. Jako příklad uvádí Frankl práci prostého člověka, který vykonává svou práci svědomitě a plní úkoly které na něj ukládá například rodina a povolání. Žije sice podle společenských měřítek malý život, ale ve skutečnosti žije mnohem větší život než člověk, který zastává společensky mnohem prestižnější pozici, ale rozhoduje a vykonává práci nesvědomitě (Frankl, 1995).

1.5 Metody logoterapie a existenciální analýzy

Techniky a metody logoterapie opět vycházejí z klíčového pojmu- tedy ze smyslu života. Každá situace v životě člověka má smysl. Pro terapeuty, kteří se snaží najít cestu k překonání krize klienta, je důležité dovést klienta k položení si otázek: „Co lze ještě, co můžu ještě od života očekávat?“ a „, Co očekává život ode mě ?“ Terapeut pracuje především s praktickou existenciální analýzou, která přináší klientům nové způsoby vnímání okolního světa, nové možnosti hledání smyslu života (Balcar, 1989).

Mezi techniky využívané v rámci logoterapie patří především dereflexe, paradoxní intence. Dereflexe- dereflexe je jednou z prvně vzniklých technik logoterapie. Základem dereflexe je hledání smyslu života prostřednictvím naplnění hodnot- tvůrčích, zážitkových, postojových. Dle Frankla jsou hodnoty vymezeny směrem vně, do okolního světa k ostatním lidem. Existují poruchy, které brání lidem hledat hodnoty. Mezi tyto poruchy patří například:

- 1) Dereflexe- klienti se nadměrně pozorují, trápí se neustále svými problémy a to zcela zaměstnává jejich mysl a vnímání. Přes tato stále se opakující trápení nejsou schopni hledat skutečné hodnoty a smysl života.
- 2) Hyperdiskuse- klienti velmi často a velmi intenzivně hovoří o svých problémech a situacích, které prožívají. Tato intenzivní komunikace brání lidem své představy, příležitosti a možnosti uskutečnit.
- 3) Hyperintenze- klienti se velmi intenzivně snaží naplnit a dosáhnout vlastního vytyčeného cíle. Úsilí o dosažení vlastního cíle jim brání dosáhnout hodnotného cíle.

Tyto poruchy vedou k neschopnosti dosáhnout skutečného cíle. Klient se dostane do tzv. „neurotické deflexe“- opakované střídání se pocitů frustrace a usilování. Cílem terapie je tedy naučit klienta oprost se od sebe sama, tedy zapomenout na sebe, na své trápení, starosti a myslet a soustředit se na hodnotnější skutečnosti, k cílům, které přesahují člověka samotného. Je to cestou najít vnitřní pocit uspokojení a štěstí (Balcar, 1989).

Paradoxní intence- jedná se o metodu, která vede klienty k tomu, aby se věnovali, přáli si a vyhledávali situace, kterých se paradoxně obávají a vyhýbají se jim. Právě strach a vyhýbání se situacím, kterých se bojíme vede k tzv. „chybné pasivitě“. Je třeba přimět klienta, aby aktivně vyhledával situace, kterých se bojí. V těchto situacích docházejí k zjištění, že se chovají zcela jinak, než očekávali a předpokládali. Svou velkou roli v těchto chvílích má svérázný humor, který pomáhá úzkosti překonat Principem paradoxní intence je tedy přát si činit právě to, z čeho máme strach (Balcar, 1989).

Třetí technikou logoterapie je noogení neuróza. Klient se chová neuroticky, protože ztratil smysl života. Klient má pocity marnosti, zoufalství a zloby. Klient vnímá často bolest a nemoc jako nástroj pro trestání sebe sama a svých blízkých. Logoterapie se takovým klientům snaží pomoci znovu nalézt smysl života. Pokud se podaří klientovi nalézt hodnoty, které mu vrátí smysl žití, získá klient znovu chuť žít, získá důvod svého života (Balcar, 1989).

1.6 Metoda postojové změny

Logoterapie usiluje o změnu postoje k vlastnímu bytí, hodnotám, životu. Je známo, že například předem negativní přístup pacienta k léčbě, pocit předem prohraného boje s nemocí je mnohdy horší a obtížněji překonatelný než sama nemoc, která člověka trápí. Změna postoje dokáže zmobilizovat uvnitř člověka takovou vnitřní sílu, která pomůže člověku přijmout i negativní skutečnosti. K postojovým změnám je vhodné přistoupit i v situaci, kdy člověk sám sebe ve svém osudu vnímá jako oběť a nechápe, proč se negativní událost stala právě jemu. Takový člověk zaujme pasivní postoj. Ke změně postoje dojde získáním vhledu. Klient sám dokáže rozpoznat nesprávné, zaujaté vnímání svého problému, svého pohledu na situaci. Při pozitivním postoji pochopí, že problémy, starosti, bolesti jsou nedílnou součástí lidského života. Naučí se problémy vnímat jako výzvy k překonání. Při zdravém postoji uzná těžkosti jako součást svého života. Už se nevidí jako oběť, ale vidí úkol a příležitost. (Balcar, 2007-2010).

Jak uvádí Lukasová (1998) nelze terapeuticky napravit každý problém lidské duše, každé utrpení a bolest. Jsou strasti, které nezbyvá než vydržet, pochopit proč jsou, proč trpíme a proč utrpení snášet a vydržet. Pochopí-li trpící význam utrpení, bude jej lehčeji snášet. Na zvládnutí tak obtížní situace je ale zapotřebí blízkost člověka, kterému věříme, kterého milujeme, a on miluje nás. Jinou možností je mít velkou touhu, cíl, nutnost, kterou chceme a potřebujeme naplnit. Pak má člověk i v bolesti a utrpení pro co žít, pro co snášet a vyrovnat se bolestí.

1.7 Otázka viny a smyslu

„Vina- jaké to strašné utrpení, vyvolané sice sebou samým, přesto však o nic méně bolestné, nýbrž naopak! Že to utrpení nebylo nutné- ano, mohlo mu být zabráněno- to dělá celou věc ještě trpčí. Vina nespočetná dramata se zabývala tímto tématem, protože prakticky shrnuje celou

tragedii člověka do jednoho slova. Trpět a zemřít, to umí i zvíře, ale provít se, to umí pouze homo sapiens, to je jedno z jeho stigmat „po vyhnání z ráje“ (Lukasová, 1998, s.87).

Otázka viny je tak stará jako sama psychoterapie. Doposud je ale tato otázka zcela nezodpovězena. Jakou vinu lze dát jednomu jedinému člověku a jakou vinu nese okolí a společnost? Jaký podíl má na vině minulost, kterou mnohdy člověk nemůže ovlivnit (např. rané dětství). Lze ale říci, že nelze souhlasit s tezí, že čím méně viny nese člověk sám, tím větší míru zavinění a viny nese okolní svět a obráceně. Dle Lukasové naopak platí, že čím menší část viny připadá na člověka, tím méně viny lze připsat okolí a naopak čím více je vinen jeden jediný člověk, o to více viny můžeme připsat okolí. Vina může mít ale i svůj smysl. Vina je podstatnou součástí našich životů. Tak jako všechny součásti lidského života mají svůj význam a smysl, má svůj smysl i vina. Za smysl viny můžeme považovat snahu člověka, který se provinil, celou situaci změnit, napravit se, napravit své jednání- to je velký smysl, velký cíl (Lukasová, 1998).

2 Smrt, umírání, paliativní péče

„*Lidská existence je odpovědnost vzhledem ke své konečnosti*“ (Frankl, 1996, str. 87). Člověk si tedy musí být vědom své dočasnosti. Smrt je vyvrcholením života a je jeho přirozenou nedílnou součástí. K otázce sebevraždy se, vzhledem ke své předcházející praxi psychiatra, Frankl staví sice nesouhlasně, ale zároveň s velkou mírou respektu. V sebevraždě Frankl především nevidí řešení těžké životní situace, sebevraždu nevnímá ani jako způsob vysvobození se z utrpení a bolesti. Cílem logoterapie je naopak naučit člověka žít v bolesti a utrpení. Najít i v těchto chvílích svůj smysl života, pro který má smysl žít. Je důležité tedy změnit svůj postoj k životu a smrti (Frankl, 1996).

K otázce smrti a umírání je blízka i otázka soucitu. Lukasová popisuje soustrast jako nevhodnou u klientů, kteří mají sklon k sebelítosti. K práci psychoterapeuta patří i snaha rozmluvit klientovi trvající sebelítost a sebelitování nahradit vlastním soucitem. Klienta oprostít od sebelitování a ukázat mu pozitivní, pro klienta nové, postoje k jeho vlastnímu utrpení. Klient postupně vnímá a chápe, co to jsou pozitivní postoje a tím je přibližován k pochopení otázky smyslu vlastního života a tím vlastně k logoterapie (Lukasová, 1998).

Člověk, který dokáže i v utrpení, i ve svém nezměnitelném osudu, zoufalství zaujmout alespoň nepatrně lepší vnitřní postoj vůči svému těžkému osudu, dokáže svůj postoj spojit s malým kouskem humoru a trochou úsměvu, cítí se lépe. „*Pravými hrdiny života nejsou vítězové, kteří s jásotem slaví, ale ti poražení, kteří si ještě v nejvyšší nouzi sami na sobě vynutí slovo naděje. Pacienti, kteří se se svojí vlastní slabostí či nemocí smíří pozitivním či dokonce humorným způsobem, nám ukazují, co člověk může dokázat, čeho je schopen.*“ (Lukasová, 1998, s. 72)

2.1 Paliativní péče

„*Kdo zaujme v souvislosti s nezměnitelným osudem stanovisko, že nic už nemá smysl, tense pohybuje na tenkém ledě. Pravými hrdiny života nejsou vítězové, kteří s jásotem slaví, ale ti poražení, kteří si ještě v největší nouzi sami na sobě vynutí slovo naděje. Pacienti, kteří se se svojí vlastní abostí či nemocí smíří pozitivním či dokonce humorným způsobem, nám ukazují, co člověk může dokázat, čeho je schopen*“ (Lukasová. 1998, s.72)

V paliativní péči, v péči o umírajícího, všude tam, kde vnímáme slova jako beznaděj, bolest, utrpení, tam všude má logoterapie své nenahraditelné místo. Pomáhá dát umírajícímu, zoufalému a trpícímu člověku smysl, význam, pochopení nad nelehkou situací.

Dle definice WHO (Mezinárodní zdravotnické organizace), je paliativní péče definována jako: „Celková léčba o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

Bližší sociální práci definuje paliativní péči a paliativní medicínu Munzarová, zdůrazňuje především nutnost předcházet utrpení a to nejen utrpení bolestí, ale také sociální izolaci. Zdůrazňuje tedy především spolupráci s rodinou, s blízkými. Paliativní péči je dle Munzarové třeba zaměřit na pomoc v oblasti fyzických, sociálních a duchovních- spirituálních potřeb (Munzarová, 2005).

Paliativní péče (ač jeden z nejstarších oborů medicíny) se v české republice začala plně rozvíjet až po roce 1989. Rozvoji pomohl především otevření hranic pro české odborníky, možnost poznat zahraniční pracoviště, kde se paliativní medicína rozvíjela kontinuálně a kde měli s prací s nevléčitelně nemocnými pacienty- klienty větší zkušenosti. Postupně začaly být i v české republice zakládány hospice, kam se paliativní péče začala soustředit. Prvním hospicem byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Otevřen byl v roce 1995. Paliativní centra a ambulance (např. na onkologických klinikách) vznikaly i nemocničních zařízeních a následně se začala rozvíjet i domácí hospicová péče (Vorlíček, 2004).

Paliativní medicína nemá za cíl oddálit čas smrti, poskytuje pacientům především úlevu od bolesti a příznaků nemoci, v mezích možností pomáhá zlepšit kvalitu života pacienta, v co možní největší míře usiluje o začlenění duchovní a psychologické péče do procesu terapie, dává podporu životu a vymezuje umírání jako k životu patřící proces, dle možností pacienta usiluje o jeho sociální začlenění, o spolupráci s blízkými, pomáhá rodině a blízkým vyrovnat se s nemocí a v případě úmrtí i se smrtí jejich blízkého (dle WHO). Onemocněními, které jsou doposud nevléčitelné, a kde zdravotníci mohou přistoupit pouze k symptomatické léčbě, ale nemohou pacienta uzdravit.

Právě v oblasti spolupráce s rodinou, v oblasti sociálního začlenění vidím velký prostor pro sociální práci a pro využití prvků logoterapie sociálním pracovníkem.

Paliativní péči je možné rozčlenit do třech základních fází:

1. Primární paliativní přístup- Do této oblasti vstupují především zdravotníci, kteří poskytují péči lidem diagnózami, kde selhává kurativní léčba, nebo poskytují péči lidem s onemocněními, které jsou doposud nevléčitelné, a kde zdravotníci mohou přistoupit pouze k symptomatické léčbě. V této fázi paliativní péče je prostor vymezen spíše zdravotníkům než sociálním pracovníkům, psychologům a duchovním.
2. Specializovaná intervence- Opět se jedná o oblast primárně danou působení především zdravotníkům, ale na rozdíl od základní, primární péče se zde jedná o zdravotníky úzce specializované v jednotlivých medicínských oborech a oblastech jako např. onkologové, internisté, specialisté v oblasti léčby bolesti.
3. Paliativní péče poskytovaná specialisty v oblasti paliativní péče- V této fázi již nachází uplatnění širší skupina odborníků i mimo zdravotníky. Do této fáze vstupují sociální pracovníci, psychologové, duchovní, kteří se specializují na práci s umírajícími, dlouhodobě nemocnými s nevléčitelnými diagnózami. Tito odborníci v dané oblasti pomáhají nejen pacientovi, ale i jeho rodině a blízkým (O'Connor, 2005).

2.2 Sociální práce v paliativní péči

Jak uvádí Vorlíček, specialista na oblast paliativní péče a paliativní medicíny, práce sociálního pracovníka v paliativní péči začíná v okamžiku, kdy klient je omezen ve svém sociálním fungování a třeba obnovit v co nejvyšší míře jeho sociální fungování, začlenění a je také potřeba ovlivnit klientovo sociální prostředí a umožnit právě změnou sociálního prostředí sociální fungování klienta (Vorlíček a kol., 2004).

Sociální práci v oblasti paliativní péče lze rozdělit a chápat ve dvou rovinách. Jedná se o rovinu z pohledu vnímání samotného klienta- pacienta, jeho vnímání problémů. Druhá rovina je svázána se sociální prací v kontextu sociálního prostředí. Pro první rovinu sociální práce v paliativní péči je typické a žádoucí, že sociální pracovník pracuje v multidisciplinárním týmu, který se společně snaží, aby klient přijal svou nemoc, svou nevléčitelnou nemoc jako součást svého života. Úkolem týmu je podpora přijetí této skutečnosti a postupné vyrovnání se s ní. Přijetí nevléčitelné nemoci je pro člověka velmi obtížné, ale i tato etapa v životě je etapou života, velmi obtížnou etapou života. I umírání a smrt člověka je součástí života. Úloha sociálního pracovníka začíná jeho začleněním do multidisciplinárního týmu a následnou spoluprací s klientem- pacientem. Sociální pracovník by měl s klientem probrat jeho sociální situaci, možnosti spolupráce s rodinou s ohledem na následnou péči, popřípadě pomoci zajistit sociální služby a pomoci s podáním žádostí o finanční podporu ze systému

sociálního zabezpečení. K práci sociálního pracovníka patří komunikace a pomoc klientově rodině a blízkým (Vorlíček a kol., 2004).

Druhá, již užší rovina, je svázána s vazbami a vztahy sociální práce a společnosti. Sociální pracovníci, kteří jsou v přímém styku s nevyлéčitelně nemocnými pacienty- klienty, sociální pracovníci spolupracují v rámci multidisciplinárních týmů v rámci paliativní péče, jsou předurčení a je jim morálně dáno bránit a prosazovat legislativní změny v oblasti zlepšení sociálního fungování klientů. Součástí této užší roviny sociální práce v paliativní péči jsou i vzdělávací aktivity určené jak klientům- pacientům, tak i široké veřejnosti. Je třeba i v obecné rovině změnit přístup společnosti k paliativní péči, k procesu umírání. Společnost k této problematice přistupuje spíše liknavě a rozpačitě a pokud se lidí tato problematika nedotkne v osobní zkušenosti, snaží se ji spíše z mysli vytěsnit a nevnímat ji (snad i ze strachu) (Vorlíček a kol., 2004).

Jak uvádí Vorlíček lze vymezit a popsat určité nejčastěji používané pracovní postupy v práci sociálního pracovníka, který pracuje v oblasti paliativní péče. Základní a zároveň i nejdéle používanou metodou je případová studie. První etapu případové studie je možné charakterizovat jako přípravnou fázi. Sociální pracovník se seznamuje s anamnézou, dokumentací a to nejlépe ve spolupráci se zdravotníky, ale i ostatními odborníky. Takto získané informace je třeba reflektovat a zvolit co možná nejvhodnější formu vlastní intervence. Již v této první fázi se setkává sociální pracovník s klientem a vede s ním individuální rozhovor nejlépe za pomoci techniky aktivního naslouchání. Správná znalost dokumentace vytvoření vztahu důvěry mezi sociálním pracovníkem a klientem je základem úspěšné intervence (Vorlíček a kol., 2004).

Druhou etapu tvoří především sociální anamnéza. V individuální rovině získáváme od klienta informace ohledně jeho vnímání nemoci, ohledně jeho vztahů s blízkými. Nemoc může klientům velmi diametrálně změnit život, vztahy s okolím. Také náhled a představy klienta o budoucnosti jsou důležitým vodítkem pro sociálního pracovníka. Na základě sociálního šetření lze vymezit, zda může klient- pacient setrvat v domácí péči, nebo zda spíše volit dočasné umístění do ústavní péče. Je třeba mít stále na paměti, že přání a představy klienta jsou tím základním, čím by se měl v zájmu klienta sociální pracovník řídit. V ideálním případě je dobré konzultovat přání klienta s jeho rodinou, blízkými a snažit se o participaci rodiny na řešení celé situace. Pokud je to možné, je vhodné spojit se i komunitou klienta

(pokud se cítí být součástí komunity). U některých etnik je právě spolupráce s komunitou velmi žádoucí (Vorlíček a kol., 2004).

V rámci třetí etapy již sociální pracovník vytváří individuální plán, plán intervence. Sociální pracovník volí i předběžně zda bude třeba dlouhodobá spolupráce s klientem nebo zda se bude jednat o krátkodobou intervenci (Vorlíček a kol., 2004).

Čtvrtá fáze je především o řešení jednotlivých problémů klienta. Zde je především žádoucí aktivní spolupráce multidisciplinárního týmu. Tým je vhodné doplňovat o odborníky, jejichž potřebnost zjistíme během celého procesu intervence. Tým doplňujeme například o právníka (vypořádání majetkové situace klienta). Součástí pomoci klientovi je i nápomoc při jednáních na úřadech (Vorlíček a kol., 2004).

Poslení fáze-je v podstatě fáze evaluace vlastní intervence. Sociální pracovník vyhodnocuje do jaké míry byly naplněny přestavy klienta, do jaké míry byl splněn a naplněn individuální plán (Vorlíček a kol., 2004).

Mezi další často využívané metody sociální práce v oblasti paliativní péče patří i Rogersova terapie nebo například přístup orientovaný na úkoly. Dle mého názoru má nejbliže k paliativní a hospicové péči (viz. první části teoretické části této práce) právě logoterapie a existenciální analýza. Uvedu citaci k charakteristice logoterapie od již výše citovaného Vorlíčka: *„Z logoterapie převzala sociální práce pojetí vlastního života jako úkolu a hodnoty postoje k životním událostem, dále pak pojetí svobody jako „svobodné vůle k něčemu“ spjatou s osobní zodpovědností při rozhodování a „svobodu od něčeho“, tedy osvobození od zbytečných vázaností“* (Vorlíček a spol., 2004, s.499).

2.3 Nemocný, umírající a jeho blízcí

Každý člověk prožívá těžké situace jinak. Sdělení o nevyléčitelné nemoci, sdělení o blížící se smrti je velmi obtížnou informací nejen pro toho, koho se toto sdělení osobně týká, ale i pro jeho rodinu, jeho blízké. Každý člověk má jiné schopnosti vyrovnat se se strachem, s problémy se stresem. Stejně tak se i reakce lidí liší. Reakce na sdělení negativních, krajně negativních informací závisí mimo vlastní predispozice ke zvládnutí takových situací, také na sociální situaci člověka- jestli má fungující sociální vazby a kontakty, jestli doposud neměl problémy v otázkách sociálního fungování (Kübler Rossová, 1993).

Elizabeth Kübler- Rossová popisuje podrobně ve své knize „O smrti a umírání“ jednotlivé fáze procesu umírání. Tyto fáze ve skutečně nejsou zcela od sebe oddělené, spíše se prolínají, přicházejí s různou intenzitou nebo mohou zcela chybět (Kübler Rossová, 1993).

První fáze – šok, negace, popření- typickou větou, která je pacientem- klientem pronesena: „To je hloupost, to není možné“. Jedním z důvodů popírání negativní skutečnosti může být snaha získat čas nebo silný pocit strachu a studu. Jsou pacienti, kteří považují nemoc za něco ponižujícího, za něco co je činí „slabochoy“. Popření se projevuje také jako následné odmítnutí péče, pomoci, vyšetření, zákroků. Jediným způsobem jak v této fázi pacientovi pomoci je pokusit se navázat s ním kontakt, napojit se na něj. Velmi obtížná je práce s pacienty, kteří doposud neměli žádnou zkušenost s vážnou nemocí, nikdy nebyli vážněji nemocní a minimálně v životě potřebovali lékařskou, ale i jinou péči a pomoc druhých. (Kübler Rossová, 1993).

Druhou fázi lze popsat jako fázi agrese, vzteku, vzdoru. Nejčastěji v této fázi pacienti viní okolí, jsou plní zlosti vůči zdravým lidem. „Proč právě já, proč jsem tak zkoušen, proč ne ten druhý?“ Tato zloba není projevem špatného charakteru a zloby, ale projevuje se tak strach z neznáma či frustrace pacienta. Tento stav je pochopitelný- představme si situaci, kdy víme, že přicházíme o vše, na čem nám doposud záleželo. Zkušený sociální pracovník, zdravotník, psycholog by se neměl nad takovou zlobou pohoršovat, měl by ji chápat a pokusit se odpoutat klientovu- pacientovu pozornost jiným směrem, tzn. odreagovat pacienta.

Třetí fází je tzn. Smlouvání a vyjednávání. Tato fáze je fází velkých slibů a předsevzetí, ale také fází velké důvěry i v zázraky. V tomto stavu je pacient velmi zranitelný, lehce ovlivnitelný a manipulovatelný. Zde je na místě velká ostražitost ze strany pomáhajících profesí, aby pacienta citlivě odradili od důvěry k různým podvodným léčebným metodám. Pacient, který důvěřuje svému lékaři, sociálnímu pracovníkovi nepodlehne podvodným slibům tak lehce (Kübler Rossová, 1993).

Čtvrtá fáze je fází deprese a strachu. Strach a deprese plynou z toho, že si pacient uvědomí, o co již přišel v důsledku nemoci, ale také z uvědomění si toho o co přijde, až zemře. Tyto depresivní stavy nelze podceňovat, je nutné klientovi trpělivě naslouchat a dále budovat s klientem vztah založený na pochopení a důvěře (Kübler Rossová, 1993).

Pátá fáze je fází smíření, souhlasu a přijetí. Zde je na místě neplést si pojem smíření a souhlasu s rezignací. Rezignace je provázena zahořklostí, apatií, marností naopak smíření přináší mír, vyrovnání, pokoj duše (Kübler Rossová, 1993).

V jednotlivých fázích mají klienti- pacienti své specifické potřeby. Tyto specifické potřeby často nedokáže nemocný naplnit a uspokojit sám a potřebuje tedy pomoc druhých. Ideálně by měl o uspokojení potřeb těžce nemocného jednat a pomáhat s jejich uspokojení právě multidisciplinární tým. Zde je práce jak pro zdravotníky, tak pro psychology a v neposlední řadě sociální pracovníky. Sociální pracovníci by měli znát dobře klientovu- pacientovu sociální situaci a měli by mít tedy dobrý přehled o tom, jak základní životní potřeby klient zvládá či nezvládá.

Dle Svatošové (2003) lze potřeby těžce nemocného, nevléčitelně nemocného rozdělit do několika skupin:

Potřeby biologické-základní potřeby jako je příjem potravy, spánek, ale například vměšování. Snaha je o co nejpřirozenější uspokojování těchto potřeb (minimalizovat umělé zásahy, pokud je to možné).

Potřeby psychologické- tj. především respekt k důstojnosti člověka i nejtěžších stavech. Nedomnívat se, že pacient, který jen leží a podle nás nevnímá, nevnímá. Takový člověk potřebuje naopak velký respekt, důstojné zacházení a především s takovým pacientem komunikovat a vnímat jej jako živou a vnímající bytost, jako rovnocenného člověka.

Potřeby sociální- uspokojení sociálních potřeb je především místem pro uplatnění sociální práce v paliativní péči. Je třeba zabránit sociální izolaci klienta, udržovat zdravé vztahy s blízkými a zachovat co nejvíce prvků, které vytvářely sociální prostředí, ve kterém klient byl před svým onemocněním.

V okamžiku zjištění nevléčitelné nemoci se často prohloubí nebo projeví spirituální potřeby. Je mnoho lidí, kteří začnou mít duchovní potřeby až v době těžké nemoci, v době, kdy umírají. Spirituální potřeby se týkají myšlenek na odpuštění, na smysl dosavadního života, ale třeba i na „život po životě“. Tady lze aplikovat význam života, jak jej vnímá logoterapie- smysl života je v našem životě stále a to i v nemoci a umírání (Svatošová, 2003).

Každý člověk se během života zabývá otázkou života a smrti. Někteří lidé se bojí stále a po celý život, často si uvědomují nevrátitost každého okamžiku, do mysli se jim často vtírá myšlenka strachu z konce. Jiní lidé se trápí tím, že jejich smrtí vše skončí. Nic po nich

nezůstane, vše co bylo doposud zmizí a skončí. Zmizí ze světa oni a s nimi i vše co vytvořily (Yalom, 2008).

Umírající člověk, člověk vědomí si své blížící smrti, se často obrací sám k sobě, uvědomuje si jak žil, jakým byl člověkem, jak se choval a jednal s druhými lidmi. Během těchto rozhovorů sám se sebou se může stát, že si člověk uvědomí, že umírá právě tak jak žil. Žil – li špatně, je i umírání větším utrpením a žil – li dobře je i konec života lépe snesitelnější. V okamžiku, kdy si umírající člověk uvědomí, že nežil dobře, že se k druhým lidem choval zle, má šanci ještě něco změnit a napravit. Času již sice není tolik, ale ještě je. Právě toto procitnutí může přinést úlevu. Toto procitnutí nazývá Yalom probouzením zážitkem. Tento probouzecí zážitek nemusí provázet jen umírajícího, ale také pozůstalé. Probouzecím zážitkem může být i zármutek. Zármutek a jeho prožití nám dává možnost uvědomit si relativnost našeho života, uvědomit si relativnost našeho bytí. Ruku v ruce se zármutkem přichází i truchlení. Právě ve chvílích, kdy prožíváme truchlení, přicházejí pocity smutku nad ztrátou člověka, tak i pocity útěchy a úlevy, třeba nad koncem náročné péče o umírajícího (Yalom, 2008).

„Málo prožitý život vede k větší úzkosti ze smrti. Lidé si uvědomují věci, které neudělali a přitom mohli udělat“ (Yalom, 2008, s.86).

Smrt je osudová, strach ze smrti je přirozeností člověka. Smrt lze začlenit do podstaty lidského bytí. Žijeme-li s vědomím si své smrti, dokážeme žít hodnotněji, dokážeme si více užívat života. Řešit otázku smrti a umírání popíráním, nevede k lepšímu životu a popírání smrti poukazuje spíše na neschopnost vyrovnání se se všemi aspekty života. Bohužel toto popírání samotného umírání a smrti se prolíná celou současnou společností. Je tendencí umírající odsunout někam pryč, abychom na ně neviděli, abychom my neumírající raději nic neviděli. Umírání uklízíme za plentu do nemocnic. Dříve lidé umírali mnohem častěji doma. Už děti věděli, co je to umírání, jak vypadá smrt a člověk, který umírá. Smrt doma mezi blízkými- každý si ji přejeme, ale málo kdo se jí dočká (Yalom, 2008).

Lidé spjatí s vírou hledají útěchu v příslibu posmrtného života. I lidé, kteří během svého života na víru zapomněli, se na sklonku života k víře vrací. Víra v posmrtnost a odpuštění prostě pomáhá překonat strach ze smrti, strach z toho, co bude po smrti. Víra pomáhá i proti pocitu osamění. Osamělost je dle Yaloma možné popsat jako osamělost každodenní a existenciální. Každodenní osamělost je osamělostí mezilidskou, vzniká jako bolest při odloučení od blízkých lidí. Je to pocit poměrně častý, který jsme všichni v životě prožili.

V době těžké nemoci a umírání ale osamělost výrazně zhoršuje negativní pocity těžce nemocného, umírajícího člověka. Bohužel tuto osamělost sami často podporujeme a podporuje ji i soudobá společnost. I v samotném umírajícím člověku je společensky podporováno přesvědčení, že je lépe být stranou a v tichosti a izolaci v ústraní zemřít. My neumírající nevíme jak se k umírajícímu chovat, jak s ním hovořit, nemáme prožitou žádnou sociální zkušenost se smrtí. Ze strachu neudělat chybu, neublížit raději umírajícího ani nenavštívíme. Přitom právě osamění těžce nemocných a umírajících lidí je pro ně tím největším utrpením (Yalom,2008).

Existenciální izolace je dle Yaloma velmi patologická, hluboká. Jedná se o propast mezi člověkem a ostatními lidmi. Tato izolace se zintenzivňuje především ve stáří, kdy jsou lidé často omezeni na možnostech sociálních kontaktů. Nejbolestnější je ale, pokud člověk v této izolaci zůstane i v době, kdy umírá a nemá již sílu ani čas něco změnit, najít cestu k lidem. „*Empatie je nejmocnějším nástrojem, který máme v našem úsilí spojovat se s druhými lidmi*“ (Yalom, 2008,s.91). Člověk má danou možnost pomoci blízkému překonat existenciální izolaci druhého člověka, má možnost a schopnost spojit se s druhými lidmi, má možnost překonat strach a spojit se a prožít bolest společně s umírajícím člověkem. I pouhou přítomností a blízkostí můžeme vykonat velkou službu umírajícímu člověku, trpícímu člověku, který čelí smrti. Jen pouhá přítomnost je obrovským darem, který můžeme dát umírajícímu. Vzpomeňme si na vojáky v zákopech, kteří si v okamžiku smrti stiskli ruku a pevně ji drželi...(Yaloom,2008).

2.4 Zármutek, truchlení a pozůstalí

Thanatologii lze definovat jako vědu o smrti, umírání. Je to obor úzce spojen s medicínou ,filozofií, psychologií, sociologií, sociální prací. Málo se ale mimo proces umírání a smrti věnuje pozůstalým, truchlení, zármutku. Ale právě pozůstalí jsou často ti, kdo nesou velkou tíhu celého umírání, oni jsou často těmi, kteří doprovází umírajícího člověka až do konce. Mohou je provázet pocity jako ztráta smyslu života, zoufalství . V dnešní sekularizované době již neumíme hledat pomoc u duchovního, spoléháme spíše na rodinu, příbuzné, přátele. Tradiční zdroje sociální pomoci v postmoderní společnosti selhávají. Smrt a umírání vnímáme pouze jako něco negativního, o čem se nemluví, sociální okolí neví jak oslovit umírajícího člověka, jak s ním navázat kontakt, jak s ním komunikovat. Někdy máme až pocit strachu ze zármutku, vyjádření svých pocitů. Stane se tak tedy, že se raději lidem těžce nemocným a lidem umírajícím vyhneme, protože máme obavy ze setkání s nimi. Projevy smutku a

truchlení jsou často považovány za nežádoucí a lidé a lékaři je s oblibou řeší léky proti depresi. Jenže lidé, kteří potřebují vyplakat se, mluvit o trápení, mluvit o strachu ze smrti a umírání. Bohužel tedy často ani pracovníci pomáhajících profesí nejsou kompetentní pracovat s tématy jako je smrt, umírání, zármutek, truchlení (Kubíčková, 2001).

Na ztrátu člověka, který nám byl blízkým, reagují lidé různě. „*Člověk umírá tolikrát, kolikrát ztrácí svoje nejbližší*“ (Publilius Syrus). Přírozenou reakcí na situaci, kdy nás opustí někdo, koho jsme měli a máme rádi, je truchlení. Dle Sigmunda Freuda je truchlení: „*Reakcí na ztrátu milované osoby nebo nějakého abstraktního jsoucna, které zaujímalo její místo, jako je vlast, svoboda, ideál atd. U některých osob, u nichž proto máme podezření na určitou chorobnou dispozici, dostaví místo smutku melancholie. Spoléháme, že po určité době bude překonáno a pokládáme nějaké jeho rušení za neúčelné, ba dokonce škodlivé*“ (Freud in Kubíčková, 2001). Lze konstatovat, že jsou-li na blízku pozůstalému lidé, kteří jsou schopni a chtějí s ním sdílet truchlení, zármutek a dokáže-li truchlící přijmout jejich soucit, pomůže mu to rychleji se se situací vyrovnat a překonat obavy a strach z budoucnosti.

Truchlení je reakcí na ztrátu, procesem zpracování velké ztráty. Prožití smutku a zoufalství je normální. Truchlení není ale jen o smutku jako takovém, je to proces, který nám pomáhá oprostít se od citů, které byly navázány k osobě člověka, kterého jsme ztratili. Dokonce lze lásku k milovanému člověku, který navždy odešel, přenést na lidi, kteří nás obklopují. V době truchlení vykonáváme velmi náročnou práci, vzpomínáme, dojímejme nás city a vzpomínky. Čelíme pocitu provinění, že jsme nedokázali smrti zabránit, aby nám vzala milovaného bližního. Budujeme nový život, učíme se žít bez milovaného člověka. V závěru tohoto procesu jsme schopni přijmout skutečnost, že náš milovaný člověk už není, neexistuje a my se s ním rozloučíme (Bonett Steinová in Kubíčková, 2001).

Mylně se domníváme, že bolest a žal je slabostí, kterou je třeba léčit a potlačit nebo přehlížet. Často tak můžeme činit v dobré víře, abychom chránili naše blízké- zejména děti. Vidíme pozůstalé, kteří se až nápadně rychle se ztrátou blízkého člověka vyrovnali, dokazují to svou silou a aktivitou, nesmutní, jsou velmi racionální a realističtí a jednoznačně se hlavně nechtějí nechat smutkem (pro ně slabostí, selháním) vyvést z rovnováhy. Zakazování si smutnit, nedat průchod emocím vede často v budoucnosti k tzv. psychosomatickým symptomům. (Gorer in Kubíčková, 2001).

Proces truchlení není vždy svázán pouze se smrtí člověka, ale může nastat již dříve, v době kdy pečujeme o těžce nemocného blízkého člověka, kde očekáváme jeho úmrtí. Tento se smutek nazýváme anticipovaným zármutkem. Při náročné péči o tak nemocného člověka tento zármutek ale raději skrýváme, abychom nepřenesli na nemocného člověka neklid a znepokojení. Toto potlačování smutku ale vede k velkému vyčerpání pečujících a to jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Propadají pocitům selhání, sebeobviňování, ale i zloby nad vlastní neschopností se se situací vyrovnat (Kubíčková, 2001).

Dle Wordena může vyústit dlouhodobě neakceptovaný anticipovaný zármutek ve dva závažné problémy- k emocionálnímu odpoutání od nemocného nebo naopak k přílišnému upnutí a připoutání se. Zatímco v prvním případě se stává těžce nemocný člověk břemenem pro pečující, v druhém případě jsou pečující stále a bez odpočinku u umírajícího, podezřívají lékaře z nedostatečné léčby a vyhledávají alternativy klasické medicíny. Snaží se tak dopředu eliminovat možné pozdější pocity viny (Worden in Kubíčková, 2001).

Proces truchlení lze rozdělit do několika fází:

1. Otupělost. Tato fáze přichází ihned po ztrátě blízkého člověka. Pozůstalý se chová zautomatizovaně, otupěle. Tato fáze je vlastně okamžitou reakcí na šok, a alespoň na krátkou dobu pozůstalé chrání před smutnou skutečností, která se stala.
2. Hledání a toužení. Tato fáze je charakteristická touhou po návratu zemřelého člověka. V této fázi se může projevit hněv, nad tím, že jsme zůstali sami, že nás blízký člověk opustil
3. Dezorganizace. V této fázi mají pozůstalí pocit, že se zbořil celý svět. Vše se hroučí a padá. Mají problémy normálně fungovat a selhávají i dříve běžných činnostech.
4. Reintegrace. V této fázi se pozůstalým začíná dařit opět žít, tak jak žili dříve. Jsou znovu schopni mít pod kontrolou svůj vlastní život. (Brown, Pullen, Scott in Kubíčková, 2001).

Kubíčková se přiklání spíše k rozdělení procesu truchlení na tři stadia, která jsou jak uvádí pozorovatelná u většiny truchlících. Je to stadium konfuze, exprese a akceptace. Stadium konfuze nastává po smrti blízkého člověka. V této chvíli je zbytečné pozůstalým vyjadřovat soustrast, neumí ji ještě přijmout, spíše je toto předčasné vyjádření ještě více rozladí. Pozůstalí v této fázi ještě úmrtí nepřijali, ztrátu sami v sobě popírají (Haškovcová, 2010).

Do života pozůstalých vnesla ztráta člověka zmatek, chaos, mnoho změn. Nic není a nebude stejně tak jako dřív. Život postrádá řád a logiku. Teprve až pozůstalí uznají smrt jako skutečnost, a to většinou až v době pohřbu, kdy vidí zemřelého, jak je pochován. Někteří truchlící potřebují více času, aby pochopili, že se jim zesnulý již nevrátí, neobjeví se na jednou zpět. Pozůstalí, kteří přišli o blízkého člověka náhle a nečekaně, potřebují delší čas, aby překonali stadium konfuze- nebyly na nové role postupně připraveni, jako ti, kteří o blízkosti smrti věděli a o umírajícího delší dobu pečovali (Kubičková, 2001).

Stadium exprese je stadiem hledání odpovědi na otázku proč? Hledání odpovědi pomáhá člověku poradit si se zármutkem. Teprve v této fázi je čas na vyjádření soustrasti, kondolence. Je důležité (hlavně v pomáhajících profesích) nechat truchlícího sdělit a vyjádřit svou bolest, žal a zármutek. Především právě lékaři, psychoterapeuti, sociální pracovníci se musí vyvarovat zlehčování, devaluaci celé situace. Použití rčení jako: „Musíš se s tím vyrovnat co nejdřív, už kvůli dětem“; „Nepodléhej tomu a dej se dohromady“ může truchlícímu člověku velmi ublížit. Hrozí, že se uzavře svému okolí, začne odmítat veškeré sociální kontakty a dostane se postupně do izolace. Pro toto období je typické přehodnocování vztahů k zemřelému, k sobě a okolí. Fáze exprese trvá většinou rok a více. Je třeba prožít výročí, svátky, rituály bez člověka, který navždy odešel a prožít znovu bolest a zármutek (Kubičková, 2001).

Vzpomínám si na příběh maminky, které krátce po porodu zemřelo dítě. Dnes už má další děti, ale netají před nimi, že měly sourozence, který jako maličký zemřel. Každý rok v den úmrtí chodí všichni vypustit směrem k nebi balónky a na nich jsou pozdravy do nebe pro brášku. Maminka s tátou to vždy obrečí a svůj pláč a emoce vysvětlí dětem. Proč tomu tak je, a že je to tak v pořádku dát své city najevo.

Třetím stadiem je stadium akceptace. Již z názvu vyplývá, že se jedná o čas, kdy pozůstalí akceptují skutečnost a akceptují skutečnost reality. Toto stadium by mělo následovat až po skutečně prožitém žalu, truchlení. Pokud by se pozůstalý nedostal do stadia akceptace, může se stát, že bude po celý další život bude ovlivněn pocity vůči zemřelému. Nebude potom žít svůj život, nebude myslet na sebe, ale z blízkého zemřelého člověka vytvoří ve své mysli jakýsi pomyslný pomník, který se mu stane svatyní (Kranzová in Kubičková, 2001). Cílem a výsledkem stadia akceptace je vybudování si nového života nezávislého na zemřelém člověku. Pozůstalí jsou již schopni bez výčitek navázat nové vztahy. Tento proces netrvá pár měsíců, trvá několik let (Kubičková, 2001).

Na průběh procesu truchlení má vliv mnoho okolností. Nejčastěji se jedná o tzv. determinanty zármutku. Tyto determinanty lze rozdělit na determinanty ve vztahu k zesnulému (příbuzenský poměr, věk zemřelého, vztah, okolnosti smrti) a na determinanty ve vztahu k truchlícímu (pohlaví, věk pozůstalého, osobnost pozůstalého a jeho možná zkušenost s truchlením dřívější doby, náboženství, sociokulturní faktory, rodinné vztahy, sociální podpora, stres) (Kubíčková, 2001).

2.5 Nekomplikované truchlení

Truchlení lze také rozdělit na nekomplikované a komplikované truchlení. Nekomplikované truchlení- symptomatologie normálního zármutku. Každý, kdo v rámci své profese pracuje s pozůstalými, a to především v poradenství nebo v terapii, měl by se se symptomatologií zármutku seznámit. Teprve po pochopení této problematiky lze z pozice pomáhajícího profesionála rozlišit mezi komplikovaným a nekomplikovaným truchlením, lze rozlišit běžné, normální reakce od reakcí patologických (Kubíčková, 2001).

Projevy truchlení v emocionální dimenzi. Mezi tyto projevy patří smutek, žal, hoře, zármutek, sklíčenost, šok, touha, strach, hněv. Dle Parkese jsou mezi těmito projevy truchlení rozdíly. Smutek je cit uvnitř člověka, působí směrem dovnitř. Naopak žal je citem směrem z člověka ven. Žal je proto často doprovázen pláčem a nářkem (Parkes in Kubíčková, 2001).

Zármutek charakterizuje výstižně Křivohlavý ve své knize „*Křesťanská péče o nemocné*“ jako „*poměrně dlouhodobí emocionální stav zármutku a duševního trápení*“ (Křivohlavý, 1991, s. 96-97).

Sklíčenost je sestrou smutku, ve stavu sklíčenosti člověk není schopen radovat se, být silný a čelit problémům (Křivohlavý, 1991).

Strachem Worden rozumí uvědomění si pozůstalých možnou realitu vlastní smrti a v budoucnu její neodvratitelnost a také strach ze života bez zesulé milované a blízké osoby (Worden in Kubíčková, 2001).

Hněv je podle Nakonečného reakcí na frustraci, která je spojena se ztrátou blízkého. Důvodem frustrace je bezmoc nad nezměnitelností osudu, nad nemožností zvrátit co se stalo. Je důležité, aby terapeut včas hněv identifikoval. Může se stát, že se hněv truchlících přesune oproti někomu jinému. Je to určitá forma obraného mechanismu člověka. Pozůstalí se zlobí na

zemřelého, že si dovolil zemřít, zlobí se na lékaře, sestry, že se nedokázali jejich blízkému pomoci a že pro pomoc udělali málo. Ve své podstatě se jedná o hledání“Černého Petra“, tedy osoby, na kterou svalit vinu, kterou označit a potrestat. Hněv se může změnit i v nebezpečnou agresi, která je již ohrožující, a to jak pozůstalé, tak označeného viníka (Nakonečný in Kubíčková, 2001).

Typickým stavem, který prožívá každý truchlící je stav osamění. Pocit osamění provází pozůstalé i pokud truchlí společně. Osamění mohou pociťovat trvale a nebo jen občas, přechodně. Truchlící člověk se může cítit velmi osaměle i obklopen davem lidí, kteří však pro něj nemají žádný význam a nebo nechce aby pro něj měli nějaký význam (Weinert in Kubíčková, 2001).

Pokud umírajícího člověka sužovala dlouhá a bolestná nemoc a jeho blízcí se o něj dlouho a intenzivně starali, mohou se u nich dostavit pocity úlevy a ulehčení. Úleva přichází proto, že se pozůstalí ujišťují, že smrt byla pro trpícího vysvobozením od trápení a bolesti, a že si budou moci odpočinout po těžké a náročné práci pečujících (Wolfová in Kubíčková, 2001).

Přirozeným obranným mechanismem bývá otupělost, apatie. Dle Wordena je to ochranná reakce organismu pře velkým množstvím událostí, změn a zmatku, plynoucích ze ztráty milované osoby (Worden in Kubíčková, 2001).

Zármutek se projevuje i na tělesné úrovni. Jsou to somatické, tělesné projevy truchlení. Tělesný diskomfort bývá důvodem k návštěvě lékaře nebo psychoterapeuta a prvním krokem k navázání kontaktu mezi truchlícím a terapeutem bývá právě svěřením se s těmito problémy. Osvícený terapeut a hlavně lékař by neměl tento okamžik promarnit a neměl by pouze napsat farmaka na potlačení těchto problémů. Promarnění může nastat i kvůli zaneprázdněnosti lékaře a kvůli nerozpoznání psychologického důvodu těchto obtíží.

Mezi tělesné, somatické projevy truchlení patří třes, pocit svírání v hrdle, únava, přecitlivělost, svírání u srdce, přecitlivělost, poruchy příjmu potravy, nespavost a také například poruchy imunity, které mohou zapříčinit infekce neznámé etiologie, ale i například onkologické onemocnění (Kubíčková, 2001).

K projevům zármutku patří i změny na úrovni kognitivních funkcí- na úrovni změn v myšlení a chování. Truchlící propadají depresivním myšlenkám jako například: „Můj život už nemá smysl; měl jsem zemřít také“. Mohou být zmatení a dezorientovaní. Myšlení je chaotické a zmatené. Ztrácejí pojem o času, přítomnosti, minulosti a ztrácí se v prostoru. I po dlouhé době od smrti blízkého člověka jej stále reálně vidí. Promlouvá k nim, radí jim a doprovází je a

dokonce si vzájemně s pozůstalým povídají a vzájemně si odpovídají. Jedná se o halucinatorní epizody, které paradoxně truchlícím pomáhají. Jak tvrdí Worden: „*Pocit přítomnosti zemřelého je kognitivním doplňkem touhy. Truchlíci věří, že je zesnulý přítomen v určité časové a prostorové dimenzi. Obzvláště silný je tento pocit bezprostředně po úmrtí*“ (Worden in Kubíčková, 2001, s. 136).

Změnám v chování pozůstalých se věnuje ve své studii Lindemann. Snažil se dokázat, že chování pozůstalých vykazuje stejné znaky a že má truchlení daný scénář (Lindemann in Kubíčková, 2001). Jsou popsány typy chování, které jsou typické pro pozůstalé, kteří prochází procesem truchlení: změna stravování, změny v sexuálním životě, rezignace na sociální kontakty, vyhýbání se vzpomínkám, vyhledávání míst spojených s osobou zemřelého, sny o zemřelém, vzdychání, hledání, pláč, únikové reakce (Kubíčková, 2001).

Z pohledu sociálního pracovníka se zaměřím na únikové reakce a rezignaci na sociální kontakty. Truchlíci rezignují a vyhýbají se okolním lidem ze strachu před vyjadřováním soustrasti. Jsou to pro ně obzvlášť v první fázi truchlení velmi nepříjemné a bolestné reakce okolí (Lindemann in Kubíčková, 2001). Truchlíci mohou být také pro okolí zdrojem nepokoje, protože jsou špatně pochopeny a špatně vnímány projevy jejich zármutku. Mohou vyvolávat v ostatních lidech pocity tísně, strachu, nejistoty. Lidé se také bojí, že truchlíci jim připomene skutečnost pomíjivosti i jejich života. Navíc je dobrým zvykem dnešní společnosti smutnění potlačovat a tabuizovat. Je tedy nevhodné o smutku mluvit a projevovat ho. Je tedy nevhodné pro postmoderního člověka truchlit a trápit se, nejlépe je dělat jako by se nic nestalo. Jenže to tak jednoduše není možné, tak okolí jedná ve vztahu k pozůstalému velmi neohrabaně a pošetile (Weinert in Kubíčková, 2001).

Únikovými reakcemi lze chápat nadměrné užívání alkoholu, drog, ale také uchýlení se k náboženskému fanatismu, mystice. Určitým způsobem úniku je i útěk do nemoci, která před okolím legitimizuje neschopnost naplnit sociální roli. Pokud je pozůstalý nemocný, je zproštěn od plnění svých povinností a závazků, které mu přináší běžný život. Nejnebezpečnější únikovou reakcí jsou sebevražedné myšlenky. Stává se, že pozůstalý uvažují o sebevraždě a to především v době akutního zármutku. Naštěstí jsou to většinou jen myšlenky na sebevraždu. Jen zřídka se truchlíci člověk odhodlá k vykonání sebevražedného pokusu. Společným jmenovatelem pro únikové reakce je, že přinesou dočasnou úlevu, ale problém neřeší. Jsou velmi rizikové a rozpoznat ba je měl jak lékař, tak sociální pracovník,

protože mohou vést k rozvoji patologických závislostí. Pracovníci pomáhajících profesí by měli umět rozlišit normální smutek a smutek, který se stává nemocí (Kubíčková, 2001).

2.6 Komplikované truchlení

Jsou lidé, jejichž reakce na ztrátu milované osoby jsou abnormální. V literatuře je tento stav nazýván patologickým zármutkem. Odpovědět na otázku, proč se někoho po smrti blízkého člověka rozvine patologický zármutek a u někoho ne, lze odpovědět popisem některých faktorů, které o celém průběhu resp. O komplikovanosti, či nekomplikovanosti rozhodují (Kubíčková, 2001).

Dle Wordena lze rozlišit tyto faktory: Faktor vztahu, faktory podmíněné okolnostmi úmrtí, anamnestické faktory, osobnostní faktory, sociální faktory (Worden in Kubíčková, 2001).

Faktor vztahu. Nejčastěji vedou ke komplikovanému truchlení velmi ambivalentní, narcistické vztahy a vztahy, kde hraje velkou roli závislost. Narcistický vztah je takový, kde zesnulý člověk představoval pokračování vlastního ega, vlastního já. Následně, když úmrtí rozdělí takový vztah, dochází k popírání reality, k popíráním ztráty a akceptace ztráty. Kdyby pozůstali přijal a akceptoval ztrátu, ztratil by část svého vlastního já (Freud in Kubíčková, 2001). Pokud se jednalo o vztah ambivalentní komplikuje proces truchlení velká míra zloby vůči zemřelému a pocity viny.

Faktory podmíněné okolnostmi úmrtí. Některé okolnosti úmrtí jsou velmi zvláštní a specifické. Za specifickou okolnost lze považovat například nejisté úmrtí, kde nemohla být ověřena skutečnost, že ke smrti pravdu došlo. Pro příklad lze uvést úmrtí dle válce, při živelné katastrofě (Křivohlavý in Kubíčková, 2001).

Osobnostní faktory. Jedná se o rysy osobnosti, o míru zvládnání stresu a frustrace spojené se ztrátou milovaného člověka. Především pozůstaly s diagnostikovanou poruchou osobnosti jsou ohroženi komplikovaným průběhem truchlení (Kubíčková, 2001).

Sociální faktory. Lazane popisuje tři sociální dimenze, které mohou být příčinou komplikovaného procesu truchlení. Jedná se o tabulaci- úmrtí se považuje za něco o čem se nesmí mluvit, stává se to například u sebevražd. Pozůstali se obávají společně vzpomínat na zesnulého, který si sám vzal život, ale to blokuje odžití zármutku a i po dlouhé roky mohou v sobě nést velké trauma. Druhou sociální dimenzí je sociální negování ztráty. Pozůstali

jednají a chovají se jako by k žádnému úmrtí nedošlo, jako by se nic nestalo. Jako příklad lze uvést například porod mrtvého dítěte. Třetí sociální dimenzí zodpovědnou za komplikovaný průběh truchlení je absence podpůrného sociálního aparátu- systému sociální pomoci a podpory (Lazare in Kubíčková, 2001).

Absence truchlení- jedná se o specifický průběh komplikovaného truchlení. Jednou z příčin absence truchlení je psychologická ochrana pozůstalých. Jsou-li tak silně ztrátou blízkého člověka zasaženi, nejsou schopni prožívat zármutek, necítí bolest, jsou otupělí a ochrnutí. Absence truchlení je chrání před kolapsem a zhroucením. V těchto případech je vyrovnání se se zármutkem velmi dlouhodobou záležitostí (Grün in Kubíčková, 2001).

2.7 Terapie pozůstalých

Rozlišujeme mezi poradenstvím pro pozůstalé a terapií pro pozůstalé. Poradenství je vhodné spíše jako podpora pozůstalých, kteří prožili ztrátu blízké osoby v nedávné době. Terapii volíme v situacích, kdy je proces truchlení komplikovaný, vykazuje patologické rysy a trvá příliš dlouho. „*Cílem terapie pozůstalých je identifikování a odstranění konfliktů, které vznikly v důsledku ztráty blízkého člověka a brání realizaci truchlení*“ (Kubíčková, 2001, s. 166).

Existuje řada přístupů, které je možné využít v pomoci a terapii pozůstalých. Dle Ramseye lze komparovat stavy, kdy pozůstalí odmítají truchlení a stavy fobickou úzkostí. Využívá v terapii terapii tzv. zahlcením, která spočívá v tom, že se pozůstalí dotýkají osobních věcí zemřelého, sledují jeho oblíbené filmy, pročítají jeho dopisy, poslouchají hudbu, kterou měl rád (Ramsey in Kubíčková, 2001).

Naopak Gauthier namísto terapie zahlcením doporučuje tzv. systematickou desenzibilizaci. Zde jsou pozůstalí vystaveni bolestným podnětům pomalu a postupně. Pro některé truchlící je tato terapie více přijatelná. Gauthier tuto terapii nazývá také regulovaným *truchlením* (Gauthier in Kubíčková, 2001).

Oba přístupy-terapie zahlcením a terapie systematickou desenzibilizací nacházejí uplatnění u pozůstalých, kteří se vyhýbají zármutku, ale neřeší situaci, kdy pozůstalí propadají stavům chronického, nepřiměřeně dlouhého truchlení. Není tedy problém v začátku truchlení, ale v jeho ukončení. Jak uvádí Parkes je těžké v takových situacích najít vhodnou terapii a do značné míry úspěšnost terapie závisí na sociálním prostředí, na jeho pomoci a podpoře. Parkes doporučuje stanovit pro dlouhodobě truchlící pozůstalé cíle, kterých mohou dosáhnout

jen při obnovení sebedůvěry a při úspěšném nalezení nového smyslu života (Parkes in Kubíčková, 2001).

Svou významnou roli v terapii patologicky probíhajících truchlení má logoterapie. Volba správné terapie závisí na zohlednění potřeb a možnostech pozůstalých, na časových možnostech a také na schopnostech, zkušenostech a možnostech terapeuta (Kubíčková, 2001).

Úspěšnost pomoci a terapie s pozůstalými závisí i na znalosti základních principů terapie pozůstalých. Tyto základní principy popsal Worden a Volkan. Prvním principem je ujištění se, zda truchlící netrpí tělesnou nemocí. Druhým principem je uzavření smlouvy. Zde se jedná o uzavření dohody o budoucí spolupráci, kde se stanoví pravidla a zásady, které jsou závazné jak pro terapeuta, tak pro truchlícího klienta. V této dohodě je stanoveno, že bude explorován vztah pozůstalých k zemřelému a samozřejmostí je i vysvětlení terapeuta, proč je to důležité. Třetím principem je oživení vzpomínek na zemřelého. Jedná se o oživení především pozitivních vzpomínek, připomenou to, co bylo na zemřelém pozitivní. Vznikne tak základní portfolio pozitivních vzpomínek, které později pomohou čelit negativním emocím, Pokud pozůstalý disponuje jen negativními vzpomínkami, je důležité pokusit se najít a oživit alespoň střípky pozitivního. Čtvrtým principem je posouzení, která ze čtyř úloh truchlení nebyla naplněna (první úloha-přijmutí ztráty, druhá úloha-prožití zármutku, třetí úloha- adaptace ve světě bez zemřelého, čtvrtá úloha-citové odpoutání se od zemřelého a schopnost navazovat nové vztahy). Pátým principem nazýváme práci s emocemi, které vyvolávají vzpomínky na zemřelou blízkou osobu. Šestým principem je explorační práce s asociačními předměty a zmenšení jejich významu pro pozůstalého. Sedmým principem je dovést truchlícího ke konečnému rozloučení se zesnulým (Worden in Kubíčková, 2001).

K problematice pomáhajících profesí spojených s pomocí pozůstalým lze uvést tato fakta. Poradenství pro pozůstalé mohou poskytovat dobrovolníci, ale i osoby zcela neznalé problematiky, ale se schopností empatie a citu pro druhé lidi. Naopak terapie je vložena do rukou kompetentních osob, které prošly speciálními výcviky v této oblasti. Terapii s pozůstalými mohou tedy poskytovat lékaři- psychiatři, psychoterapeuti, sociální pracovníci. Sociální pracovníci jsou rovnocennými členy pomáhajícího týmu. Je žádoucí, aby sociální pracovníci byli školeni ve speciálních vzdělávacích programech zaměřených na pomoc pozůstalým. Sociální pracovníci nacházejí uplatnění v práci s komunitou, s jednotlivcem nebo s rodinou především jako koterapeuti.

Praktická část

3 Teorie výzkumu

3. 1 Cíle výzkumu, strategie výzkumu, metody výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak lze využít logoterapii a existenciální analýzu v sociální práci, a to především v paliativní péči. Výzkum jsem zaměřila na možnosti, které nabízí logoterapie a existenciální analýza v péči o umírající, těžce nemocné, ale také na možnosti, které nabízí logoterapie a existenciální analýza v sociální práci s pozůstalými. Zjišťovala jsem také, do jaké míry může a má kompetence sociální pracovník využívat prvky logoterapie, a kde jsou jeho limity. Snažila jsem se najít odpověď na otázku, kde je možné hledat útěchu, jaké emoce prožívají pečující, pozůstalí a těžce nemocní, jaký nacházejí smysl v těchto těžkých chvílích.

Využila jsem kvalitativní výzkum s využitím rozhovoru, jako hlavního nástroje výzkumu. Dotazovala jsem se lidí, kteří pečovali o umírající blízkou osobu, a to buď sami, nebo s pomocí organizací, které poskytují hospicové služby a pečovatelské služby především Oblastní charita Pardubice, Sociální služby města Pardubic, Kamilka s.r.o. a lidí, kteří onemocněli těžkou nemocí a byli ochotni se se mnou podělit o své zkušenosti. Rodiny a respondenty, se kterými jsem vedla rozhovory, jsem vybírala především mezi klienty poradny Národní rady osob se zdravotním postižením, kde pracuji jako sociální pracovník poradce, a mezi lidmi ve svém okolí, kteří byli ochotni se mnou vést rozhovor o umírání, nemoci, bolesti, utrpení, ale i o útěše, naději a smyslu konce života. Rozhovory jsem písemně zaznamenávala a následně přepsala. Výzkum probíhal v průběhu celého roku 2016, protože bylo náročné získat respondenty, kteří byli ochotni hovořit o této intimní a citlivé problematice. V rozhovorech jsem položila tyto otázky: Jaké emoce a pocity Vás provázely v době, kdy jste se dozvěděl (a) o těžké a nevléčitelné nemoci sebe nebo blízkého člověka? Nalezl (a) jste a vnímal (a) jste nějaký konkrétní smysl vašeho života v této těžké době? Bylo něco, co Vám přineslo útěchu a smíření se s celou situací?

Často jsem řešila otázku etiky výzkumu, do jaké míry se smím ptát, kde jsou hranice, které jako sociální pracovník nemám překročit. Nejtěžší byl první kontakt s respondenty. Velmi citlivě jsem se začínala dotazovat a snažila se vytvořit vztah důvěry a otevřenosti. Respondenti často část doby, po kterou jsme s nimi vedla rozhovor, plakali a já jsem řešila

dilema, zda mám právo otevírat pro ně bolestná a citlivá témata. Postupně jsem ale došla k přesvědčení, že emoce, které tak silně vyjadřovali, jsou pro ně úlevou, že potřebují tyto emoce vyjádřit a sdílet. Tímto zjištěním jsem sama v sobě toto etické dilema vyřešila. Stále jsem ale měla na paměti, abych k respondentům přistupovala citlivě a empaticky.

Vyhodnocení kvalitativního výzkumu jsem provedla rozborem jednotlivých rozhovorů. Ve vlastním výzkumu jsem se zaměřila na hledání prvků logoterapie, které využívali sami těžce nemocní, jejich pečující, pozůstalí a na hledání možností jak by mohl využít logoterapii sociální pracovník, kdyby byl účasten jako člen týmu paliativní péče u respondentů. Dále jsem hledala situace a skutečnosti, které přinášejí lidem, kteří jsou těžce nemocní a jejich blízkým útěchu. Rozebírala jsem postupně jednotlivé rozhovory a hledala v nich výše uvedené skutečnosti. Pro zachování autentičnosti jsem prováděla rozbor každého rozhovoru samostatně, tento způsob se mi zdál nejvhodnější pro zachycení a popsání skutečností, pro zachycení subjektivních pocitů a emocí respondentů, pro popis a přiblížení celé situace. Jedná se o neobvyklý způsob vyhodnocení kvalitativního výzkumu, ale dle mého názoru je pro tento konkrétní výzkum nejvhodnějším a nejlépe popisujícím a zachycujícím sledované jevy. Při hledání možností útěchy jsem vyhodnotila z rozhovorů, co přináší jak těžce nemocným, tak jejich pečujícím a pozůstalým útěchu. Výsledky výzkumu jsem doplnila o citace z rozhovorů, které doplňují danou problematiku.

4 Vlastní výzkum

Ve vlastním výzkumu jsem se věnovala v první části hledání prvků logoterapie, které využívali sami těžce nemocní, jejich pečující a pozůstalí. Ve druhé části jsem hledala možnosti intervence sociálního pracovníka, který má logoterapeutické znalosti, a který by byl účasten jako člen týmu v rámci paliativní péče. Ve třetí části jsem hledala, co přináší těžce nemocným, pečujícím a pozůstalým útěchu.

4.1 První část vlastního výzkumu.

V první části vlastního výzkumu jsem se věnovala hledání prvků logoterapie, které využívali sami těžce nemocní, jejich pečující a pozůstalí.

Například v rozhovoru č. 1, kde jsem hovořila se ženou, které zemřelo krátce po porodu dítě a ona věděla o těžkém a se životem neslučitelným onemocněním již v průběhu těhotenství. Nalezla jsem jednu ze základních myšlenek logoterapie a existenciální analýzy. Je to myšlenka hledání smyslu života v každé, i sebetěžší situaci. Tato žena uvedla: *„Řekla jsem si, to maličké budu do poslední chvíle chránit a to mi stalo smyslem na dalších několik týdnů našeho společného života.“* Tato žena našla smysl života v tom, že dala dítěti alespoň ten čas, který mu byl vyměřen. Nechtěla těhotenství přerušit, chtěla mu dát alespoň v době jemu vymezené klid a lásku a pocit blízkosti. Alespoň ten krátký čas po dobu těhotenství prožilo nenarozené dítě v klidu a bezpečí, maminka mu dala vše, co mu dát mohla. To jí také přineslo útěchu. Útěcha je také významným pojmem logoterapie a existenciální analýzy (otázkou útěchy se zabývá především E. Lukasová v knize *„I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi“*).

V rozhovoru č. 2 se opět rodině podařilo v těžké životní situaci najít útěchu v naplnění smyslu života. Jak uvádí Lukasová (1998) je předním úkolem logoterapie poskytnout útěchu a útěchu lze hledat v nalezení smyslu života. Rodina měla velké obavy o to, jak se maminka vyrovná s upoutáním na lůžko, jak se vyrovná s těžkou nemocí. Maminka se s celou situací vyrovnala dobře. Podle její dcery to bylo také proto, že již byla věku, kdy již velmi staří lidé v podstatě příchod konce očekávají. Pro maminku by bylo mnohem horší smířit se se samotou a opuštěním. Rodina dcery ji ale poskytla i na poslední roky života smysluplný život v obklopení blízké rodiny. Smysl života nelezla jak maminka, tak rodina ve společně

strávených chvílích, na které v době, kdy ještě maminka žila aktivním životem, nebylo tolik času. Aniž by rodina měla jakékoliv povědomí o logoterapii, hledala a našla útěchu v nalezení smyslu života i v čase, který člověku zbývá v těžké nemoci, do konce života. Dokládám citací respondentů: *„Zbytečně jsme se báli. Je to zvláštní, ale bylo to nakonec krásných pět let. Nikdy jsme s maminkou neměli na sebe tolik času, nikdy jsme si tak krásně nepovídali. Četli jsme společně knihy, luštili křížovky. Maminku jsem dřív nevidala tak často a navíc maminka měla spoustu zájmů a čas jsme na sebe neměli. V době kdy byla maminka nemocná, společně strávený krásný čas se stal naším smyslem života.“*

V rozhovoru č. 3 byl veden rozhovor s vnučkou dvou velmi starých lidí, kteří byli i v tomto pozdním věku ve velmi dobrém psychickém stavu, neměli žádné známky ani počínající demence. Dědečkovi po úrazu kyčle byla diagnostikována rakovina s metastázami ve velmi pokročilém stadiu. Dcera těchto dvou starých lidí rozhodla, že se nedozvědí o diagnóze- ani její nemocný otec, ani jeho manželka. Vnučka s tím nesouhlasila, ale respektovala přání své matky. Tím, že se nemocný, umírající člověk nedozvěděl nikdy pravdu o své diagnóze, byla celá rodina vystavena velkému psychickému tlaku, protože museli svému blízkému člověku neustále neříkat pravdu, báli se podřeknutí, neustále pochybovali o správnosti svého rozhodnutí. Celá situace byla o to složitější, že jak nemocný dědeček, tak jeho žena, měli podezření, že se děje něco, o čem neví. Místo, aby rodina věnovala čas doprovázení těžce nemocného blízkého člověka, řešila rodina dilema, zda má, či nemá sdělit pravdu o zdravotním stavu. Ještě těžší situace nastala, když nemocný dědeček zemřel. Jeho žena se dozvěděla, že všichni ostatní věděli o diagnóze jejího manžela, jen ona ne. Vzali jí tak možnost se na odchod manžela připravit. O stejnou možnost připravit se na odchod, urovnat si osobní život a vztahy, připravili i těžce nemocného dědečka. Velmi bolestná byla i celá situace pro blízké, a to je patrné i z jejich vzpomínek: *„Děda se mě stále ptal, proč je mu stále hůř, když zlomenina je zhojená, a já si musela vymýšlet klišé jako „to bude lepší“ apod. Bohužel, to že děda o blížící se smrti nevěděl, nedokázal se se svým stavem smířit a najít klid. Nemohl si ani uspořádat svůj osobní život, rozloučit se. O tu samou možnost přišla i babička- neměla možnost ho doprovázet, neměla možnost se s manželem rozloučit a dodnes to utajení pravdy dětem neodpustila a zazlívá jim to.“*

V rozhovoru č. 4 jsem hovořila se čtyřicetiletou dcerou, která dlouhodobě pečuje o maminku, která obtížně komunikuje a je upoutaná na lůžko. Jak jsem pochopila z rozhovoru, maminka

jen velmi těžce snáší jakékoli změny ve svém okolí. Dcera, v dobrém úmyslu, aby maminku uchránila rozrušení, nesdělila mamince informaci o smrtelném onemocnění jejího manžela a odvezla ho do lázní, kde také po třech měsících zemřel. Cituji respondentku: *„První co mě napadlo, bylo to, že jsem ani tak nemyslela na tátu, ale na maminku, jak se s tím vyrovná. V dobré vůli jsem ji o tom neřekla. Táta také nechtěl, abych o tom před mamkou mluvila. Třeba bychom to později zvládli mamince říct, ale táta odešel tak strašně rychle.“* Dcera si bohužel až pozdě uvědomila, že připravila nejen maminku o možnost rozloučení se se svým manželem, ale že se i sama sebe připravila o možnost rozloučení se se svým tatínkem. Dle její výpovědi: *„se s diagnózou nikdy nesmířil. Byl rozzlobený na celý svět, na všechny. Konečně si chtěl užít důchodu a takhle to dopadlo. Nechtěl s nikým mluvit, odmítal léky na bolest a jen sám trpěl. To bylo pro mě nejhorší.“* K přijetí nemoci a k přijetí skutečnosti, že tatínek umírá, došlo až téměř v závěru jeho života. Jak dceři, tak jejímu otci to velmi pomohlo a pomohlo to i dceři v budoucnu, protože se dokázala lépe vyrovnat s odchodem tatínka a dokázala tak také snáze projít procesem truchlení. Cituji: *„Až úplně nakonec, když už pochopil, že je to tak a že se s tím nedá nic dělat, přišel sám, donesl staré fotky a společně jsme se si prošli zpět život. Bylo to hrozně fajn. Dali jsme si i přes zákaz dobré víno a prolistovali život. Chvillemi nám bylo moc do pláče. Pochopili jsme, že jsme prožili i přes všechny trápení a zkoušky osudu, krásný společný život, který stál zato. Myslím, že táta tu nemoc v poslední chvíli přijal a ulevilo se mu.“* Toto vrácení se k předchozímu životu, jeho bilancování a promítnutí si všeho co bylo nazývá Křivohlavý (2010) filmem života a má velký význam u klientů v terminálním stádiu onemocnění. Bohužel ale manželka umírajícího muže s ním v těchto chvílích neměla možnost mít. Neměla možnost s ním prožít ve vzpomínkách společný život a neměla ani možnost s ním prožít jeho smíření se se skutečností, že umírá. Proto také u ní truchlení a vyrovnání se s odchodem manžela je velmi komplikované. Dcera našla smysl života po smrti tatínka v péči o maminku, ale maminka jen trpí a přežívá, ztratila smysl života, necítí se pro nikoho potřebná.

V rozhovoru č. 5 jsem hovořila s maminkou syna, který se narodil předčasně a jeho vývoj je opožděný. Po narození postiženého syna od ní odešel manžel, protože se s celou situací nedokázal vyrovnat. Žena pečuje o syna sama s využitím služeb sociální péče.

Maminka dokázala i v této nelehké situaci vnímat TO pozitivní. Nevnímá jen negativní aspekty, ale hledá v celé situaci mnoho pozitivního. Dokázala se zadaptovat a přijmout celou

skutečnost. Vzepřela se osudu a dopředu vyčleněným diagnózám. Péče o syna se jí stala v dané chvíli smyslem života. Dokázala skutečností čelit, ne rezignovat a uzavřít se ve svém trápení. Cituji: „*Někdy mě napadlo, že snad ani nemohu dál žít, přemýšlela jsem i o tom, že skončím život. Pak jsem si ale řekla, že můj život má velkou cenu, ne pro mě, ale pro mého syna. Bude potřebovat mou péči víc než jiné děti a jediný, kdo se o něj postará, jsem já. Tahle myšlenka mi dala velkou sílu a smysl pro můj život.*“. Manžel se s celou situací nedokázal vyrovnat. Syn nenaplnil jeho představy a tak jej nepřijal. Uzavřel se v sobě, viní druhé lidi za celou situaci. Nedokázal najít nic pozitivního, co by mu pomohlo najít v této situaci alespoň nějaký smysl života. Propadl depresi a nedokázal najít cestu ven. Celý život byl zaměřen na výkon, dokonalost a úspěch. Jeho postižený syn ale do jeho života nezapadl. Propadl zklamání a zoufalství. Maminka postiženého syna popisuje situaci takto: „*Manžel se s tím nevyrovnal. Zbaběle od nás utekl. Jednou se byl na JIP podívat a udělalo se mu zle. Synovi je skoro rok a manžel ho ještě neviděl. Peníze posílá, ale vše dává za vinu mě, všechno vidí jen negativně. Já jsem ráda za každý den s malým, za každý pokrok, on ale, jakmile všechno není podle daných představ, utíká od toho pryč. Je to slaboch a zradil nás. Já jsem žila jen pro něj a pro svou práci. Teď má můj život jiný a podle mě hlubší smysl. Jsem tu teď a na správném místě.*“

Rozhovor č. 6 jsem vedla s mužem, který prošel před dvěma lety náročnou léčbou. Nemoc byla sice vyléčena, ale operace zanechala na jeho obličejí viditelné postižení. Tento muž se nemocí doposud nevyrovnal. Žije sám, jen s kocourem, odmítá druhé lidi, nestýká se s dětmi. Viní ze své nemoci celý okolní svět, ostatní jej dle jeho názoru vidí jen jako přítěž. Tento muž byl celý život zaměřen velmi materialisticky. Cokoliv duchovního bylo nesmyslné a zdržující. Celý okolní svět měřil jen v penězích vyčíslitelných hodnotách. Potom ale přišla nemoc a najednou ani peníze nebyly nic platné. Chyběli přátelé a rodina. Chtěl se jim tady alespoň demonstrativně pomstít. Muž vnímá svůj handicap jako něco, co je pro druhé důvodem k výsměchu a co jej zcela izolovalo. Smyslem života se mu stala zloba, samota a vztek. Cituji: „*Štvalo mě, že opilci a fetišci jsou zdraví a já nepiji, nekouřím, dělám celý život a dopadl jsem takhle. Dodnes mě to štve. Jediná útěcha bylo, když mi řekli, že se to zastavilo a že už to nikde není. Dobrou náladu mi ale kazí, když se vidím. Na plastiku je ještě brzy, ale půjdu na ni a to mě utěšuje. V boha a útěchu z víry nevěřím. Žádný není, svět je samá nespravedlnost a*

špína.“ V okamžiku, kdy tento muž přišel o hodnoty, které tvořily smysl jeho života, nedokázal začít znovu, nedokázal se přeprogramovat na jiný smysl života. Zbyl mu tak prostor pouze pro zlobu a negativní myšlenky, i když vlastně ani nechce být tak negativně naladěn vůči okolnímu světu, nenalézá cestu jak se zpět vrátit do běžného života.

Rozhovor č. 7 je vedla se ženou, které poměrně krátce před naším setkáním zemřel manžel. Tato žena na mě působila velmi pozitivním a vyrovnaným dojmem. První věta, kterou mi sdělila, zněla: *„Zemřel doma s úsměvem na tváři. Smysl pro humor a optimismus neztratil ani v nejtěžších chvílích.“* Celý rozhovor probíhal ve velmi klidné atmosféře. Žena dokázala vyprávět o krásném životě s manželem, ale i o posledních společně strávených měsících. Dokázali smysluplně prožít každý okamžik, i když věděli, že to mohou být poslední společné okamžiky. Dokázali i v tak těžkých chvílích dát životu velký smysl, a to jak prožili poslední měsíce společného života se stalo jeho smysluplným a krásným koncem. Celou situaci po smrti manžela popsala žena následovně: *“ Velkou útěchou mi bylo, že jsme mohli být do poslední chvíle všichni spolu, že manžel zemřel a jeho oči se smály, i když už měl bolesti. Na jednu stranu se mi strašně stýská, ale na druhou stranu cítím klid, protože odešel v klidu a pokoji. Oplatila jsem ty krásné chvíle v našem společném životě. Nevím o ničem, čeho bych litovala. Nevzpomínám na něj, když jdu kolem nemocnice, ale když vezmu do ruky jeho zahradnické nářadí, když sedím na lavičce pod stromem, který zasadil, když přikládám do kamen dřevem, které on našťípál. Útěchou jsou mi naše děti, kterým jsme dali život a které pokračují v našich stopách a nesou každé kousek nás v sobě.“*

Z rozhovoru č. 8 jsem jako matka tří dětí měla velké obavy. I přesto, že od úmrtí dítěte uplynulo mnoho let, rodiče se s tím doposud nevyrovnali. Stále pociťují bolest a smutek. Truchlení je komplikované a trvá již mnoho let. Rodiče vyprávěli příběh úmrtí dítěte tak jako by se to stalo před pár dny a ne před čtyřiceti roky. Zatím nedokázali najít klid a smíření. O pomoc nikdy nepožádali- nevěří lékařům, ani institucím. Dovolím si ocitovat několik vět, které mi se slzami v očích sdělili: *„Dodnes mě to strašně bolí a cítím, že to není uzavřené. Kdybych tam mohla být pečovat o ně, držet ho v náručí. Stále vidím ten okamžik, kdy jsem ho viděla naposledy živého. Natahoval ke mně ruce a plakal, volal mě a mě to rvalo srdce. Nemohli jsme se s ním rozloučit. Umřel sám a plakal. Oteklé a uplakané oči měl, i když už nežil a nesli jsme mu oblečení. To že zemřel, se může stát, ale že zemřel sám a opuštěný, to*

nedokážu odpustit a dávám jim za vinu.“ Rodiče tedy dokázali vnímat smrt, jako něco se prostě může stát, ale nemohli, protože jim to nebylo umožněno, dát svému životu v tak velmi těžké situaci nějaký smysl- nemohli se starat o nemocné dítě, nemohli ho doprovázet. Proto je i jejich truchlení tak dlouhé a komplikované. Zatím nedokázali nalézt útěchu, neutěšilo je ani narození dalších dětí. Zůstalo v jejich životě prázdné a bolestné místo. Stále je provázejí pochybnosti, jestli udělali vše, co se dalo udělat: „*Kdybych se tenkrát víc prala a bojovala, třeba bych tam mohla s malým zůstat.*“

V devátém rozhovoru jsem vedla rozhovor s člověkem, který dle mého posouzení rezignoval na vše, na sebe, na celý svět. Tak negativní přístup k životu, tak negativní vztah k lidem a okolí jsem ve svém výzkumu zaznamenala poprvé. Muž 60 let, diagnostikována rakovina plic, operace by byla ještě možná, ale pacient ji odmítnul. Žije sám, celý život podnikal, materiálně velmi dobře zabezpečen, velmi nekomunikativní, nemá rád lidi a lidé nemají rádi jeho, platí za protivného nepříjemného člověka. Rád a hodně popíjí alkohol, v současné době stále popíjí alkohol, řídí pod vlivem alkoholu auto, silný kuřák. Seznámila jsem se s ním, protože kvůli řízení pod vlivem alkoholu bylo zahájeno správní řízení. Po celou dobu, kdy jsem s mužem vedla rozhovor jsem měla pocit, že smyslem života se mu stala pomsta a chuť pomstít se všem a také sám sobě. Chvillemi jsem měla až pocit strachu. Dovolím si citovat část rozhovoru: „*Je mi to úplně jedno, stejně si všichni přeji, abych už byl pod drnem. Dokud jsem tady, tak jim to ještě pořádně osolím. To by se jim líbilo mě operovat. Stejně mi nepomůžou, ale ještě by ze mě vytahali peníze. Ani náhodou. Ať jim tady shnijí před očima. Všechny vždycky zajímali akorát moje peníze, manželka s dětmi utekla dávno a nic o nich nevím, ale peníze to by si určitě vzaly. Všechno propiji a naházím do automatu, aby po mě nezůstal ani halíř, možná jim nechám tak dluhy. Dům dám naschvál bezdomovcům, abych se pomstil sousedům. Hlavně té babě od naproti. A jestli lituji alkoholu za volantem? Vůbec, škoda, že jsem někde nenarazil do stromu, měli by všichni radost, že je po mně.*“ V pojetí logoterapie vychází smysl života a lze jej najít skrze vytváření a naplnění hodnot, hodnoty jsou ale definovány jako pozitivní hodnoty. Snažila jsem se najít alespoň něco trochu pozitivního, od čeho by se dal dál odvíjet náš rozhovor. Během rozhovoru se mi proto nepodařilo, až když jsem se zeptala sousedů v okolí, dozvěděla jsem se, že dokud u něj byla manželka a děti, byl jiný. Bohužel děti absolutně odmítly setkání, či jakou-koliv komunikaci s otcem.

Rozhovor č. 10 jsem vedla s 35- letou maminkou dvou malých dětí, která převzala do péče svou babičku. Její maminka byla po operaci, tak péče o babičku zůstala na vnučce. - tedy na paní, se kterou jsem vedla rozhovor. Celá rodina včetně babičky, která onemocněla, věděla o prognóze a o onemocnění babičky. Všichni vnímali skutečnost, že babička umírá jako něco, s čím je v tak vysokém věku nutné počítat. Snažili se, aby babička prožila poslední chvíle svého života v kruhu svých blízkých, aby si do poslední chvíle připadala potřebná, aby její život i ve své poslední fázi nabýval hodnot a tím i, skrze prožívání hodnot, i smyslu. Nejlépe tuto skutečnost postihla ve svém vyprávění vnučka těmito slovy: *“ Děti měly babičku rády. Povídala jim pohádky a bylo to moc fajn. Ten strach ze smrti z nás úplně spadl. Smyslem nejen pro mě, ale pro celou rodinu, se stalo doprovázení babičky. Myslím si, že to bylo pro nás pro všechny velmi důležité. Babičce jsme dali krásné poslední měsíce života, byla s námi a bylo jí dobře. Hlavně děti ji nedaly čas myslet na bolest, stále chtěly něco vyprávět a babička měla pořád co dělat. Cítila se potřebná a měla svoje místo. “* Opět rodina sama pochopila, jak důležité je mít v každém okamžiku života smysl života. Celá rodina byla schopna vnímat smrt ne jako něco strašného, ale jako konec, dovršení života- i děti to dokázali tak vnímat. Sice všichni přirozeně cítili stesk a bolest, ale také cítili uspokojení, že dokázali doprovodit babičku až do konce života. A to i pečujícím osobám může dát pro určitou dobu smysl života. Opět cituji vnučku, která se babičku do poslední chvíle starala: *„Útěchou je nám, že se babička cítila tady u nás dobře, že jsme konci jejího života dali smysl a cítila se doma a potřebná. Smířili jsme se s babiččíným koncem lépe, než kdyby nám to zavolal někdo telefonem, že zemřela někde v nemocnici. Babička nám chybí, děti se na ni ptají, ale věřím, že jim skutečnost, že viděly konec života spíše prospěla. Snad se o nás jednou i naše děti tak postarají, viděli, že konec života není nic tak strašného, co je potřeba skrývat a dělat, že to není. “*

4.2 Vyhodnocení první části výzkumu

Především se respondenti snažili dát a nalézt smysl života. Snažili se nalézt smysl života i v těch nejtěžších chvílích. Respondenti, kteří vnímali smrt a umírání nejen jako něco z čeho má člověk strach, ale vnímali smrt jako ne konec všeho, ale jako konec života. Respondenti vtiskli smysl posledních dnů a měsíců života blízkého člověka, potřebě bilancovat život, urovnání vztahů, urovnání si osobních záležitostí. Z potřeby naplnit tento smysl na sklonku života se také odvíjí právo znát pravdu a mít možnost prožít poslední chvíle života a mít možnost jim dát smysl. Sdělení pravdy o umírání je však stále velkým etickým dilematem a je

třeba přistupovat ke skutečnosti, zda sdělit či ne velmi citlivě a hlavně individuálně. Smíření se s diagnostikovanou nemocí může ale samo o sobě přinést velkou úlevu. V ideálním případě zůstali respondenti vůči nemoci svobodní, snažili se do posledních chvil žít svobodně vůči osudu. To je také jedna z hlavních myšlenek logoterapie, zůstat i v utrpení svobodný k osudu, není svoboda od něčeho, ale k čemu (Frankl, 1997).

Někteří respondenti našli velký potenciál v postavení se a ve vzdoru osudu. Dokázali nalézt velký smysl života právě v boji s determinovaným osudem. Respondenti, kteří pomáhali druhým postavit se a čelit osudu se cítili sami v tomto boji osamoceni a nepochopeni.

Respondenti, kteří byli celý život zaměřeni pouze na materiální svět, byli zaměřeni pouze na úspěch a výkon a minimalizovali jaké-koliv duchovní hodnoty, mnohem hůře snášeli nemoc a utrpení. Považovali nemoc za osobní selhání a zhroutil se jim celý svět. Nedokázali najít sami jaký-koliv smysl života, když jejich materiální hodnoty nebyly naplněny a nedokázali je v dohledné době začít znovu naplňovat. V jejich životě zůstalo prázdno.

Respondenti- pozůstalí velmi často poukazovali na skutečnost, že doprovázení umírajícího člověka pro ně bylo velmi důležitým krokem a naplnili tak po určitou dobu smysl svého života. Dali tak často sobě i druhým lidem tu nejvyšší hodnotu – hodnou lásky, pochopení a empatie.

4.3 Druhá část vlastního výzkumu

Ve druhé části výzkumu jsem se zaměřila na možnosti, jak by mohl využít logoterapii sociální pracovník, kdyby byl účasten jako člen týmu paliativní péče u respondentů.

Jako první příklad možnosti intervence sociálního pracovníka jsem si vybrala příběh z rozhovoru č. 1. Zde byl podán velmi krásný příklad využití myšlenek logoterapie v praxi, kdy žena, která věděla, že její dítě má těžkou vrozenou vadu neslučitelnou s životem po narození, dokázala v tak velkém utrpení, které prožívala najít smysl, který ji pomohl se s celou situací vyrovnat a později i najít klid a smíření a útěchu. Smyslem jí bylo dát dítěti ještě nenarozenému, alespoň ten krátký čas, který mu byl dán a nenechat zasáhnout a narušit pouto mezi ní a dítětem nikým jiným. Celé rodině pomohlo najít útěchu v utrpení to, že jim

dítě zemřelo v náručí a mohli jej tedy doprovodit do konce, rozloučit se s ním. Svým způsobem i narozené dítě, které prožilo celý svůj život jen jako součást těla matky, naplnilo smysl svého života, i když tak krátkého. Zůstalo ve vzpomínkách jako součást rodiny, jako milované dítě, jehož narození mělo význam a smysl. Rodina si připomíná jeho narozeniny a vzpomíná na něj i s ostatními dětmi. Jako sociální pracovník, který by vstoupil do této rodiny bych měla možnost především vnímat, jak právě základní myšlenka logoterapie a hledání smyslu v životě, může pomoci překonat i tak velké utrpení, jako je smrt dítěte. O dítě na vrozenou vývojovou vadu, která byla diagnostikovaná v 30 týdnu těhotenství. Žena odmítla předčasný porod a dítě- chlapce donosila.

I v rozhovoru č. 2 jsem jako sociální pracovník ocenila schopnost pečující rodiny dát a pomoci nalézt smysl života těžce nemocné babičce, která zůstala upoutaná na lůžko. Smysluplně strávené společné chvíle, chuť naslouchat a věnovat si vzájemně čas, věnovat se věcem, na které celý život nebyl čas a daly smysl života v dané chvíli nejen nemocné babičce, ale obohatili i pečující blízké osoby, cituji:... *„nikdy jsme si tak krásně nepovídali. Četli jsme společně knihy, luštili křížovky. Maminku jsem dřív nevidala tak často a navíc maminka měla spoustu zájmů a čas jsme na sebe neměli. V době kdy byla maminka nemocná, společně strávený krásný čas se stal naším smyslem života...“*. Kdyby byl sociální pracovník, který umí pracovat s prvky logoterapii, byl od začátku v kontaktu s rodinou, mohl by rodinu pomoci zbavit obav, které pečující blízcí měli před tím, než zjistili, že se nemocná babička dobře vyrovnala s nemocí a upoutáním na lůžko. Mohl by jim pomoci hledat hodnoty, skrze které lze i trpícímu člověku pomoci dát smysl života a najít útěchu i v nelehké době nemoci. Cituji pocity pečujících blízkých, které měli na začátku: *„Mamince už bylo hodně let. Ona i my jsme si uvědomovali, že dříve nebo později se něco takového stane. Báli jsme se, jak bude maminka snášet upoutání na lůžko. Báli jsme se toho oba s manželem.“* Logoterapie by přinesla odpověď na skutečnost, zda je dobře znát pravdu, pravdivou, třeba i těžkou diagnózu. Dle Frankla má každý má právo postavit se čelem k osudu a být k němu svobodný. Tak i nemocný starý člověk má právo na pravdu, postavit se osudu a připravit se na konec svého života, vnitřně svůj život dovést ke konci, uspořádat si své osobní věci, dokud je čas, rozloučit se. Smrt nemusíme vnímat jen zcela negativně, je přece dovršením života. Sociální pracovník, který je znalý logoterapie by tedy pomohl dát odpověď rodině na tyto jejich otázky, cituji: *„Nejdříve mě trápila myšlenka, jestli jsem udělala dobře, že jsem mamince sdělila, že umírá. Později jsem pochopila, že to tak mělo být. Maminka to stejně vnitřně tušila*

a měla alespoň čas a možnost se rozloučit a smířit i s lidmi, které moc ráda neměla, ale nechtěla, aby na ni vzpomínali ve zlém.“

S opačným přístupem ke sdělení pravdy, k právu znát pravdu jsem se setkala v rozhovoru č. 3. Pokud by byl sociální pracovník, který zná logoterapii, účasten v pomáhajícím teamu v této rodině, pravděpodobně by se pokusil pečující rodině vysvětlit, proč je důležité sdělit člověku pravdu- a to hlavně má-li tento člověk pochybnosti a tuší, že mu je pravda ostatními skryta. Člověk má právo urovnat si své osobní záležitosti, má právo a možnost postavit se osudu čelem a zůstat k němu svobodný i těžkých chvílích. Pokud člověk nezná pravdu a dozví se ji třeba náhodou ztratí důvěru k blízkým. I pro blízké a pečující je velmi těžké neříkat pravdu. Cituji: *„Děda se mě stále ptal, proč je mu stále hůř, když zlomenina je zhojená, a já si musela vymýšlet klišé jako „to bude lepší“ apod. Bohužel, to že děda o blízcí se smrti nevěděl, nedokázal se se svým stavem smířit a najít klid. Nemohl si ani uspořádat svůj osobní život, rozloučit se. O tu samou možnost přišla i babička- neměla možnost ho doprovázet, neměla možnost se s manželem rozloučit a dodnes to utajení pravdy dětem neodpustila a zazlívá jim to...a trápí mě stále myšlenka, že jsem měla dědovi říct pravdu navzdory přání jeho dětí. Myslím, že by bylo dědovi lépe a měl by možnost rozloučit se a urovnat si osobní vztahy. Tím mu vlastně byl vzat smysl oné poslední fáze života. Zůstala jen bolest a trápení a pozůstalým zůstaly výčitky a nepochopení.“*

S problémem sdělit, či nesdělit pravdu o diagnóze partnera řešila i pečující dcera ve čtvrtém rozhovoru. Pokud by této ženě měl možnost pomoci sociální pracovník, který se orientuje v logoterapii, pravděpodobně by ji pomohl nalézt především útěchu v této těžké situaci. Vysvětlil by jí jaký význam má skutečnost mít se možnost vyrovnat s těžkou nemocí partnera, jaký význam má společně strávený společný čas, jaký význam má mít možnost rozloučit se a doprovodit se. Společné prožití konce života jednoho z partnerů má velký význam pro dobu, kdy jeden z partnerů zůstane sám a bude procházet procesem truchlení. Sociální pracovník by měl zdůraznit význam najít smyslu života i ve velmi těžké době, vysvětlit skutečnost, že i bolest a utrpení má svůj hluboký smysl. Pomoc by byla v této rodině obtížnější, protože nemocný, umírající otec se uzavřel okolnímu světu, odmítal komunikovat i s blízkými. Cituji: *„Táta se s diagnózou nikdy nesmířil. Byl rozzlobený na celý svět, na všechny. Konečně si chtěl užít důchodu a takhle to dopadlo. Nechtěl s nikým mluvit, odmítal léky na bolest a jen sám trpěl. To bylo pro mě nejhorší. Nevěděla jsem, jak si k němu najít cestu, jak mu nabídnout*

pomoc aby ji přijal. “ Mohlo to být i proto, že vnitřně cítil, že zklamal, že se kvůli své nemoci nepostaral o svou ženu, která má také velké zdravotní problémy. Kdyby se bývalo podařilo přesvědčit tento manželský pár, aby si svěřili své problémy a starosti, aby manžel své ženě sdělil co se s ním děje, ulevilo by se jim oběma a mohli mít vzájemně možnost hledat smíření a útěchu.

Při rozhovoru č. 5 jsem se setkala s maminkou, která se dokázala narozením postiženého dítěte zcela změnit dosavadní život, dokázala se přizpůsobit a zadaptovat na vzniklou událost. Otec dítěte se ale se vzniklou situací nevyrovnal. Měl o dítěti své představy, které se pravděpodobně nikdy nenaplní a dítě, které neodpovídalo jeho představám, nepřijal. V roli sociálního pracovníka bych se pokusila promluvit s otcem o tom, že i výchova postiženého dítěte má pro člověka význam, může smysluplně naplnit jeho život. Pokusila bych se poukázat na roli otce, který by mohl dát dítěti mnoho lásky a pochopení a láska mu bude dítětem opětována. Jako sociální pracovník bych se pokusila pracovat s otcem tak, aby cítil, jak velký význam má pro ženu a dítě, jak ho oba potřebují. Matce dítěte bych se pokusila vysvětlit, že otci může trvat delší dobu, než se s událostí vyrovná, přehodnotí své cíle a představy a než se pokusí přehodnotit svůj smysl života, svůj systém hodnot. Jak matka dítěte uvádí: „ *Manžel se s tím nevyrovnal. Zbaběle od nás utekl. Jednou se byl na JIP podívat a udělalo se mu zle. Synovi je skoro rok a manžel ho ještě neviděl. Peníze posílá, ale vše dává za vinu mě, všechno vidí jen negativně. Já jsem ráda za každý den s malým, za každý pokrok, on ale, jakmile všechno není podle daných představ, utíká od toho pryč. Je to slaboch a zradil nás. Já jsem žila jen pro něj a pro svou práci. Ted' má můj život jiný a podle mě hlubší smysl. Jsem tu ted' a na správném místě.*“ Sociální pracovník by měl matku dítěte podporovat ve snaze začít vytvářet kontakt mezi otcem a dítětem. Otec dítěte by neměl být vnímán jako zbabělec, ale jako člověk, který je pro dítě velmi potřebný. Sociální pracovník by měl poukázat i na život, který spolu manželé žili před narozením dítěte a zdůraznit jeho význam a smysl. Sociální pracovník by měl ale v kontaktu s otcem respektovat jeho svobodu ke svému rozhodnutí, jen tak totiž, pokud se za čas rozhodne se o dítě starat společně s matkou, bude vědět, že to bylo jeho svobodné rozhodnutí. Jako sociální pracovník, který pracuje s matkou postiženého dítěte, bych matku upozornila, že je třeba najít ve svém životě i místo pro někoho jiného, než jen pro dítě. Přílišná závislost matky na dítěti a dítěte na matce by nemusela být do budoucna správná. Matka by měla mít i jiný smysl života, než jen pečovat o dítě. Riziko závislosti matky na dítěti, a tím i riziko možného syndromu vyhoření v budoucnu, jsem si

uvědomila z výpovědi repondentky: „*Je tak bezbranný a potřebuje mě. Nikdo nikdy mě tolik nikdy nepotřeboval, nikdy jsem si nepřipadala tak důležitá. Jsem tu pro něj a budu pro něj. Byt mám svůj, pracovat můžu z domu a budu s ním co nejvíc. Nevadí mi, že je a bude pomalejší. Alespoň mi zůstane déle doma a já nebudu už nikdy sama. Nejsem jediná maminka, které po narození dítěte, které nesplňovalo představy o silném a zdravém synovi, odešel manžel. Vůbec se necítím zklamaně nebo nešťastně, naopak. Žiji teď jinak- doposud jsem jen pracovala a vydělávala peníze- teď jsem dala svému životu jiný směr a smysl.*“

Při rozhovoru č. 6 jsem se setkala s člověkem, kterému nemoc vzala vše, pro co doposud žil, vyřadila ho z dosavadního života, vzala mu kamarády a on ztratil smysl života. Jediné co mu zůstalo je jeho kocour František. Cituji: „*A děti? Na ty kašlu, když jsem byl v nemocnici měly problém nakrmit kocoura a nechali ho málem chcípnout hlady. Nic jim nenechám. Nezajímá jsem je od rozvodu, co jim našla bývalá žena nového tátu a mě odstavila a pomlouvala. Vybrali si sami. Jediný na kom mi záleží je můj František (pozn. jedná se o kocoura). Docela bych se chtěl vrátit k podnikání, zajít občas na pivo s kamarády, ale mám strach, že se mě budou litovat a dívat se na mě jako na zrůdu. Nepůjdu nikam a nebudu nic dělat.*“ Jako sociální pracovník jsem se pokusila poukázat na to, že je stále schopný vytvářet hodnoty, skrze které může dát svému životu smysl. Je ale třeba oprostít se od pocitů bezsmyslnosti a marnosti. Je třeba zaměřit se na vytváření jiných hodnot než doposud. Smyslem života po nemoci se stala pomsta všem. To ale není hodnota, která by mohla dát životu smysl. Není potom svobodný ke svému životu, je svázán zlobou a nenávistí. Pomoci přehodnotit smysl života je u tohoto muže prioritní a dle mého názoru možné. Je to člověk, který je v nitru pozitivní, ale neumí najít tu správnou cestu, jak získat svobodu od zloby ke všem a všemu.

Pokud by se nepodařilo motivovat klienta k hledání jiného smyslu života, k hledání možnosti, jak utvářet pozitivní hodnoty, hrozí dle mého názoru riziko vzniku existenciální prázdnoty, stavu bezsmyslnosti, který sebou přináší, jak uvádí Vymětal pocity prázdnoty, bezcennosti. Toto existenciální vakuum je třeba zaplnit. Pokud jej zaplníme negativními pocity a tvoříme jen negativní hodnoty (zloba, strach, úzkost, nenávist), pak je to špatně a člověk může dojít až k sebedestruktivním myšlenkám a k tomu, že může dojít k rozvoji psychopatogeneze (Vymětal, 1997).

V rozhovoru č. 7 jsem se setkala s ženou, které před nedávnem zemřel manžel. Jako sociální pracovník ji můžu pomoci jen tak, že si vyslechnu její vyprávění o posledních měsících manželova života. Celá rodina se dokázala s celou situací obdivuhodně vyrovnat. Umírající

manžel dokázal smysluplně zaplnit poslední měsíce života. Dal svému životu smysl i v těžké době, kdy cítil bolesti a byl si vědom brzkého konce života. Jeho žena dokázala také v této těžké době dát smysl svému životu- péčí a doprovázením svého muže naplnila jejich šťastné manželství. Cítuji: *„Velkou útěchou mi bylo, že jsme mohli být do poslední chvíle všichni spolu, že manžel zemřel a jeho oči se smály, i když už měl bolesti. Na jednu stranu se mi strašně stýská, ale na druhou stranu cítím klid, protože odešel v klidu a pokoji. Oplatila jsem ty krásné chvíle v našem společném životě. Nevím o ničem, čeho bych litovala.“* Lze už jen dodat jednu z myšlenek Lukasové (1998) a to, že i utrpení může mít velký a hluboký smysl. Se zcela rozdílnou situací jsem se setkala při vedení rozhovoru s rodiči, kteří se nikdy nedokázali vyrovnat s předčasnou smrtí dítě, které museli nechat v nemocnici, nebyli u něj a dítě jim zemřelo. Dítě zemřelo bez rodičů v nemocnici. Cítuji výpověď rodičů: *„Nemohli jsme se s ním rozloučit. Umřel sám a plakal. Oteklé a uplakané oči měl, i když už nežil a nesli jsme mu oblečení. To že zemřel se může stát, ale že zemřel sám a opuštěný, to nedokážu odpustit a dávám jim za vinu. Je to spousta let, ale kdykoliv jdu kolem oné budovy v nemocnici je mi úzko a do pláče.“* Jako sociální pracovník vnímám to, čím rodina za celou dlouhou dobu jako velmi komplikované a neukončené truchlení. Rodiče se nemohou s celou situací vyrovnat, protože místo aby odžili smutek nad úmrtím dítěte celý život naplňují hledáním viníka smrti jejich dítěte. Již dávno jim mohl tým péče o pozůstalé, jehož součástí je i sociální pracovník, pomoci osvobodit se od hledání viny a nalezení smyslu života v jiných hodnotách. Pomohli by tak nejen truchlícím rodičům, ale i jejich později narozeným dětem. Bylo velkou chybou minulosti, že rodiče často nebyli u svého dítěte, které umíralo v nemocnici. Rodiče, kteří by mohli své milované dítě doprovodit by tak naplnili svůj, v tomto okamžiku, nejdůležitější smysl života- byli by nablízku jejich dítěte by nebylo v tak těžké situaci samo bez milovaných blízkých lidí. Dle mého názoru by měl sociální pracovník, který zná logoterapii a chápe význam života i smrti, vždy pokud je to jen trochu možné podporovat, aby byla rodina, blízcí účastní doprovázení umírajícího člověka. Cítuji z rozhovoru: *„Dodnes jsem se s tím nesmířila. Jedinou útěchou mi byl manžel a potom děti. Zůstalo to ale mezi námi. Je to strašné, když vám někdo zemře bez rozloučení a když to vůbec nečekáte. Už to tak nikdy nesmí být. Je mi útěchou, že já nikdy manžela nenechám umřít někde v nemocnici, nenechám se už nikdy odbít. Kdybych se tenkrát víc prala a bojovala, třeba bych tam mohla s malým také zůstat. I dcery cítily, že někdo chybí, když byly starší řekli*

jme jim to a snad i ony pochopily, proč se neumíme tolik radovat jako jiní rodiče, proč jsou pro nás výročí tak smutná a proč neslavíme Vánoce- syn nám odešel právě na Štědrý den.“

Během rozhovoru č. 9 jsem měla velkou potřebu pomoci zoufalému, rozzlobenému člověku, kterého postihlo těžké onemocnění, které bylo ještě před několika měsíci v léčitelném stádiu, ale nyní již léčba není možná. Dovolím si jeho slova citovat: „*Je mi to úplně jedno, stejně si všichni přeji, abych už byl pod drnem. Dokud jsem tady, tak jim to ještě pořádně osolím. To by se jim líbilo mě operovat. Stejně mi nepomůžou, ale ještě by ze mě vytahali peníze. Ani náhodou. Ať jim tady shniji před očima. Všechny vždycky zajímali akorát moje peníze, manželka s dětmi utekla dávno a nic o nich nevím, ale peníze to by si určitě vzaly. Všechno propiji a naházím do automatu, aby po mě nezůstal ani halíř, možná jim nechám tak dluhy. Dům dám naschvál bezdomovcům, abych se pomstil sousedům. Hlavně té babě od naproti. A jestli lituji alkoholu za volantem? Vůbec, škoda, že jsem někde nenarazil do stromu, měli by všichni radost, že je po mně. Smysl života- žádný jsem neměl a nemám. Jediné co mě bavilo, bylo podnikání, vždycky jsem byl tvrdý a dřič, a potom si moci koupit co jsem chtěl, jet kam jsem chtěl. Všichni mi to záviděli. Oni živilo dětičky a já si mohl užívat. Stejně se nakonec na ně dětičky vykašlaly stejně jako na mě, ale mě to alespoň nic nestálo.“*

Kdyby byl tento muž ochoten přijmout pomoc sociálního pracovníka, kterému by se podařilo alespoň z části klienta osvobodit od patosu a negativního myšlení, mohlo by se bývalo podařit přesvědčit klienta o důležitosti léčby, protože jeho život není marný a zbytečný. Tento člověk se ale ocitl ve stavu bezsmyslnosti. Sociální pracovník znalý logoterapie by se pokusil klienta nasměrovat k najetí smyslu života i době starostí, bolesti a utrpení. Pokusil by se tohoto muže nasměrovat k vytváření jakékoliv pozitivní hodnoty, skrze kterou by mohl najít smysl života a vymanit se tak ze stavu noogenní neurozy. Například naplnit hodnotu vykonáním čeho-koliv, co překročí jeho osobní hranice, co pomůže druhým lidem, co bude vykonáno s ohledem na druhé lidi. I v okamžiku, kdy již tento muž nestihl včasnou operaci a jeho léčba je pouze paliativní, najetím smyslu života (i v utrpení) by dokázal naplnit tu nejvyšší hodnotu- dle Frankla (1997)- prožitím utrpení- těžkou a bolestnou zkušenost lze proměnit v osobní výhru, v morální výhru.

Jako protiklad muži v rozhovoru č. 9 je žena, která dokázala i v čase umírání obohatit vytvářením pozitivních hodnot nejen sebe, ale i své okolí. O této ženě vyprávěla v rozhovoru č. 10 její vnučka, která se o svou babičku starala v době, kdy se její život blížil ke konci.

Sociální pracovník by se v této rodině mohl spíše inspirovat, než pomáhat. Jediná situace, kdy by byla vhodná a potřebná intervence a mohly by se uplatnit prvky logoterapie, byla doba, kdy se rodina připravovala na péči o babičku a její přestěhování se k nim do domácnosti s malými dětmi. Sociální pracovník by mohl s rodinou promluvit o tom, že babička, která celý život vytváří pozitivní hodnoty a její život má v každém okamžiku smysl, může prožíváním těchto pozitivních hodnot obohatit celé své okolí a především děti, které jsou ještě více vnímavé než dospělí lidé. Babička dala rodině a rodina dala babičce možnost prožít ten nejhodnotnější zážitek-opravdovou a čistou lásku. Opět si dovolím citovat z rozhovoru: *„Smyslem nejen pro mě, ale pro celou rodinu, se stalo doprovázení babičky. Myslím si, že to bylo pro nás pro všechny velmi důležité. Babičce jsme dali krásné poslední měsíce života, byla s námi a bylo jí dobře. Hlavně děti ji nedaly čas myslet na bolest, stále chtěly něco vyprávět a babička měla pořád co dělat. Cítila se potřebná a měla svoje místo. Když potom přišel konec, dětem jsme vysvětlili, že babička usnula a je jí dobře. Přijaly to, ale chybí jim. To je ale přirozené, když někdo, koho jsme měli rádi zemře, chybí nám.“*

4.4 Vyhodnocení druhé části výzkumu

Sociální pracovník, který je součástí týmu paliativní péče, může využívat prvků logoterapie. Především je potřebné zdůraznění smyslu a smyslnosti života v každém okamžiku, i v okamžiku, i v okamžiku, kdy je již život na svém samém konci. Hledat a nalézat smysl života je důležité i pro pečující osoby a následně i pro pozůstalé. V každém jedinečném a neopakovatelném okamžiku života může sociální pracovník pomoci vytvářet pozitivní hodnoty. Skrze tyto hodnoty může být sociální pracovník pomoci klientům naplnit a najít smysl života. Základní a nezbytnou dovedností sociálního pracovníka je umět správně komunikovat s klientem a umět naslouchat. Tato schopnost komunikace je v paliativní péči nezbytná, protože sociální pracovník během intervence musí citlivě pracovat s pravdou a musí se vyvarovat planých nadějí, ale i vyvolání lítosti. Cílem logoterapie je pomoci najít útěchu ne lítost, dát životu v každém okamžiku skrze naplnění a vytváření kladných hodnot smysl. Sociální pracovník znalý základních principů logoterapie vnímá smrt jako součást života a ve smrti vidí naplnění života. Nebojí se hovořit o smrti a o umírání, protože jsou to etapy života a i ty stejně jako každý jiný okamžik v životě člověka mají mí smysl a mají se smysluplně prožít. Sociální pracovník může také pomoci přimět umírajícího člověka a k promítnutí si

zpětně svého života. Křivohlavý (2010) nazývá tuto terapii „filmem života“ a tato terapie je vhodná především u klientů na samém sklonku života.

4.5 Třetí část vlastního výzkumu

Ve třetí části vlastního výzkumu jsem hledala situace a skutečnosti, které přináší těžce nemocným lidem, pečujícím osobám a pozůstalým lidem útěchu.

Útěchou může být možnost doprovázet člověka v době jeho smrti, umírání- jako například v rozhovoru č. 1 : *„Zemřel v náručí mě a manžela pár hodin po narození, Oba jsme moc plakali a cítili smutek. Útěchou nám bylo, že mu dali čas, který mu byl na světě určen. Měli jsme vůli a sílu dát mu alespoň čas, který měl mít. Moc nám pomohlo, že jsme našemu maličkému dali jméno a pochovali ho. Rozloučili jsme se s ním a dodnes na něj vzpomínáme. Jeho život trval krátce, ale v našich srdcích bude navždy.“* ; v rozhovoru č. 2: *„Útěchu mi dával pocit, že jsem mamince na sklonku života posloužila. Jsem ráda, že jsme si maminku až dokonce nechali doma. Platila jsem jí tak péči, kterou v dětství dávala ona mě. Maminka zemřela v noci, netrpěla, neměla v očích strach ani bolest. Vnímali jsme smrt jako nedílnou součást života v pokročilém stáří a to nám pomohlo smířit se s celou situací.“*; v rozhovoru č. 7: *„Velkou útěchou mi bylo, že jsme mohli být do poslední chvíle všichni spolu, že manžel zemřel a jeho oči se smály, i když už měl bolesti. Na jednu stranu se mi strašně stýská, ale na druhou stranu cítím klid, protože odešel v klidu a pokoji. Oplatila jsem ty krásné chvíle v našem společném životě.“*; v rozhovoru č. 8: *„ Je mi útěchou, že já nikdy manžela nenechám umřít někde v nemocnici, nenechám se už nikdy odbít. Kdybych se tenkrát víc prala a bojovala, třeba bych tam mohla s malým také zůstat.“*; v rozhovoru č. 10: *„Útěchou je nám, že se babička cítila tady u nás dobře, že jsme konci jejího života dali smysl a cítila se doma a potřebná. Smířili jsme se s babiččíným koncem lépe, než kdyby nám to zavolal někdo telefonem, že zemřela někde v nemocnici.“*

Útěchou může být i splnění přání, které vyslovil umírající blízký člověk. To jsem zaznamenala například v rozhovoru č. 3: *„Trochu mi přináší útěchu, že tak, jak si děda kdysi přál, není babička sama. Ona jako pozůstalý to má moc těžké a smutné. Snažíme se, abychom i skrze babičku a péči o ní našli útěchu a odpuštění, za to co jsme udělali špatně.“*;

Útěchu může přinést člověku i víra. S útěchou vycházejí z víry, že život nekončí jsem se setkala například v rozhovoru č. 4: *„Útěchu mi také přináší víra, že se rodiče jednou setkají a že je už nebude nic bolet. Jednou se tam setkáme všichni tři. Nechodím do kostela, ale v hloubi duše věřím, že je něco dál.“*

Útěchou může být i opravdová a čistá láska. S najitím útěchy v lásce jsem se setkala například v rozhovoru č. 5: *„Láska k synovi. Je tak bezbranný a potřebuje mě. Nikdo nikdy mě tolik nikdy nepotřeboval, nikdy jsem si nepřipadala tak důležitá. Jsem tu pro něj a budu pro něj. Byt mám svůj, pracovat můžu z domu a budu s ním co nejvíc. Nevadí mi, že je a bude pomalejší. Alespoň mi zůstane déle doma a já nebudu už nikdy sama.“*

Útěchou může být i naděje, například naděje ve vyléčení nemoci, jako v rozhovoru č.6: *„Jediná útěcha bylo, když mi řekli, že se to zastavilo (pozn. zhoubný nádor čelisti) a že už to nikde není. Dobrou náladu mi ale kazí, když se vidím. Na plastiku je ještě brzy, ale půjdu na ni a to mě utěšuje.“*

4.6 Vyhodnocení třetí části výzkumu

Útěcha utěšuje, uklidňuje, zbavuje nás obav a strachu, umí člověka odpoutat od především duševní bolesti, pomáhá bojovat proti pocitům zoufalství a bezsmyslnosti. Pečující, těžce nemocní, pozůstalí vnímají možnosti útěchy různě. Ve svém výzkumu jsem zjistila, že velmi často je útěchou lidem možnost doprovázet člověka v době jeho smrti, umírání. Útěchu přináší i splnění přání, které vyslovil umírající blízký člověk, nebo lidem útěchu přináší jejich víra. Útěchou je i opravdová a čistá láska daná blízkému, milovanému člověku nebo je útěchou naděje v lepší budoucnost, ve vyléčení nemoci. Najít útěchu je možností jak pomoci své bolavé duši, jak nalézt klid. I Elisabeth Lukasová, která velmi srozumitelně vysvětluje principy logoterapie, nazvala svou knihu podtitulem *„Logoterapeutická útěcha v krizi“*. Pojem „útěcha“ tedy neodmyslitelně patří k logoterapii a existenciální analýze.

Závěr

Hlavním cílem mé práce bylo zjištění, jaké možnosti využití nabízí logoterapie a existenciální analýza v sociální práci s lidmi, kteří těžce onemocněli nevléčitelnou nemocí, s lidmi, kteří pečují o své těžce nemocné blízké a s truchlícími pozůstalými.

Jako další cíl této práce jsem zvolila nalezení odpovědi na otázku, do jaké míry je kompetentní sociální pracovník k využívání prvků logoterapie a existenciální analýzy ve své práci, kdy je buď členem týmu paliativní péče, a nebo se jen s nevléčitelně nemocným klientem nebo jeho rodinou setká v rámci své profese, například v poradně nebo při sociálním šetření. Posledním cílem je zjistit do jaké míry sami lidé s těžkou nevléčitelnou nemocí, umírající lidé, domácí pečovatelé vnímají základní prvky a pojmy logoterapie a existenciální analýzy- otázku smyslu života, hledání útěchy, svobody, smíření.

Velkou výhodou využití logoterapie v paliativní péči je především možnost jejího použití i v sekularizované společnosti, kdy nelze využít víry k pomoci v procesu doprovázení. V sociální práci s umírajícím člověkem je nejdůležitější pomoci mu nalézt smysl života i v čase umírání. Jak uvádí Frankl (1996) je důležité změnit klientův postoj k životu a smrti. Smysl života lze nalézt a hledat pomocí prožití a naplnění hodnot, a to jak tvůrčích, tak prožitkových, tak i postojových. Logoterapie se nesnaží cokoli nařídit (je zcela nedirektivní) a vnutit, snaží se jen dovést člověka k pochopení a k převzetí odpovědnosti za smysluplné prožití každého jedinečného okamžiku života. Lidem v paliativní péči pomáhá logoterapie k přiznání pravdy. Otevírá možnost mluvit o strachu, umírání a smrti. Přiznáním si umírání a smrti a vnímáním a nelebením smyslu i v těchto chvílích získá umírající člověk možnost vyrovnat se se životem a smířit se se životem. Ve svém výzkumu jsem zjistila, že sdělení a přijetí pravdy o osudu má velký význam nejen pro umírajícího člověka, ale i pro jeho blízké. I po smrti blízkého člověka se s touto situací vyrovnávají pozůstalí, kteří našli sílu a odvahu komunikovat s umírajícím člověkem o věcech jako je smrt a umírání. Těžce nemocní lidé, pečující lidé a pozůstalý často bez znalosti logoterapie sami zdůrazňují význam toho, jak je smysl v životě důležitý, jak je třeba do posledních chvil života naplnit smysluplně každou chvíli, jak častí i konec života jejich blízkého člověk jim přinesl mnoho pozitivního- bilancování života, urovnání si letitých sporů, stmelení rodiny.

Pokud je sociální pracovník členem týmu paliativní péče, je dobré mít alespoň základní znalosti logoterapie a existenciální analýzy. Může tak v procesu doprovázení rodinu i těžce nemocného člověka nasměrovat k naplňování hodnot, ke hledání smyslu života. Může

zdůraznit důležitost pravdy a může pomoci zmírnit obavy ze smrti a umírání. Předpokladem je ale velká míra empatie a komunikační dovednosti. Práce sociálního pracovníka, který je součástí týmu paliativní péče, však nekončí smrtí klienta, ale pokračuje prací s pozůstalými. I jim je třeba pomoci nalézt znovu smysl života po tom, co je opustil blízký člověk, kterému po určité období věnovali mnoho sil a času a toto doprovázení se pro ně stalo na čas velmi významným smyslem života a vytvořením těch nejvyšších hodnot. Sociální pracovník může pomoci nasměrovat jak umírajícího člověka, tak jeho blízké ke skutečnosti, že nemoc a utrpení se může stát skutečností, která je pro ně výzvou k zaujetí svobodného postoje k nezvratnému osudu. Sociální pracovník by měl především motivovat těžce nemocného člověka tak, aby neztratil zcela smysl života. Pokud se tak stane a nemocný rezignuje, stává se pro něj konec života utrpením v prázdnotě a to může vést bohužel ke zlobě, uzavření se a k nenávisti k okolnímu světu.

Logoterapie a existenciální analýza má své podstatné místo v paliativní péči a to obzvlášť v sekularizované době a v době kdy jsou lidé mnohem více po celý život zaměřeni na materiální hodnoty než hodnoty spirituální. Logoterapie jako terapie patří do rukou psychoterapeuta, ale využívat její prvky v sociální práci může i sociální pracovník, který má alespoň základní znalosti o logoterapii a má schopnosti komunikace a empatie. Vhodnou literaturou, která je lépe srozumitelná a pochopitelná než Franklovy knihy, je kniha Elizabeth Lukasová: *I tvoje utrpení má smysl-Logoterapeutická útěcha v krizi*. I pro mě se tato kniha stala základem pro pochopení principů logoterapie.

Zdroje

- BALCAR, K.: *Materiály ze seminářů LEA*, PVŠPS Praha, 2007
- BALCAR, K. Psychoterapeutické sešity, č. 29, Praha, 1989
- FRANKL, V., E. *Vůle ke smyslu. Cesta*, 1997, 216 s. ISBN 80-85319-63-2
- FRANKL, V.E., Lékařská péče o duši. *Základy logoterapie a existenciální analýzy*, Brno: Cesta, 1995, ISBN 80-85319-39-X
- FRANKL, V.E.: *Co v mých knihách není*. 1.vyd. Brno: Cesta, 1997, s.11
- FRANKL, V.E.: *A přesto říci životu ano*. 3. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, s.169.
- FRANKL, V. E.: *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Vyd.2007, Brno: Cesta, 2007
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Mít pro co žít*. 2.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010, s. 94.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Křesťanská péče o nemocné*. Praha, Avent 1991
- KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*, vyd 1. Praha: ISV nakladatelství, 2001, ISBN 80-85866-82-X
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E.. *O smrti a umírání*, 1.vyd. Trutnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5
- LUKASOVÁ, E.: *I tvoje utrpení má smysl-Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta 1998. 190 s. ISBN 80-85319-79-9
- O'CONNOR, M., ARANDA, S. a kol. *Paliativní péče- pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publisch, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5.vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
- VORLÍČEK, J. ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 2.přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7
- VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha, psychoanalytické nakladatelství J.Kocourek, 1997, 340 s. ISBN 80-86123-02-2

- YALOM, I.D., Pohled do slunce: o překoaávání strachu ze smrti, 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-376-5
- WAGENKNECHT, M. 2000. Nástin dalšího vývoje Franklovy existenciální analýzy a logoterapie. SLEA (ONLINE))CIT.1.11.2016). Dostupné z WWW.slea.cz