

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PRÁCE S POZŮSTALÝMI V ON-LINE PROSTORU

WORKING WITH BEREAVED INDIVIDUALS IN THE
ONLINE SPACE



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Petra Pozdníková**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2024

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Práce s pozůstalými v on-line prostoru“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 1. 1. 2024

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila svou upřímnou vděčnost všem, kteří mi pomohli při tvorbě této bakalářské práce. Nejprve bych ráda poděkovala mému vedoucímu práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za podnětné rady, trpělivost, vstřícnost i odbornost během celého procesu psaní. Taktéž bych chtěla vyjádřit vděk své rodině a nejbližším za podporu, shovívavost a povzbuzení v průběhu mého akademického studia.

„Nejsme pozůstalí bez zemřelých“

T. Kotrlý

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	5
	ÚVOD	7
	TEORETICKÁ ČÁST	9
1	Ztráta blízké osoby	10
2	Truchlení	12
	2.1 Vybrané členění procesu truchlení	13
	2.2 Nekomplikované truchlení	15
	2.3 Aspekty ovlivňující průběh truchlení	17
	2.3.1 Aspekty vztahující se k zesnulému	18
	2.3.2 Aspekty vztahující se k pozůstalému	19
	2.4 Komplikované a protrahované truchlení	21
	2.4.1 Komplikované a protrahované truchlení DSM-5	23
	2.4.2 Patologický zármutek MKN-11	24
3	Práce s pozůstalými	25
	3.1 Krizová intervence.....	26
	3.2 Poradenství pro pozůstalé.....	27
	3.2.1 Poradenský proces.....	28
	3.2.2 Poradenství pro pozůstalé jako profesní kvalifikace.....	29
	3.3 Terapie pozůstalých.....	30
4	Specifika on-line práce s pozůstalými	32
	4.1 Formy komunikačního setkání v on-line prostředí.....	33
	4.2 Typy komunikace v on-line prostředí.....	34
	4.3 On-line vs Off-line kontakt	36
	4.4 Etický kontext on-line prostoru	38
	VÝZKUMNÁ ČÁST	41
5	Výzkumný problém a cíle	42
6	Metodologický rámec výzkumu	43
	6.1 Design výzkumu.....	43
	6.2 Metody získávání dat.....	43
	6.3 Metody zpracování a analýzy dat	44
	6.4 Popis výběrového souboru	45
	6.5 Etické hledisko výzkumu	46
7	Výsledky výzkumu	48
	7.1 Henry	49
	7.2 Elisabeth	54

7.3	George	58
7.4	Margaret	62
7.5	Jessica	66
7.6	Odpovědi na výzkumné otázky	70
8	Diskuse	76
9	Závěr	81
10	Souhrn	82
LITERATURA.....		85
SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ.....		92
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....		93
PŘÍLOHY.....		94

ÚVOD

S tématem smrti se za svůj život setká každý člověk, avšak v současné době se tomuto fenoménu společnost vyhýbá. Na smrt milovaného člověka navazuje proces truchlení, při kterém se pozůstalý adaptuje na realitu života bez zemřelého. Tento proces ovlivňuje sociální, spirituální, tělesnou i psychickou rovinu člověka, přičemž každý však tento proces prožívá zcela individuálně. Vzhledem ke komplexnosti a různorodosti prožívání pozůstalého je tento proces předmětem zkoumání i v současném akademickém světě. V České republice však tato problematika není dostatečně prozkoumána, z toho důvodu je důležité podpořit zkoumání a studie na toto téma. Výběr tématu tedy ovlivnila blízkost tématu dotýkajícího se každého jedince a zároveň také doplnění nedostatku výzkumů zaměřených na tuto problematiku.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na porozumění problematice truchlení a pochopení podstaty poskytování on-line pomoci pozůstalým. Hlavním cílem je prozkoumat zkušenosti poskytovatelů pomoci pozůstalým v on-line prostoru. Snahou bylo zjistit, jak vypadá proces poskytování pomoci pozůstalým v on-line prostoru z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým. Při dotazování na tento proces by se měly identifikovat jednotlivé rozdíly v práci s pozůstalými v on-line a osobním kontaktu. Na základě sdílených informací s respondenty dále analyzovat přínosy a úskalí komunikace a spolupráce v on-line prostředí a v neposlední řadě také zjistit, jakým způsobem lze pracovat s komplikovaným truchlením pomocí dostupných prostředků ve virtuálním světě.

Teoretická část je sestavena z rešerše relevantní odborné literatury a výzkumů týkajících se této problematiky. Na základě poznatků a informací získaných z rozboru byly vymezeny základní pojmy, představeny vybrané modely truchlení a popsány projevy i faktory, které mohou ovlivňovat samotný průběh truchlení. Část teoretické práce se zaměřuje také na komplikované formy truchlení, které jsou detailně vymezeny v klasifikačních systémech nemocí. Závěr teoretické části je věnován tématu on-line pomoci pozůstalým a jejím formám. V praktické části práce je představena problematika on-line práce s pozůstalými prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a jejich následného zpracování pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Získané poznatky mohou sloužit k ověření teoretických konceptů týkajících se práce s truchlením a také přinést hlubší pochopení on-line kontaktu a práci s pozůstalými.

Důležitost získaných informací spočívá zejména v tom, že vycházejí přímo z praxe a zkušeností poskytovatelů služeb pro pozůstalé v on-line prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZTRÁTA BLÍZKÉ OSOBY

Ztráta blízké osoby otřese životem každého člověka. Během života se setkáváme denně se ztrátami, přičemž některé pro nás mohou být v životě významné. Může tomu být například při rozchodu, rozvodu, ukončení letitého přátelství, odchodu z ceněného zaměstnání či změny zdravotního stavu, kdy můžeme ztratit i schopnost konat každodenní činnosti. Tyto změny a ztráty jsou nedílnou součástí našich životů a každého mohou tyto jednotlivé ztráty zasáhnout individuálně, tudíž na každou ztrátu můžeme reagovat odlišně. Na samém vrcholu ztrát však stojí smrt milovaného člověka (Orel, 2020). S tímto tvrzením přišli již v minulosti Holmes & Rahe (1967), kteří vytvořili Škálu životních událostí, přičemž smrt partnera hodnotí jako jednu z nejvíce závažných událostí.

Smrt a následnou ztrátu blízké osoby tedy lze považovat za jeden z nejbolestivějších prožitků, jaký během svého života zažijeme. Náročný může být i stav, kdy přímo neprožíváme ztrátu, ale jsme jejím svědkem, přičemž můžeme cítit bezmoc a ocitnout se ve stavu, kdy nejsme schopni dotyčnému pomoci (Bowlby, 2013). Špatenková (2023) dále uvádí, že nás ztráta blízkého může zasáhnout natolik, že dále nelze fungovat tak, jak jsme byli doposud zvyklí či nemůžeme fungovat vůbec. Pozůstalí tíhnou po tom dostat se do optimálního stavu před ztrátou, avšak neuvědomují si, že tento stav vždy není možný. S takovou ztrátou přichází řada změn, které ať chceme, nebo nechceme, ovlivňují naše běžné fungování. Život po ztrátě tedy bude jiný, může být horší, někdy i lepší, nikoliv však stejný.

V kontextu ztrát se dále setkáváme i s pojmy jako smutek, zármutek, žal. Tyto pojmy jsou společně nepochybně provázané a svým významem i velmi blízké. V čem se však tyto pojmy liší? Nakonečný (2012) popisuje smutek jako emoci, která je reakcí na ztrátu nějakého objektu. Může nabývat několika úrovní a podle toho se projevuje i specifickou kvalitou, kterou nelze verbalizovat. Hluboký smutek je například tichý smutek, při kterém se jedinec uzavírá do sebe. Nejvíce vystupňovanou a extrémní formou smutku je hoře, které je charakteristické silným naříkáním. Tisová (2011, s. 6) definuje zármutek jako „přirozenou a nesmírně důležitou odpověď lidského organismu na situaci těžké ztráty“. Samuelová (2018) a Křivohlavý (1991) doplňují, že je to osobní, intenzivní, nepředvídatelný, chaotický a mnohdy protichůdný vnitřní dlouhodobý pochod ve stavu smutku a vnitřního trápení. Žal představuje vnitřní bolest jedince, který je vysoce zarmoucen. Tato bolest se vyznačuje

lítostí, steskem a navenek se může projevovat silným nářkem a pláčem. Žal může postihovat jak psychické, tak i fyzické zdraví (Křivohlavý, 1991).

V zahraniční literatuře se nejčastěji operuje s pojmy jako *bereavement*, *grief* a *mourning*¹. Pojem *Bereavement* se nejčastěji užívá pro vyjádření situace, kdy jedinci zemřel blízký, jenž byl pro něj významný. Pojem *Grief* je vnímán jako primární emocionální reakce na ztrátu milované osoby. Tato reakce zahrnuje různé psychologické i fyzické symptomy, které někdy mohou být až zdraví škodlivé. Pojem *Mourning* lze vysvětlit jako projev či chování vyjadřující zármutek, který je utvářen zvyklostmi dané kultury (Stroebe & Schut, 1998). V praxi se však stává, že se tyto dva pojmy *grief* a *mourning* zaměňují a oba se v některých případech překládají jako truchlení. Truchlení je tedy komplikovaný fenomén, který nemá jednotnou definici, z toho důvodu je mu věnována následující samostatná kapitola.

¹ Volný překlad: *bereavement* = pozůstalost, *grief* = zármutek, *mourning* = truchlení

2 TRUCHLENÍ

Na truchlení můžeme nahlížet z několika úhlů pohledu a autoři skládají definice dle odlišných přístupů, a jak již bylo výše zmíněno, nelze tedy nalézt jednotnou definici, která by šla generalizovat. Pro kontext této práce si nyní vystačíme nahlížet na pojem truchlení jako na proces, stav či reakci na ztrátu blízké osoby. Některé definice si nyní přiblížíme více.

Orel (2020, s. 110-111) uvádí, že truchlení je „přirozený proces, který napomáhá nalézt novou psychickou stabilitu a integraci, je cestou k přijetí nezměnitelného a trvalého. Truchlením se odpoutáváme od minulosti (nebo třeba od člověka, kterého jsme ztratili) a otevíráme se další etapě svého vlastního života. Truchlení se zde stává doslova nezbytným a v mnoha aspektech nenahraditelným a nepostradatelným procesem“. Samuelová (2018) vysvětluje pojem truchlení jako vědomý i nevědomý proces, při kterém si zvykáme na svět bez zemřelého. Odehrává se jak navenek, tak i v našem nitru. Na začátku tohoto procesu je zármutek velice intenzivní, ale v jeho průběhu se učíme ho lépe zvládat a jeho intenzita postupně klesá. Stroebe a Schut (1998) vymezují truchlení jako společenský projev nebo akt vyjadřující smutek, který je utvářen zvyklostmi dané společnosti nebo kulturních skupin. Engel (1961) popisuje truchlení jako specifickou reakci na ztrátu důležitého či cenného objektu, pod čímž si lze představit například milovanou osobu, zaměstnání, domov, ideál nebo i část těla. Dále zmiňuje, že ztráta milovaného člověka může na pozůstalého působit v psychické rovině traumaticky a téměř stejně jako v somatické rovině zranění či popálení. Ševčíková et al. (2019) dále uvádí, že truchlení jako takové je značně bolestivé a do jisté míry zneschopňující.

Pokud bychom tedy vložili pojem truchlení do kontextu zdraví², znamenalo by to, že truchlení nelze vnímat jako zdravý stav a musíme tento fenomén považovat za nemoc. Kubíčková (2001, s. 30) však namítá, že truchlení je „nezbytný a přirozený proces, bez něhož není možné dospět k akceptování ztráty blízké osoby. Truchlení tedy není nemocí, je adekvátní reakcí, která umožňuje ztrátu přijmout a časem se s ní vyrovnat“.

² Definice zdraví: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti (WHO, 2018).

2.1 Vybrané členění procesu truchlení

Způsob, jakým lidé procházejí procesem truchlení, je individuální. Každý jedinec si bude procházet tímto procesem po svém, bude se odlišovat v průběhu, intenzitě, délce i vnějším projevu (Tisová, 2011). Nelze tedy s přesností určit, za jak dlouho proces truchlení skončí a zda vůbec někdy skončí. Haškovcová (2007) uvádí, že proces truchlení bude u konce s nalezením nové identity, tedy nalezení nového způsobu života bez zemřelého. Tento proces trvá zpravidla jeden rok, po kterém již pozůstalý nahlíží na ztrátu blízké osoby tzv. „jinými očima“. Prvních šest až osm týdnů pozůstalý prochází otevřeným žalem, který ostatní respektují. Poté by se měl postupně zařazovat zpět do běžného fungování včetně zvládání tradiční role v rodině nebo pracovních povinností. Naopak Špatenková (2014) upozorňuje, že nekomplikovaným truchlením můžeme procházet několik let, ne-li celý život. I přesto, že se nám podaří adaptovat na skutečnost ztráty, mohou se nám během života objevovat okamžiky, kdy lze pocítit dočasné stavy smutku. Pop-Jordanova (2021) upozorňuje, že s těmito stavy je nutno počítat. Pozůstalí mohou oscilovat mezi okamžiky smutku, truchlení, přijetí, nebo dokonce úlevy a štěstí z toho, že žijí. Obecně tak Špatenková (2014) rozdělila truchlení dle tří časových rámců na:

1. Krátké období otřesu
2. Období intenzivního zármutku a žalu
3. Období rekonvalescence a návrat k normálnímu společenskému životu

V několika odborných publikacích se dále můžeme dočíst, že truchlení probíhá v několika fázích či stádiích, avšak jejich autoři se v počtu i charakteru jednotlivých fází mnohdy liší. Nyní si představíme pár vybraných pojetí fází truchlení.

Jeden z prvních odborníků, který zasvětil svůj život práci s umírajícími pacienty a jejich copingovými strategiemi, byla americká lékařka Kübler-Rossová. Kübler-Ross (2015) vytvořila model procesu truchlení, který se skládá z pěti základních stádií:

1. Stádium – Šok a popírání skutečnosti ztráty
2. Stádium – Zlost, hněv a vzpoura
3. Stádium – Vyjednávání, smlouvání
4. Stádium – Smutek, deprese, lítost
5. Stádium – Akceptace, smíření skutečnosti ztráty

Mnoho pozůstalých prochází jednotlivými stádii plynule a může nastat moment, při kterém se u pozůstalých objevuje více stádií najednou. Každý pozůstalý tak bude mít v tomto

procesu jedinečnou zkušenost. Tento model truchlení se však setkal i s vlnou kritik, které odkazují na fakt, že její výzkum a použití jednotlivých stádií nebyl empiricky ověřen (Tyrrell et al., 2023).

Další často užívaný model v procesu truchlení popsal Worden (2013) jako plnění čtyř úkolů, které jsou nezbytné pro integraci reality ztráty a zármutku. Špatenková (2023) tento model hodnotí jako vysoce užitečný z důvodu postavení pozůstalých do aktivní role. Worden (2013) uvádí následující úkoly:

1. Přijetí ztráty
2. Prožívání bolestivé ztráty její zpracování
3. Přizpůsobení se světu bez zemřelého
4. Přetvoření světa bez zemřelého a najít trvalé spojení se zemřelým

Třetím modelem, který může napomoci k lepšímu porozumění procesu truchlení i chování pozůstalých, je duální model procesu truchlení. Autoři tohoto modelu Stroebe & Schut (2010) se při jeho tvorbě inspirovali teorií kognitivního stresu, přičemž vytvořili řadu komponentů, které souvisí s jeho zvládnutím. Tyto komponenty rozdělili do dvou kategorií stresorů. První se orientují na ztrátu a druhé se orientují na obnovu. Tento model je graficky znázorněn v obrázku 1.

Obrázek 1: Duální model procesu truchlení



Zdroj: (Stroebe & Schut, 2010), upraveno.

V odborné literatuře je uvedeno mnoho dalších odlišných modelů a pojetí procesu truchlení, nelze tedy s přesností určit, kolik těchto stádií existuje. Kubíčková (2001) zmiňuje další odborníky zabývající se členěním procesu truchlení jako Bowlby, Oates, Pollock, Parkes, Weinert a mnoho dalších. Stroebe, Schut & Boerner (2017) upozorňují, že při práci s truchlením není nutností za každou cenu škatulkovat pozůstalé do jednoho z nabízených stádií z důvodu komplikovanosti tohoto procesu. Jednotlivé teorie se snaží o jeho zjednodušení, což může mít za následek omezení práce se složitými emocemi a procesy zármutku při truchlení.

2.2 Nekomplikované truchlení

Jak je již výše zmíněno, proces truchlení nastává po prožití ztráty. Normální, běžné či nekomplikované truchlení zahrnuje souhrn pocitů a chování, které se pohybují na poměrně širokém spektru. Jeden z prvních odborníků, který se začal věnovat reakcím a působení truchlení v čase, je Erich Lindemann (Worden, 2013). Lindemann (1944) zpozoroval jisté podobnosti v projevu u jedinců, kteří prošli bolestivou ztrátou. Jedná se o nadměrné působení distresu v somatické podobě, hostilní reakce, pocity viny vztahující se k zesnulému či okolnostem smrti a v neposlední řadě nadměrné přemýšlení nad zemřelým.

Již víme, že ztráta nám změní celý život, který jsme doposud měli. Nyní si ukážeme, jakým způsobem reagujeme na ztrátu a jaké jsou projevy v procesu truchlení. Bowlby (2013) popisuje 3 rysy společných názorů a reakcí převažující pro většinu kultur. Prvním společným názorem je, že zemřelý "žije" a nadále udržuje vztahy s žijícími po určitou dobu i přes jeho tělesnou smrt. Pro toto udržování vztahů se užívají různá pravidla a rituály, díky kterým se cítíme zemřelým blíž. Druhým rysem je pochopení pozůstalých pro hněvání se na každého, kdo má spojitost se zodpovědností za smrt zemřelého. Tento rys se nejvíce vyskytuje u předčasných úmrtí. Poslední rys se vztahuje ke smutečním obřadům či rituálům, při kterých je obvykle předepsáno, jak dlouho a kdy má oplakávání skončit. Jednotlivé časové parametry a průběh jsou však napříč kulturami odlišné.

Stroebe, Schut & Stroebe (2007) vytvořili seznam projevů truchlení s reakcí na zármutek v pěti hlavních kategoriích. Pro lepší přehlednost si hlavní kategorie a jejich projevy zobrazíme v tabulce 1.

Tabulka 1: Pět kategorií reakcí na ztrátu

Afektivní reakce	Kognitivní reakce	Behaviorální reakce	Somatické reakce	Imunologické a endokrinní reakce
Deprese/úzkost	Potlačování	Neklid	Ztráta chuti k jídlu	Náchylnost k nemoci
Vina	Pocit nereálnosti	Nadměrná aktivita	Poruchy spánku	Nemoc
Touha	Potíže s pamětí a koncentrací	Pláč, vzlykání	Ztráta energie	
Otupělost	Zaujatost zemřelým	Sociální stažení	Vyčerpání	
Hněv	Popírání		Somatické obtíže	
Zoufalství	Snížené sebevědomí			

Zdroj: (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007)

Kdybychom na truchlení pohlíželi holisticky, je nutno tento fenomén vnímat v bio-psycho-socio-spirituálním kontextu³. Symptomatologie normálního zármutku zahrnuje obsáhlé množství projevů. Truchlení se může somaticky projevovat v podobě napětí, tíhy na hrudi a v krku, nevolností, závratí, bolestí hlavy, necitlivosti, svalové slabosti, střevních potíží, únavy a nespavosti (Mughal et al., 2023). Parkes & Prigerson (2010) rozšiřují tento výčet somatických potíží o poruchy vidění, vyrážky, nadměrné pocení a zvýšení srdečního rytmu. Samuelová (2018) konstatuje, že lidé, kteří zažili ztrátu životního partnera, se ve srovnání s běžnou populací potýkají s vyšším výskytem srdečních onemocnění.

Ztráty v nás také vyvolávají silné emoce, které mohou být mnohdy protichůdné nebo se mohou rychle střídát, přičemž pozůstalí mohou připisovat tento stav k jízdě na horské dráze (Tisová, 2011). Worden (2013) popisuje nejčastěji objevované emoce v kontextu truchlení: smutek, hněv, vina, úzkost, osamělost, únava, bezmoc, šok, touha, osvobození, úleva, otupělost. Tyto emoce mohou nabývat různé intenzity a délky trvání. Mohou se také vzájemně překrývat nebo dochází k úplné absenci emocí. Haškovcová (2007) uvádí, že otevřený žal a volné proudění emocí pozůstalí snáší lépe než jejich dlouhodobé potlačování.

³ Biologická, psychická, sociální a spirituální rovina, jsou vzájemně propojené, neoddělitelné a jsou na sobě závislé (Orel, 2019)

Potlačování smutku a zármutku může mít za následek psychické i fyzické vyčerpání (Kubičková, 2001).

Mimo emotivní prožívání se mohou ještě vyskytovat spánkové poruchy, ztráta zájmu o každodenní činnosti či neschopnost udržet jejich organizovanou strukturu (Mughal et al., 2023). Worden (2013) také zaznamenal i výpovědi pozůstalých, kteří popisovali pocity přítomnosti zemřelého spojené s vizuálními a auditivními halucinacemi nebo naopak na druhé straně spektra se pozůstalí mohou vyhýbat všemu, co by mohlo zemřelého připomínat. Tyto zážitky mohou pozůstalí vnímat jako velmi důležitý spirituální zážitek pro vyrovnání se se smrtí zemřelého. Lze zde tedy vnímat i možnou propojenost se spirituální oblastí. Špatenková (2014; 2023) zmiňuje, že se během procesu truchlení zabýváme vnímáním vlastní identity, integrity a vnímání stability či bezpečnosti světa. Pozůstalí po smrti blízkého tak nehledají pouze smysl života, ale přidá se k němu i hledání smyslu smrti, což může být pro pozůstalého ještě o to náročnější.

Paynová et al. (2007) uvádí, že smrt blízké osoby do značné míry ovlivňuje sociální role a vztahy, které jsou zásadní pro vymezení identity jedince. Z toho důvodu je sociální opora důležitá pro proces truchlení, přičemž jedinec necítí samotu, ale podporu při řešení základních úkolů v životním cyklu (Osterweis et al., 1984). Worden (2013) zaznamenal, že další možnou reakcí na ztrátu blízké osoby může být sociální stažení. Toto uzavření se více projevuje u extrovertnějších jedinců. Většinou se však jedná o krátkodobější fenomén, který se za čas obvykle postupně odbourává.

2.3 Aspekty ovlivňující průběh truchlení

Z předchozích kapitol vyplývá, že proces truchlení je velmi individuální záležitost a u každého pozůstalého se mohou projevy truchlení odlišovat a mohou mít různou dobu trvání. Odborníci zabývající se tímto tématem však našli určité spojitosti, které mohou průběh truchlení ovlivňovat, některé aspekty mohou být dokonce až rizikovými.

Bowlby (2013) nabízí popis aspektů ovlivňujících průběh truchlení, který se skládá z pěti hlavních kategorií proměnných:

- Identita a úloha zesnulého
- Věk a pohlaví pozůstalého
- Příčiny a okolnosti úmrtí
- Sociální a psychologicky působící na pozůstalého v době ztráty a následně po ní
- Osobnost pozůstalého se zvláštním ohledem na jeho schopnosti navazovat milostné vztahy a reagovat na stresující situace

Kubičková (2001) rozděluje tyto aspekty podle toho, zda se vztahují k zesnulému, či k truchlícímu. U hlavních aspektů zesnulého závisí na příbuzenském poměru, věku zemřelého, faktory vztahu s pozůstalým a okolnostmi úmrtí. Determinanty vztahující se k pozůstalému se týkají jeho pohlaví, věku, jeho osobnostních charakteristik, jeho zkušenostmi se smrtí a truchlením, náboženského přesvědčení, sociokulturních faktorů, rodinných faktorů, sociální podpory a možnými sekundárními stresy. Na základě tohoto modelu si nyní představíme jednotlivé aspekty ovlivňující proces truchlení a více si je přiblížíme.

2.3.1 Aspekty vztahující se k zesnulému

Prvním důležitým aspektem, který může být jeden z nejsignifikantnějších při následném procesu truchlení, jsou okolnosti úmrtí zemřelého. Velkým faktorem okolností smrti může být, zda zesnulý zemřel náhlou smrtí, nebo byla do určité míry očekávána (=anticipovaná). Anticipovaná smrt je většinou dopředu ohlašována a komunikována s blízkými. Většinou se jedná o nemoc s nepříznivou prognózou končící smrtí či o seniory s vysokým věkem (Kubičková, 2001). Rizikovým faktorem tak mohou být náhlá, nečekaná, předčasná a tragická úmrtí, úmrtí v důsledku jakékoliv formy vraždy a sebevraždy či mnohonásobné úmrtí způsobené katastrofou (Mughal et al., 2023). Shanfield (1984) ve svém výzkumu dokázal, že u rodičů mladistvých, kteří zemřeli náhle při dopravních nehodách, se vyskytuje mnohem více psychiatrických symptomů v procesu truchlení a celkově prožívají intenzivnější emoce než u mladistvých, u kterých byla smrt očekávána na základě život ohrožujícího a omezujícího onemocnění. Co se týká dopadu sebevražd na pozůstalé, Bowlby (2013) popisuje smrt následkem sebevraždy jako speciální případ, při kterém může být

zemřelý obviňován za opuštění blízkých a zároveň se mohou pozůstalí obviňovat, že tento čin vyprovokovali a nezabránili mu. McDonnell et al. (2022) ve svém výzkumu objasnili, že sebevražda má dalekosáhlé následky nejen u příbuzných zemřelého, ale i u jeho přátel. U pozůstalých byly zaznamenány závažné psychické i fyzické zdravotní potíže, včetně sebepoškozujícího chování.

Dalším důležitým aspektem je vzájemný vztah mezi zemřelým a pozůstalým. Může se jednat o dítě, rodiče, partnera, sourozence či jiného, nám blízkého člověka. Nejúnosnější ztráta by mohla představovat situaci, kdy se rozloučíme s blízkou osobou, která zemřela přirozenou smrtí na stáří (Worden, 2013). Haškovcová (2007) popisuje určité rizikové skupiny pozůstalých, u kterých lze s vysokou pravděpodobností očekávat komplikovaný průběh truchlení. Jedná se například o malé děti, kterým zemřel rodič, nebo staré lidi, kterým zemřel životní partner a nemají kolem sebe dostatečnou sociální oporu. Ringdal et al. (2001) ve svém výzkumu popisují, že komplikovanější reakce na ztrátu se více vyskytuje u pozůstalých, kteří ztratili mladšího člena rodiny než ti, kteří ztratili člena staršího.

Nelze opomenout povahu vztahové vazby mezi zemřelým a pozůstalým. Závisí na tom, jak silná tato vazba byla, jak byla bezpečná, zda se v ní vyskytovala silná ambivalentnost a konflikty nebo také jak moc na sobě byly tyto dvě osoby závislé (Worden, 2013). Průběh procesu truchlení ovlivňuje i věk zemřelého. Machů et al. (2019) ve svém výzkumu zjistili, že čím byl zesnulý starší, tím méně se vyskytovalo u pozůstalých komplikované truchlení. Zároveň bylo prokázáno, že čím bližší vztah měl pozůstalý se zemřelým, o to komplikovanějším truchlením pozůstalý procházel.

2.3.2 Aspekty vztahující se k pozůstalému

V odborné literatuře lze najít mnoho názorů ohledně toho, zda má pohlaví vliv na proces truchlení, či nikoliv. Kubíčková (2001) uvádí, že obě pohlaví truchlí stejně, avšak ženy v naší kultuře truchlí expresivněji. Ve společnosti je normou, že muži nevyjadřují emoce smutku a pláče, obrací tedy svůj smutek dovnitř, což může vést k následné somatizaci. Milic et al. (2017) ve svém výzkumu potvrzují, že ženy vykazují silnější reakce na ztrátu než muži, z jakého důvodu však ve svém výzkumu nevedli.

Věk pozůstalého může také hrát roli při procesu truchlení. Většinou je naše první zkušenost se smrtí již v dětském věku, nejčastěji při úmrtí domácího mazlíčka. Může však nastat situace, kdy smrt potká i člena rodiny nebo vrstevníky. I přesto, že nezvratnost

a univerzalitu smrti pochopí děti až mezi šestým a sedmým rokem, je důležité smrt dobře vysvětlit a nebagatelizovat. I děti by měly dostat prostor k tomu, aby se rozloučily a vyjádřily smutek vůči zemřelému (Thorová, 2015). Naopak ve stáří se téma smrti stává aktuální. Senioři vnímají blížící se smrt na základě přibývajících a stupňujících se zdravotních potíží či smrti vrstevníků a postupně téma smrti akceptují. Z velké části však závisí na předchozích zkušenostech se smrtí, zda byly pozitivní, či negativní. Pokud si pozůstalý v minulé zkušenosti se ztrátou neprošel řádným procesem truchlení, zvyšuje se riziko výskytu strachu ze své vlastní smrti i vzniku patologické reakce na ztrátu (Kubičková, 2001).

Také nelze opomenout, že samotná osobnost pozůstalého může ovlivnit proces truchlení. Mughal et al. (2023) uvádí, že zranitelné osoby, jako osoby s nízkým sebevědomím nebo nízkou důvěrou v druhé lidi mohou být náchylnější ke vzniku protrahovaného truchlení (viz kapitola 2.4 *komplikované truchlení*). Toto riziko se týká i osob s psychiatrickými poruchami nebo osob se sebevražednými tendencemi. Parkes et al. (2007) považuje za rizikové i pozůstalé, kteří jsou nejistí, agresivní či uživatelé alkoholu a jiných drog. Bowlby (2013) popisuje tři typy osobností, které jsou náchylné ke vzniku komplikovaného truchlení. Jedná se o jedince se sklony k navazování úzkostných či ambivalentních vztahů, se sklony k nutkavému pečování či se sklony k vyhlásování nezávislosti na citových vazbách.

Pozůstalým může být nápomocné při vyrovnání se se ztrátou i jejich náboženské přesvědčení. V naší kultuře je nejvíce rozšířené křesťanství. V kontextu tohoto náboženství není smrt vnímána jako konečný stav, nýbrž jako návrat k Bohu a ostatním zemřelým. Nalezení útěchy ve víře však není vždy podmínkou. Například při tragickém či jinak nečekaném úmrtí je pro truchlící obtížné přijmout smrt jako Boží vůli (Kubičková, 2001).

Oporu pozůstalý nemusí hledat pouze v náboženství, ale také ve svém rodinném a sociálním prostředí. Buur et al. (2024b) ve svém výzkumu uvádí, že pozůstalí, kteří jsou v manželském svazku či žijí s milujícím partnerem, mají velkou emocionální podporu a praktickou pomoc, což může mít vysoce ochrannou funkci. Naopak svobodní pozůstalí mají sociální podporu omezenou a mají tendence k osamělosti. Mughal et al. (2023) zmiňují, že nižší sociální opora může být jedním z faktorů zvyšujícím riziko vzniku protrahovaného truchlení.

Nejčastějším poskytovatelem sociální opory je rodina, avšak při úmrtí člena rodiny se celý rodinný systém naruší. Po ztrátě člena rodiny se mění struktura celého systému,

z toho důvodu je důležité jeho funkční integrované ukotvení. Mnohdy se pozůstali nepotýkají pouze se ztrátou blízké osoby, ale působí i jiné sekundární stresy. Pod sekundárními stresy si lze představit například vyrovnávání se s novou rolí v rodině. Dalšími možnými sekundárními stresy mohou být také finanční potíže či potíže v zaměstnání (Kubíčková, 2001).

Za zmínku také stojí nedávná pandemie koronavirové nemoci (COVID-19) a s tím spojené sociální izolace a omezený kontakt ve společnosti. Výzkum Eisma & Tamminga (2020) upozornil na těžkosti projít adekvátním procesem truchlení, během kterého docházelo k vyšší míře prožívání zármutku, než tomu bylo po přirozené ztrátě mimo pandemii.

2.4 Komplikované a protrahované truchlení

Proces vyrovnávání se se zármutkem může přejít také do stavu komplikovaného či patologického. V odborné literatuře můžeme také nalézt označení jako patologický, nezvládnutý zármutek, chronický, atypický žal či přehnaný smutek (Kubíčková, 2001). Již Lindemann (1944) zaznamenal výskyt patologického truchlení a rozdělil ho do dvou kategorií nezdravých reakcí na **opožďené**, které mohou být pozastaveny o týdny až roky, a **zkreslené**, které se vyznačují nezpracovaným truchlením. Zaznamenal konkrétně devět možných zkreslených reakcí: hyperaktivita, převzetí symptomů nemoci zemřelého, lékařsky uznaná nemoc, změna vztahu k okolí, hostilita vůči vybraným osobám, skrývaná hostilita s upjatým a formálním chováním, ztráta modelů sociální interakce, činnosti mapující negativní vliv na vlastní sociální a ekonomický status a v neposlední řadě také deprese.

Bowlby (2013) popisuje pouze dvě hlavní narušené varianty, které se nachází na opačných pólech spektra procesu vyrovnávání se se zármutkem. Na jedné straně se nachází varianta, kterou lze nazvat **chronický zármutek**. Tato reakce na ztrátu je neobvyklá, intenzivní a nepřiměřeně dlouhá. Často se pojí s přetrvávajícími emocemi a výčitkami. Nejčastěji se projevuje depresí, úzkostmi, strachem z lidí, hypochondrií nebo alkoholismem. Na druhé straně tohoto spektra se nachází takový stav, při kterém došlo k dlouhodobé **absenci truchlení**. Tito lidé jsou náchylnější pro duševní i jiné typy onemocnění a zároveň se zvyšuje riziko propadnutí do akutní deprese.

Worden (2013; 2018) definuje čtyři kategorie komplikovaného truchlení, při kterém pozůstalý reaguje určitým typem zármutku. V první kategorii se nachází **reakce chronickým či prolongovaným zármutkem**. Tato reakce se vyznačuje nadměrně dlouhým trváním a prožíváním silného zármutku a pozůstalému se mnohdy nedaří z tohoto období dostat pomocí svých vlastních zdrojů, tudíž je v tomto případě potřeba odborné pomoci. Dále lze také reagovat **opožděným, potlačeným či odloženým zármutkem**. U těchto jedinců se v období úmrtí blízké osoby vyskytuje velmi malý či dokonce žádný zármutek. Tento zármutek se může projevit až s odstupem času při jiné, i menší ztrátě či události a jedinec tak může reagovat až nepřiměřeně intenzivním způsobem z důvodu nedostatečného odžití minulé ztráty. Třetí kategorií komplikovaného truchlení je **přehnaná reakce zármutku** či hypertrofované truchlení. Pozůstalý během této reakce se cítí zahlcen silnými emocemi a uchyluje se k maladaptivnímu chování, přičemž si je plně vědom svých symptomů vztahujících se ke ztrátě. Naopak u poslední **reakce maskovaného zármutku**, jinak také nazývané larvované truchlení, si pozůstalý neuvědomuje, že tyto reakce jsou spojeny právě se ztrátou. Jedinec se tak může projevovat dvěma způsoby. První vede k somatizaci zármutku u jedince, při druhém se jedinec uchyluje k maladaptivním způsobům chování.

I přesto, že nám tato dělení ulehčují práci s komplikovaným truchlením, nelze je používat jako diagnostické kategorie. Pro lepší orientaci a přehlednost vytvořil Bok (2020) tabulku s diagnostickými jednotkami, se kterými se nejčastěji setkáváme v aktuálních výzkumech a klinické praxi:

Tabulka 2: Současné diagnostické jednotky v soudobých výzkumech

Anglický název a zkratka	Český překlad a zkratka	Autor a rok
Complicated Grief (CG)	Komplikované truchlení (KT)	(Shear et. al., 2011)
Prolonged Grief Disorder (PGD)	Porucha protrahovaného truchlení (PPT)	(Prigerson & Maciejewski, 2019)
Persistent Complex Bereavement disorder (PCBD)	Perzistentní komplexní porucha truchlení (PKPT DSM-5)	(American Psychiatric Association, 2013)
Prolonged Grief Disorder (PGD)	Patologický zármutek (PZ MKN-11)	(World Health Organization, 2024)

Zdroj: (Bok, 2020), upraveno.

Bok (2020) dále uvádí, že překlad a zkratky pro české ekvivalenty jsou však pouze volně přeloženy, tudíž je důležité nepracovat s nimi totožně jako s oficiálním označením. V rámci této bakalářské práce nám nyní stačí věnovat se komplikovanému a protražovanému truchlení v kontextu dvou mezinárodních klasifikačních systémů, a to DSM-5 a MKN-11.

Pro diagnostiku komplikovaného truchlení lze využít několik dotazníků, které posuzují jednotlivé symptomy a kritéria. Mezi nejznámější a zároveň nejvíce používané se řadí například *Inventory of Complicated Grief* (ICG), *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG), *Grief Measurement Scale* (GMS) a *Prolonged Grief Disorder scale* (PG-13). Dále je velmi užíván také diagnostický strukturovaný klinický rozhovor *Structured Clinical Interview for Complicated Grief* (SCI-CG) (Prigerson et al., 1995; Bui et al., 2015; Eisma et al., 2020).

2.4.1 Komplikované a protražované truchlení DSM-5

Látalová et al. (2013) uvádí, že ohledně zavedení komplikovaného truchlení do DSM-5 bylo vedeno nespočet dlouhých diskusí. Aktuálně se v nejnovějších revidovaných verzích DSM-5 v původním anglickém vydání pro tuto nosologickou jednotku vyskytuje název *Persistent Complex Bereavement Disorder*. Raboch et al. (2015) však v českém překladu DSM-5 uvádí tuto jednotku pod názvem Komplikované a protražované truchlení. Muselo tedy dojít k přepracování této diagnostické jednotky. V této bakalářské práci se však budeme věnovat komplikovanému a protražovanému truchlení tak, jak je dáno v českém překladu DSM-5.

Na základě přehledových studií, které provedli Látalová et al. (2013), lze konstatovat, že 9–20 % pozůstalých prožívá dlouhodobý a komplikovaný proces truchlení.

V DSM- 5 lze komplikované a protražované truchlení diagnostikovat již u dětí od prvního roku života, přičemž první příznaky se objevují v nejvíce případech hned v prvních měsících od úmrtí blízké osoby. Nastávají však i případy, kdy dochází k prodlevě v řádech několika měsíců i let. Stanovit diagnózu této poruchy lze od 12 měsíců po projevení prvních příznaků (Soubor všech navrhovaných diagnostických kritérií lze nalézt v příloze č. 3). Touto poruchou trpí častěji ženy a prevalence této poruchy je přibližně 2,4 – 4,8 % (Raboch et al., 2015; Látalová et al., 2013).

2.4.2 Patologický zármutek MKN-11

Do 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je nyní zařazena nová diagnóza věnovaná poruše protrahovaného truchlení, v původním znění *Prolonged grief disorder* (PGD). V současné době je zveřejněn český překlad terminologie MKN-11, ve kterém se tento termín nachází pod oficiálním názvem *Patologický zármutek* (WHO, 2024).

MKN -11 využívá typologického přístupu, tudíž je popis diagnóz jednoduchý a neexistuje téměř žádný striktní požadavek týkající se počtu symptomů, který je nutno dosáhnout pro tuto diagnostiku (Eisma et al., 2020). Patologický zármutek se projevuje přetrvávající a všudypřítomnou reakcí smutku spojenou se steskem, zaujetím a touhou po zemřelém. Dále se také vyznačuje emoční bolestí přetrvávající déle než 6 měsíců a překračuje očekávané normy v sociální, kulturní nebo náboženské oblasti v rámci daného kulturního a osobního kontextu (WHO, 2024). Souhrn všech navrhovaných diagnostických kritérií lze nalézt v příloze č. 4.

3 PRÁCE S POZŮSTALÝMI

V některých odborných publikacích se můžeme dočíst, že práce s pozůstalými je mnohdy prezentována spíše jako doprovázení. Vávrová (2012) obecně vnímá doprovázení jako permanentní přítomnost ostatních osob v našem životě. Doprovází nás tak například naše rodina i blízcí, se kterými se setkáváme v každodenním životě. Pokud bychom se bavili o profesionálním doprovázení, to mohou poskytovat pouze vyškolení odborníci v pomáhajících profesích. Kubíčková (2001) doprovázení popisuje jako spolupráci mezi poradcem a pozůstalým. Tato spolupráce je iniciována ze strany pozůstalého s cílem vyhledat pomoc k překonání situace, kterou nelze změnit. Špatenková (2023) poté zařadila profesionální pomoc pozůstalým do pěti hlavních oblastí:

- Doprovázení
- Konzultace
- Edukace
- Poradenství
- Terapie

Pozůstalí se při procesu truchlení snaží přijmout skutečnost ztráty a integrovat ji do svého života. Hlavním zdrojem pomoci a podpory by měla být primární skupina okolo pozůstalého, jako jsou jeho přátelé, rodina nebo jiní příbuzní a známí. V současné době však tyto zdroje sociální opory selhávají, a proto pozůstalí vyhledávají pomoc u odborníků (Špatenková, 2017). Tuto pomoc nevyhledávají pouze lidé, kteří právě přišli o blízkou osobu, ale také jedinci s život ohrožujícím či limitujícím onemocněním, blízcí očekávající blížící se smrt blízkého, nebo dokonce i pracující v pomáhajících profesích (Špatenková, 2023).

Kubíčková (2001) a Špatenková (2023) rozlišuje dále také určité formy pomoci. Pomoc pozůstalým můžeme tak poskytovat:

- **Individuálně** – Tato forma je vhodná pro pozůstalé v jakémkoliv stádiu truchlení. Využívá individuálního přístupu tzv. „jeden na jednoho“. Při práci je nutno myslet na neopakovatelnost a originalnost každého pozůstalého a respektovat jeho potřeby.

- **Párově či rodinně** – Párové poradenství se využívá nejčastěji při úmrtí dítěte manželskému páru, avšak lze jej využít i u jiných signifikantních ztrát jako například ztráty prenatální a perinatální. Rodinné poradenství je realizováno na základě úmrtí v rodině, přičemž došlo k rodinnému rozvratu struktury, stability a běžného fungování.
- **Skupinově** – Pomoc pozůstalým se může vyskytovat v podobě skupinového poradenství, skupinové terapie, svépomocných skupin či podpůrných skupin. Cílem těchto služeb je vzájemné sdílení prožitků, probourání pocitů osamělosti, vzájemné síťování a sdílení tipů, co pozůstalým při procesu truchlení pomáhá.

V současné době dochází k velkému rozvoji a kladení důrazu na skupinové pomoci pozůstalým. Vypovídá o tom i výzkum Newsoma et al. (2017), který ukazuje, že skupinové komunitní poradenství pro pozůstalé umožňuje větší dostupnost podpory pozůstalým a snižuje náklady na poskytování této pomoci.

V České republice je několik organizací poskytujících pomoc pozůstalým včetně pomoci skupinové, například Cesta Domů, Klára pomáhá, Poradna Vigvam, Luctus, Plzeňská zastávka, mobilní hospic Ondrášek, hospic sv. Jiří a mnoho dalších.

Tato bakalářská práce se věnuje především pomoci psychologické, a proto si v následujících kapitolách představíme pomoc a práci s pozůstalými v podobě krizové intervence, poradenství a terapie.

3.1 Krizová intervence

Jak již z názvu vypovídá, v tomto druhu pomoci hraje roli klient, který se nachází v krizi. Vodáčková (2012, s. 28) definuje krizi jako „subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.“ Kastová (2010) popisuje krizi jako nerovnováhu mezi strategiemi zvládnutí problému, které má jedinec k dispozici, a jeho subjektivním významem. Jedinec v krizi se tak cítí ohrožen a nedostatečně kompetentní pro utváření svého vlastního života. Při ztrátě blízké osoby se pozůstalý nepochybně může nacházet v akutní krizi.

Krizová intervence je tedy časově ohraničený intenzivní zásah v krizi, při kterém jde o rychlé navázání kontaktu s pozůstalým a vytvoření vhodného prostředí k rozhovoru. Příjemná atmosféra a bezpečné prostředí umožní ventilaci emocí spojené se ztrátou blízké

osoby. Nutno také zmínit, že krizoví intervenenti by měli disponovat příslušným výcvikem (Špatenková, 2017).

Špatenková (2017) dále také zmiňuje hlavní znaky krizové intervence, které se vyznačují okamžitou pomocí, zajištěním bezpečí a snížením rizika ohrožení. Dále se krizová intervence vyznačuje časovým rámcem šesti až deseti setkání při ambulantním kontaktu, při hospitalizaci je setkávání ohraničeno šesti až deseti dny. Důležitý je také přístup krizového intervenenta, který by měl být strukturovaný, aktivní, v případě potřeby i direktivní a potřebou vnímat každého klienta individuálně. Od ostatních typů pomoci se odlišuje také nezabíhání do hloubky problému, pozornost se koncentruje pouze na aktuální tíživou situaci.

Lze tedy shrnout, že cílem krizové intervence je stabilizace klienta včetně plánování následujících kroků, které vedou ke zvládnutí krize. Na krizovou pomoc by měla navazovat další péče v podobě psychologického poradenství, psychoterapie nebo psychiatrické léčby (Špatenková, 2017).

3.2 Poradenství pro pozůstalé

Kdybychom se na poradenství dívali v širším kontextu, obecně by to znamenalo jakoukoli situaci, ve které jedna osoba pomáhá druhé (Parkes et al., 2007). V detailnější definici vymezují Procházka et al. (2014) poradenství jako proces, během kterého profesionál navazuje partnerskou spolupráci s druhým jedincem, párem či skupinou a poskytuje mu informace, podporu nebo rady, čímž ho vede k pochopení a řešení jeho nepříznivé životní situace. Klient se tak pomocí vlastních zdrojů dokáže ve své situaci zorientovat a zlepšit své schopnosti natolik, aby situaci dokázal vyřešit nebo přijmout, včetně jeho zodpovědnosti.

Worden (2013) popisuje čtyři hlavní cíle poradenství pro pozůstalé:

1. Pomoc přijmout realitu ztráty
2. Pomoc vypořádat s emoční a behaviorální bolestí
3. Pomoc adaptovat se a překonat překážky spojené se ztrátou
4. Pomoc vytvořit si zralou vazbu k zesnulému a odpoutat se od něj tak, aby klient byl schopen se znovu začlenit do života

K dosažení těchto cílů se při práci s pozůstalými využívají osvědčené funkční techniky a metody, jejichž seznam lze nalézt v příloze č. 5.

Ačkoliv se z výše zmíněných cílů může zdát, že poradenství pro pozůstalé se vztahuje pouze k vyrovnávání se se smrtí blízkého, Špatenková (2023) upozorňuje, že poradenství pro pozůstalé může probíhat ještě před samotnou ztrátou, například při anticipovaném úmrtí, bezprostředně po ztrátě, ba dokonce i kdykoliv v následujícím čase, kdy pozůstalý pocítí potřebu tohoto typu kontaktu. Nutno také zmínit, že poradenství pro pozůstalé nespočívá pouze v doprovázení pozůstalého, ale poradce může také poskytovat rady týkající se plánování pohřbu.

Z hlavní úlohy poradenství vyplývá, že poradenství tedy slouží k pomoci lidem v rozumném časovém rámci projít normálním či nekomplikovaným truchlením a zdravě se adaptovat na skutečnost ztráty (Worden, 2013). Výzkum Newsoma et al. (2017) poukazuje na důležitost poradenství pro pozůstalé. U pozůstalých osob, kterým bylo poskytnuto poradenství, došlo v průběhu času k velkému snížení symptomů truchlení než u osob, kterým poradenství nebylo poskytnuto.

3.2.1 Poradenský proces

Poradenský proces probíhá v několika fázích a každá fáze je svým způsobem charakteristická. Procházka et al. (2014) rozděluje poradenský proces na počáteční, prostřední a závěrečnou fázi. Někteří odborníci ve svých publikacích rozdělují tento proces na více fází, avšak ve svém základu se tento proces s pozůstalými nijak neodlišuje.

V počáteční fázi dochází ke společnému budování vztahu mezi poradcem a pozůstalým. Z pozice poradce je vhodné sledovat a aktivně naslouchat klientovi včetně užívání reflektivních dovedností, jako je například akceptace a parafrázování, a následně formulovat obtíže a cíle, kterých by chtěl klient dosáhnout (Procházka et al., 2014). Kliment (2013, citováno v Klimentová, 2013) uvádí, že je důležitá už jen samotná příprava poradenského procesu. Tuto přípravu ovlivňují dva hlavní determinanty v podobě osobností obou zúčastněných, tedy osobnost poradce a osobnost klienta. Poradce by měl rozpoznat tyto determinanty, akceptovat je a využít je ve prospěch klienta.

Prostřední fáze se věnuje porozumění obtížím a situaci klienta. Špatenková (2023) zdůrazňuje, že je nemírně důležité se nejprve věnovat aktuální krizi, obzvláště při hrozících

sebevražedných tendencích. Během této fáze rozlišujeme taktéž projevy nekomplikovaného truchlení od projevů rizikových či komplikovaných. Parkes et al. (2007) dále uvádí, že v průběhu poradenského procesu je důležité vyhodnocovat doposud dosažené pokroky. Truchlení je pozvolný proces a z toho důvodu se poradci někdy může zdát, že se klient neposouvá vpřed. Z tohoto důvodu nám může být nápomocné vést si záznamy a porovnávat dřívější stavy se současností. Toto zjištění může motivovat klienta a zvýšit jeho sebejistotu.

V závěru poradenského procesu je s klientem komunikováno, zda bylo dosaženo cílů a podařilo se naplnit poradenský kontrakt s poradcem. Při ukončení poradenského procesu je nutno zmínit, že problém klienta nezmizí, klient se pouze naučí s touto situací žít a zdravě se na ni adaptuje (Špatenková, 2023).

3.2.2 Poradenství pro pozůstalé jako profesní kvalifikace

Poradenství pro pozůstalé je nyní v České republice vedeno jako profesní kvalifikace, která je autorizována Ministerstvem pro místní rozvoj pod kódem 69-020-M. Poradci pro pozůstalé musí prokázat odbornou způsobilost v oblastech rozvíjení účinné komunikace, podpory a doprovázení pozůstalých, orientace v hodnotovém kontextu poradenství pro pozůstalé, aplikování základních principů poradenství pro pozůstalé na truchlící klienty, usnadňování procesu truchlení, aplikování zásad pohřbívání v poradenství pro pozůstalé a neposlední řadě také charakterizování osobnosti poradce pro pozůstalé (Ministerstvo pro místní rozvoj, n.d.).

V současné době je aktivními členy ve spolku Asociace poradců pro pozůstalé registrováno 93 poradců. Nutno však zmínit, že v praxi bude poskytovat tuto profesi více poradců, a to z toho důvodu, že členství v tomto spolku není podmínkou pro profesní výkon. Poradci pro pozůstalé by se v každém případě měli držet etického kodexu poradců pro pozůstalé, který lze nalézt v příloze č. 6 (Asociace poradců pro pozůstalé (APPP), n.d.). Špatenková (2023) doplňuje, že před epidemií covidu-19 nebylo poradenství pro pozůstalé příliš rozšířeno, avšak během pandemie stoupla poptávka po této službě a současně se zvýšilo i povědomí odborné a laické veřejnosti.

3.3 Terapie pozůstalých

Během práce s pozůstalými může nastat chvíle, kdy se v procesu truchlení objevují symptomy truchlení komplikovaného či protrahovaného a poradenství přestává být dostatečnou formou pomoci. V této situaci je nejvhodnější zvolit terapii pozůstalých, v některých případech i v kombinaci s pomocí psychiatrickou (Špatenková, 2023).

Zatímco v poradenském procesu jde hlavně o adaptaci na skutečnost ztráty, v případě terapie pozůstalých se terapie zaměřuje na rozpoznání separačního konfliktu a dojít k jeho řešení. Tyto konflikty mohou zabraňovat zdravému procesu truchlení a jedinec se uchyluje k nezdravým reakcím na ztrátu (Worden, 2013). Vymětal (2010) vymezuje psychoterapii jako určitý typ psychologické péče, která je poskytována jedincům, jejichž život je destabilizovaný nebo mu tento stav hrozí. Vybíral & Roubal (2010) uvádí, že psychoterapii lze vnímat jako léčebnou činnost, při které dochází k žádoucí změně v prožívání, chování i socializaci klienta pomocí osobnosti a dovedností terapeuta.

Hlavním cílem terapie je poskytovat pozůstalému takovou pomoc, aby si dokázal připustit myšlenky a pocity spojené se ztrátou, které doposud potlačoval nebo se jim vyhýbal. Během tohoto terapeutického procesu se pozůstalí mohou cítit zranitelně a nepříjemně, což může vést k odporu, který by měl být díky terapeutickým technikám zvládnut a následně by mělo dojít k návratu k příslušné úloze truchlení (Kubíčková, 2001; Špatenková, 2023).

Terapie je tedy komplikovaný systém, který mohou poskytovat pouze profesionálové. Worden (2013) popsal deset terapeutických postupů, které lze používat dle úrovně a rámce terapeutových kompetencí:

1. Vyloučení somatického onemocnění
2. Tvorba kontraktu a navázání terapeutického vztahu
3. Práce se vzpomínkami na zemřelého
4. Rozpoznání nezdravé reakce na zármutek
5. Věnování se afektu či jeho absenci
6. Zkoumání a uvolnění objektů zabraňujících završení procesu truchlení
7. Uznání finality ztráty
8. Zaměření na nový život bez zemřelého
9. Práce na zlepšení sociálních vztahů
10. Fantazírování o konci truchlení

Kubíčková (2001) uvádí, že při práci s komplikovaným truchlením jsou nejvhodnější přístupy vycházející z gestaltterapie, logoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, hypnózy, arteterapie a muzikoterapie. Látalová et al. (2013) popisují několik konkrétních technik, které jsou v praxi nejužívanější a nejvíce funkční. Jedná se o techniky řízeného truchlení, prázdné židle, terapeutické dopisy a přepis v imaginaci.

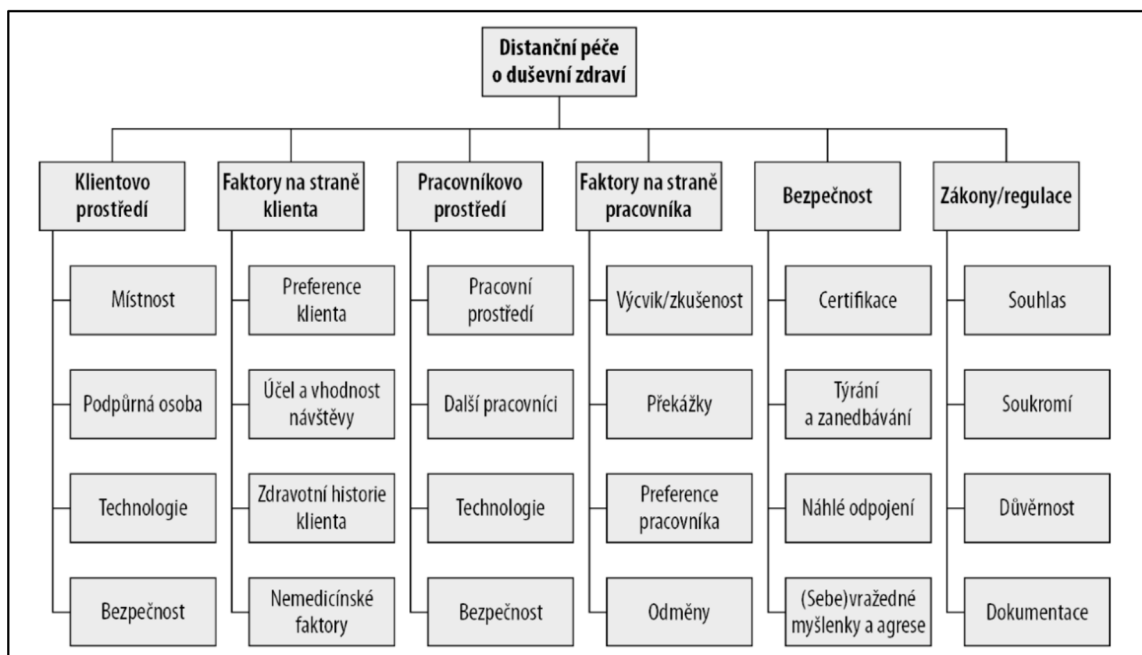
Vyhledat terapeutickou pomoc mohou i pozůstalí, kteří prochází nekomplikovaným truchlením, avšak dochází k problémům při přizpůsobení se životu bez zemřelého. Jedná se zpravidla o podpůrnou terapii, při které pozůstalý zpracuje realitu ztráty a poté je podporován k přijetí nových rolí, upevnění vztahu s příbuznými a hledání dalšího smyslu v jeho životě (Látalová et al., 2013).

4 SPECIFIKA ON-LINE PRÁCE S POZŮSTALÝMI

S rozvíjením pokročilých technologií se svět postupně přenáší i do virtuální podoby. Poskytování péče a pomoci pozůstalým lze tak provést i na větší vzdálenost. Vybíral & Vondráčková (2012) definují on-line péči a pomoc jako léčebné působení využívající internet nebo jiné technologie jako například mobilní telefony či počítače. V zahraniční literatuře se můžeme také setkat s termínem *telehealth*, což vyjadřuje využití komunikačních technologií k poskytování zdravotní péče na dálku (National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering, 2020). V současné době je přístup k elektronice a internetu mnohem dostupnější, než tomu bylo dříve. Vypovídají o tom i data z Českého statistického úřadu (2023), který uvádí, že k internetu bylo připojeno v roce 2023 až 87 % domácností, přičemž každý rok tato procenta narůstají. Za tuto skutečnost byla zodpovědná vládní omezení zavedená v pandemii virové choroby COVID-19. Poskytovatelé služeb duševního zdraví byli nuceni se přesunout do virtuálního prostředí, přizpůsobit se mu a podávat takovou formu péče (Doan et al., 2021).

Poskytování on-line péče však není tak jednoduché, jak se může zdát. Ještě před samotným začátkem je nutné uvědomit si a zajistit určité faktory spojené s distanční péčí. Doan et al. (2021) rozdělil tyto faktory do šesti základních dimenzí zobrazených na obrázku 2. Je důležité zmapovat nejen jaké jsou prostředky a prostředí na straně poskytovatele služby, ale také na straně klienta. Dále je nutno myslet na ochranu a bezpečnost předávaných informací a zároveň vykonávat službu v souladu s veškerými zákony. Shore et al. (2018) upozorňují, že je důležité opatřit veškeré administrativní, technické a klinické aspekty ještě před samotným zahájením poskytování on-line služeb.

Obrázek 2: Aspekty spojené s distanční péčí



Zdroj: (Doan et al., 2021, citováno v Jochmanová et al., 2022)

4.1 Formy komunikačního setkání v on-line prostředí

V on-line prostoru lze navázat kontakt různými způsoby setkávání a komunikace. Jochmannová et al. (2022) popisuje nejčastější internetové komunikační technologie v distanční praxi:

- Telefon
- Chat
- SMS (*Short Message Service*)
- Aplikace
- E-mail (*Electronic Mail*)
- Videokonference

Telefon je jeden z nejčastěji využívaných telekomunikačních nástrojů, které slouží k přenosu digitalizovaného hlasu skrz počítačové sítě. (Jochmannová et al., 2022). Špatenková (2017) uvádí, že touto formou lze na dálku poskytovat krizovou pomoc a podporu. Nejznámější krizovou pomocí poskytovanou přes telefon jsou linky důvěry.

Chat slouží jako komunikace prostřednictvím počítače nebo jiného zařízení s jiným uživatelem sítě. Za výhody chatu lze považovat větší anonymitu klienta, prostor k rozmyšlení odpovědi nebo také volbu formy komunikace. Komunikace může probíhat formou textových zpráv, videí nebo zvukových nahrávek (Sluková et al., 2022).

SMS je služba krátkých zpráv, která slouží ke komunikaci stručných informací. Někdy je také využívána jako funkce písemného potvrzení například při domluvě setkání či dílčí komunikaci (Jochmannová et al., 2022).

Aplikace slučují chat s internetovou telefonii, přičemž dochází k posílání zpráv a přenosu zvuku nebo i videa pomocí internetového připojení (Jochmannová et al., 2022). V České republice je populární například aplikace Napanikař, která má funkci podpůrné pomoci ve chvílích, kdy není dostupný psychologický odborník (Napanikař, 2023).

E-mail je elektronická pošta, která se považuje za nejvíce rozšířený způsob elektronické komunikace. V distanční péči je využíván pro počáteční kontakt klienta a poradce či jiného poskytovatele služby (Sluková et al., 2022).

Videokonference je z internetových komunikačních technologií nejbližší osobnímu kontaktu. Umožňuje připojení v reálném čase a na dálku prostřednictvím počítače, smartphonu či jiného zařízení. Při komunikaci se jedinci navzájem vidí i slyší (Jochmannová et al., 2022).

4.2 Typy komunikace v on-line prostředí

Suler (2000) přichází s modelem, který je zprostředkován on-line psychoterapií. Popisuje pět dimenzí komunikace mezi klientem a terapeutem v online prostoru, který se navzájem překrývají a interagují. Jednotlivé úrovně si lze představit jako gradient s dvěma krajními póly na koncích:

1. Synchronní – asynchronní

Pod **synchronní komunikací** si lze představit interakci klienta s terapeutem v reálném čase, přičemž každý z takového prostředí, který si dotyčný sám určí. Klient tak může interagovat s terapeutem z pohodlí domova či z místa, kde se cítí bezpečně. Příkladem může být audio/videokonference nebo internetové telefonování. Na druhé straně při **asynchronní komunikaci** klient a terapeut nemusí

být v kontaktu v reálném čase (Sulen, 2000). Stein et al. (2009) také uvádí, že díky asynchronní komunikaci jedinci mohou věnovat více času přemýšlení o vlastních myšlenkách, které umožní hlubší obsahovou interakci.

2. Textové – senzorické

I přesto, že **textová komunikace** není bohatá na zvuky a obrazy, psaný text na internetu je nejčastější formou interakce. Vyskytuje se v podobě textových chatů, e-mailů nebo také diskusních skupin na webových stránkách. **Senzorická komunikace** na rozdíl od textové stimuluje více smyslů. Můžeme si to představit například při internetovém telefonování, kde zaznamenáváme zvuk, nebo také u videokonference, při které se ke zvuku přidává i obraz (Sulen, 2000).

3. Reálné – imaginativní

Reálná či aktuální komunikace se snaží o přiblížení se reálnému způsobu komunikace v kyberprostoru, tedy například videokonference. V kyberprostoru se otevírá příležitost i pro fantazii. **Imaginární komunikaci** lze najít u chatovacích nebo fórových komunit, kde jednotliví účastníci vystupují pod imaginární postavou. Postavy mohou vznikat na základě čisté představivosti nebo lze využít tvorbu kreativních avatarů (Sulen, 2000). Aktuálně jsou vyvinuté i nové formy avatar terapie, při které je možno vést terapeutický rozhovor. Tyto terapie jsou vhodné například pro lidi se schizofrenií, přičemž snižují míru tísně kvůli přehlcení frekvencí slyšení hlasů (Pham, Nabizadeh & Selek, 2022).

4. Automatizované – interpersonální

Co se týká **automatizované komunikace**, probíhá neustálý vývoj počítačových zařízení. Jedním z úkolů počítačů je automatizovat úkoly, jejichž řešení trvá delší dobu, nebo je lidem zkrátka neumí a nechtějí umět. Příkladem programu, který byl schopen s klientem vést konverzaci, je program „Eliza“, který dokázal jako jeden z prvních simulovat plně automatizovanou psychoterapii. **Interpersonální komunikace** v opozici zahrnuje mezilidské vztahy bez přítomnosti počítače. I přesto, že počítač může být ve své práci objektivní a nezaujatý, je nutno dodat, že lidskost terapeuta klient mnohdy ocení mnohem více (Sulen, 2000).

5. Neviditelné – přítomné

Z automatizované dimenze vyplývá i **neviditelnost** terapeuta v komunikaci. V případě, že je psychoterapie automatizována, musíme počítat s faktem, že za daným počítačovým zařízením stojí skutečný terapeut, který dohlíží na práci stroje. Když je však klient přesvědčen o tom, že komunikuje pouze s počítačem, terapeut se stává “neviditelným“. Na druhé straně spektra se nachází **přítomná komunikace**. Přítomnost klienta a psychoterapeuta přináší vyšší realnost “Tady a teď“. Jedinci cítí, že setkání je skutečnější a živější (Sulen, 2000).

4.3 On-line vs Off-line kontakt

V předchozích kapitolách byla přiblížena veškerá specifika on-line setkání a komunikace. Během rozvíjení komunikačních technologií se objevily i dohady ohledně efektivnosti jednotlivých forem poskytování pomoci. Nabízí se tedy otázka, je-li on-line forma setkávání a poskytování pomoci skrze videokonferenci stejně efektivní jako tvář v tvář.

On-line prostor přináší řadu výhod. Někdy může být distanční forma prvním krokem klienta vyhledat potřebnou pomoc z toho důvodu, že je snadno dostupná, bezpečná a relativně nezávazná (Špatenková, 2017). V rámci internetového poradenství se daří také udržovat anonymitu (Procházka et al., 2014). Jedna z největších výhod je dostupnost služby i v geograficky vzdálených oblastech a lidem s omezenou mobilitou či jinými zdravotními potížemi (Kiriakaki et al., 2022). Obyvatelé města, která jsou geograficky vzdálená od větších měst, se také mohou potýkat s a obávat se sociální stigmatizace kvůli navštěvování kanceláře poradce či terapeuta (Efstathiou, 2009). Co se týká finanční dostupnosti, je distanční forma finančně přívětivější než osobní setkání. Díky nižším cenám distanční pomoci je tato péče dostupná i nižším socioekonomickým vrstvám (Fitzgerald et al., 2010). Výhodu mohou vnímat také samotní poskytovatelé, kteří mají flexibilnější rozvrh a méně často se jim ruší naplánované schůzky (Barnwell, 2017). Sluková et al. (2022) dále upozorňují na působení desinhibičního efektu, při kterém dochází k vyšší otevřenosti a následné ztrátě zábrán ze strany klienta. Klient má také plnou kontrolu nad prostředím, které ukazuje poskytovateli služby. Může si tak zvolit osvětlení, vzdálenost od obrazovky nebo hlasitost zvuku.

Kdybychom se na distanční formu péče podívali z jiného úhlu pohledu, lze zaznamenat i některé nevýhody. Nabízí se prozkoumat jednotlivé technické faktory, které mohou samotnou komunikaci mezi klientem a poskytovatelem služby narušovat. Slabé internetové připojení nebo výpad signálu může konverzaci zpomalit a výměnu informací mezi jedinci omezit nebo překazit (Sulen, 2000). Špatenková (2023) upozorňuje i na nedostatečnou zpětnou vazbu. Některé on-line kontakty probíhají zcela anonymně a poskytovatel služby tak nemá žádné informace o účinnosti jeho zásahu. Sluková et al. (2022) uvádí komplikace při navazování a udržování očního i osobního kontaktu během videokonference. Dochází tak k omezení neverbální komunikace z toho důvodu, že web kamera zabírá pouze hlavu a horní část těla klienta. Další možnou nevýhodou mohou být vyšší nároky na pozornost, soustředění i nastavení a udržování profesních hranic. Stoll et al. (2020) upozorňují také na nedostatek znalostí o zásadách ochrany soukromí, právních rámců a etických přístupů.

Výzkum Kiropoulos et al. (2008) ukázal na stejnou efektivnost on-line i osobního poradenství u pacientů s panickou poruchou, u kterých se užívaly kognitivně-behaviorální techniky. Podobný výzkum provedl tým Trembl et al. (2021), který zkoumal účinnost internetové kognitivně-behaviorální terapie poruchy prodlouženého truchlení u pozůstalých po sebevraždě. Výsledky výzkumu naznačují, že internetová kognitivně-behaviorální terapie je účinná při snižování závažnosti komplikovaného truchlení a prožívání zármutku. Zuelke et al. (2021) se věnovali výzkumu zaměřenému na internetové a mobilní intervence u pozůstalých. Z poznatků výzkumu vyplynulo, že díky nízkým nákladům a vysoké dostupnosti by internetové a mobilní intervence mohly být přínosné pro velký počet pozůstalých, z důvodu nízkého počtu vzorků je výzkum však doporučen do přezkumu a dalšího zkoumání.

Výsledky těchto výzkumů poukazují na funkčnost on-line péče a lze tedy předpokládat, že on-line péče o klienty je stejně efektivní, jako tomu je u péče off-line.

4.4 Etický kontext on-line prostoru

Ať se poskytovatelé služeb pro pozůstalé pohybují v on-line či off-line prostoru, stále musí dodržovat předpisy a zákony týkající se jejich výkonu povolání (Finn & Banach, 2002; Zack, 2008; Kiriakaki et al., 2022). Nelze opomenout, že právní předpisy a etické otázky jsou jedny z největších překážek on-line terapie (Sulen, 2000).

Sluková et al. (2022) popisují základní etické zásady distančního kontaktu:

- Informovaný souhlas
- Dodržování zásad důvěrnosti a profesní odpovědnosti
- Reflexe limitů a efektivity poskytované služby
- Zajištění bezpečného rámce spolupráce
- Profesní hranice
- Přístup
- Technologie a dokumentace
- Likvidace dat a informací

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas by měl obsahovat tři základní části, které se nesmí opomenout před navázáním vztahu mezi poskytovatelem služby a klientem. Poskytovatel by měl nejdříve vypracovat veškeré informace ohledně služby, jejích výhodách, limitech a alternativních možnostech naplnění. Nelze také opomenout sdílení s třetími stranami a o možných případech narušení soukromí (Sluková et al., 2022). Recupero & Rainey (2005) uvádí, že by se poskytovatel měl ujistit, zda klient rozumí všem předaným informacím a zajistit jeho dobrovolný souhlas.

Dodržování zásad důvěrnosti a profesní odpovědnosti

Každý poskytovatel on-line služby by si měl být vědom omezení týkajících se důvěrnosti elektronických přenosů a záznamů. Zároveň by měl k realizaci své služby zvolit takové platformy, které dodržují osvědčené postupy zahrnující právě důvěrnost a kvalitu služby s ohledem na příslušnou legislativu (Sluková et al., 2022). Vymětal (2010) upozorňuje, že terapeuti jsou při své práci vázáni mlčenlivostí. Veškeré skutečnosti, které se dozvěděli v průběhu terapie, nesmí nikomu sdělit vyjma oznamovací povinnosti.

Reflexe limitů a efektivity poskytované služby

Předchozí kapitola se věnovala výhodám, limitům i efektivitě on-line služeb. Poskytovatelé těchto služeb by měli vždy před navázáním spolupráce s klientem vyhodnotit situaci, zda tato služba je vhodná pro obě strany. Například terapeuti se při své práci mnohdy opírají o neverbální vodítka u klienta, která slouží k lepšímu posouzení chování klienta. V on-line prostředí však mohou tyto faktory zůstat nepovšimnuty, což může ovlivnit průběh terapie (Recupero & Rainey, 2005).

Zajištění bezpečného rámce spolupráce

Je přirozené, že lidé mají obavy ohledně přenesení osobních informací do on-line prostoru. Ačkoliv se zdá, že se informace v internetovém prostředí ztratí, může se také stát, že se informace dostanou k jedincům, kterým nebyly určeny. Z toho důvodu se užívají šifrující a zabezpečující technologie jako například SSL (*Secure Socket Layer*), které zaručují zabránění zobrazení informacím k jiným účelům, než je zamýšleno (Midkiff & Wyatt, 2008).

Profesní hranice

Poskytovatelé služeb jako poradci a terapeuti musí dodržovat příslušný etický kodex. Tento kodex se přenáší i do on-line prostoru a je nezbytně nutné ho dodržovat (Kiriakaki et al., 2022). Pokud se poskytovatel služby pohybuje na sociálních sítích jak pracovně, tak i osobně, je nezbytné tyto dva profily striktně oddělit. Zveřejňování informací týkajících se práce s klienty je nutno dělat profesionálně a eticky s klientovým souhlasem (Sluková et al., 2022).

Přístup

Je důležité myslet nejen na přístup klientů, ale i poskytovatelů služby k distančnímu kontaktu. Tento typ kontaktu nemusí nutně vyhovovat všem stejně. Někteří poskytovatelé zkrátka preferují setkávání tváří v tvář, protože hodnotí on-line prostředí jako příliš neosobní nebo například nevnímají jistotu v technických prostředcích (Špatenková, 2023). Před samotným začátkem poskytování on-line služby by se tedy měl každý poskytovatel zamyslet nad vlastním přístupem a důvěrou v technologie.

Technologie, dokumentace a její likvidace

Technologie, které se používají k poskytování dané služby, by měly být pravidelně aktualizovány, aby docházelo k udržení kvality služby. Poskytovatelé by měli dokumentaci klientů bezpečně uchovávat a ukládat. Zároveň by měli informovat klienty o jednotlivých mechanismech zabezpečení a času zálohování záznamů. Po uplynutí doby pro zálohování dat musí poskytovatel zajistit nejen likvidaci dat o klientovi, ale i hardwaru a softwaru, který byl pro službu využit (Sluková et al., 2022).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE

Teoretická část zkoumání nám pomohla porozumět tématu truchlení a pochopit podstatu forem pomoci při truchlení a kde se tyto oblasti péče o pozůstalé setkávají, nebo naopak rozcházejí. Dále jsme se zabývali výzvami, kterým čelí specialisté poskytující služby pomoci on-line. Díky této rešerši v daných oblastech je zřejmé, že práce s pozůstalými se dostává do většího povědomí veřejnosti a stává se oblíbeným fenoménem současné společnosti. Souběžně s tímto fenoménem narůstají i poptávky po psychologické péči probíhající v on-line prostředí jako důsledek pandemie COVID-19. Kdybychom se však podívali na výzkumy v České republice týkající se nekomplikovaného a komplikovaného truchlení, nenalezneme jich mnoho a v některých oblastech zaměřujících se na konkrétní aspekty zcela chybí. Z toho důvodu je naší snahou tuto skutečnost napravit. V této práci se zaměříme na porozumění a prozkoumání práce s pozůstalými v on-line prostředí. Obecným záměrem je přispění novými a aktuálními poznatky do diskurzu v oblasti péče o pozůstalé prostřednictvím realizace vlastního výzkumu.

Hlavním cílem výzkumu v této bakalářské práci bylo prozkoumat a popsat zkušenosti poskytovatelů pomoci pro pozůstalé v on-line prostředí. S tímto cílem souvisí také podcíle týkající se popisu procesu poskytování pomoci pozůstalým, posouzení rozdílů mezi jednotlivými formami off-line a on-line poskytování péče, zjištění přínosů a úskalí poskytování on-line pomoci pozůstalým a zjištění postojů k on-line práci s pozůstalými. To vše z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým.

Na základě stanovení cílů výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. *„Jak vypadá proces poskytování pomoci pozůstalým v on-line prostoru z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“*
2. *„V čem se podle poskytovatelů pomoci pozůstalým odlišuje práce s pozůstalými v off-line a on-line formě?“*
3. *„Jaké jsou výhody on-line práce s pozůstalými z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“*
4. *„Jaké jsou nevýhody on-line práce s pozůstalými z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“*
5. *„Jak pracovat s komplikovaným truchlením v on-line prostoru?“*

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V této části práce si společně přiblížíme metodologický rámeč výzkumu. Nejprve si popíšeme zvolený design výzkumu. Dále se podíváme na výběrový soubor a podmínky účasti ve výzkumu, metody zpracování dat a její následné analýzy. Nelze také opomenout důležitý prvek této kapitoly, a to možná etická úskalí spojená s touto prací.

6.1 Design výzkumu

Pro realizaci výzkumu v této bakalářské práci byl zvolen **kvalitativní výzkumný design**. Tento typ designu využívá přístup, který užívá kvalitativní metody ke zkoumání různých vlastností fenoménů na základě vnější a vnitřní reality (Miovský, 2006). Cílem kvalitativního přístupu je explorace a deskripce zvláštních případů a rozvíjení teorií o fenoménech světa probíhající nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí (Hendl, 2005).

Kvalitativní design obsahuje několik základních typů výzkumů, mezi které patří také případové studie. Pro tento výzkumný projekt byla zvolena konkrétně **jednopřípadová studie**, která nám umožnila analyzovat konkrétní případ poskytovatele pomoci pozůstalým a jeho zkušenosti s on-line prací s pozůstalými (Miovský, 2006).

6.2 Metody získávání dat

Data použitá ve výzkumu byla získána prostřednictvím **polostrukturovaného rozhovoru**. Ferjenčík (2010) popisuje rozhovor jako zprostředkovaný proces získávání dat, který je charakteristický vysokou interaktivností. Při polostrukturovaném rozhovoru má výzkumník předem připravený soubor otázek, avšak respondent má volnost ve způsobu jeho odpovědí.

Realizace všech rozhovorů probíhala v on-line prostředí na dostupných platformách prostřednictvím videokonference. Sběr dat probíhal od září 2023 do února 2024, přičemž průměrný čas trvání rozhovoru byl 70 minut. U každého rozhovoru byl získán informovaný souhlas respondenta s pořízením zvukového záznamu. Každý respondent byl před začátkem spuštění nahrávání obeznámen s účelem nahrávání a jak bude dále se záznamem naloženo a zacházeno.

V rámci kontroly proveditelnosti výzkumu byla provedena pilotní studie, při které byla získána zpětná vazba od prvního respondenta, díky kterému byla možnost strukturu otázek upravit do závěrečné podoby. Finální verze seznamu otázek byla odborně konzultována s vedoucím této bakalářské práce. Seznam otázek lze nalézt k prohlédnutí v příloze č. 7.

Rozhovor zahrnoval tři hlavní části. První část se věnovala osobnímu příběhu respondenta. V této části byly položeny dotazy na motivaci pro práci s pozůstalými, délka časového období věnovaného práci s pozůstalými a absolvovaný terapeutický výcvik. Druhá část je zaměřena na samotnou práci s pozůstalými. Respondenti odpovídali na otázky týkající se jejich zkušenosti s jednotlivými formami a typy pomoci pozůstalým, jaké vnímají výhody a nevýhody práce v on-line prostoru a byla zaznamenána jejich preference a postoj k on-line formě pomoci. Závěrečná část byla věnována názoru respondenta na komplikované a nekomplikované truchlení a toto téma bylo hlouběji rozebráno.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Díky pořízení zvukového záznamu bylo možné kvalitně zpracovat nasbíraná data. Po sběru dat následoval opakovaný poslech jednotlivých záznamů a v rámci poslechu i jejich doslovný přepis do textové podoby. Přepisování dat bylo nutno zachovat v původním znění z toho důvodu, aby nebyla opomenuta žádná důležitá informace, kterou respondent sdělil. Po uchování původního textu byl přepis upraven dle redukce prvního řádu s cílem usnadnit následnou analytickou práci (Miovský, 2006).

Pro analýzu dat byla zvolena **Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)**, která zaznamenala zkušenosti respondentů a byl nám tak umožněn pohled na danou problematiku z jejich hlediska dle jejich přiloženého smyslu a významu (Gulová & Šíp, 2013). Tento typ analýzy se užívá k hlubšímu porozumění respondentova prožitku, přičemž

je interpretován ve vzájemné interakci výzkumníka a respondenta (Dostál & Dominik, 2021). Aby mohla být analýza řádně provedena, jednotlivé přepisy musely být opakovaně pročitány. Během čtení docházelo k zaznamenání poznámek a komentářů, které zachycovaly zajímavé a významné části textu. V rámci této fáze docházelo k redukci objemu dat a ze zaznamenaných poznámek vykristalizovala hlavní témata. Následovalo hledání souvislostí napříč jednotlivými tématy a jejich propojení. Tímto způsobem bylo zacházeno i v ostatních případech, přičemž po zpracování všech případů došlo k hledání společných vzorců u všech případů (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

6.4 Popis výběrového souboru

V tomto výzkumném projektu bylo cíleno na základní soubor poskytovatelů on-line pomoci pozůstalým. Celkem bylo osloveno více než osmdesát pět poskytovatelů pomoci pozůstalým, avšak ne všichni poskytovatelé splnili podmínky pro účast v tomto výzkumu.

Pro tento výzkumný projekt byly stanoveny následující podmínky:

1. Zkušenosti s prací s pozůstalými v on-line i face-to-face formě
2. Dokončený či započatý akreditovaný psychoterapeutický kurz nebo certifikaci poradce pro pozůstalé

Hlavní a podstatnou podmínkou pro účast v tomto výzkumu bylo mít zkušenosti s on-line i off-line formou pomoci pozůstalým. Výběrový soubor byl tak stanoven užitím metody záměrného výběru, přičemž respondenti byli oslovováni na základě výše zmíněných kritérií (Miovský, 2006). Respondenti byli kontaktováni jak písemnou, tak i telefonickou formou, přičemž kontaktování probíhalo od září do února. Nejčastějšími důvody pro zamítnutí účasti potenciálních respondentů bylo nesplnění podmínek či časové vytížení ze stran poskytovatelů pomoci pozůstalým. Výběrový soubor nakonec tvořil pět respondentů, který se skládal ze tří žen a dvou mužů.

Tabulka 3: Informace o jednotlivých respondentech

Jméno	Pohlaví	Certifikovaný kurz Poradce pro pozůstalé	Terapeutický výcvik	Délka praxe v práci s pozůstalými
Henry	Muž	NE	Logoterapie	7 let
Elisabeth	Žena	ANO	/	6 let
George	Muž	ANO	Satiterapie	9 let
Margaret	Žena	ANO	Psychoterapie zaměřená na člověka	10 let
Jessica	Žena	NE	Integrace v psychoterapii	2 roky

6.5 Etické hledisko výzkumu

Výzkumná studie obnáší i přihlížení k jejímu etickému hledisku, které je pro její realizaci velmi významnou oblastí a nelze ji opomenout. Při práci s jednotlivými respondenty je tedy nezbytně nutné držet se stanovených etických zásad. Ferjenčík (2010) uvádí významné etické principy, na které by měl brát každý výzkumník ohled. Výzkumník by měl mít respekt k účastníkům. Dále by jim měl poskytnout veškeré informace týkající se smyslu a provedení výzkumu, dodržovat jejich právo na soukromí a důvěrnost informací a také by měli mít možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit.

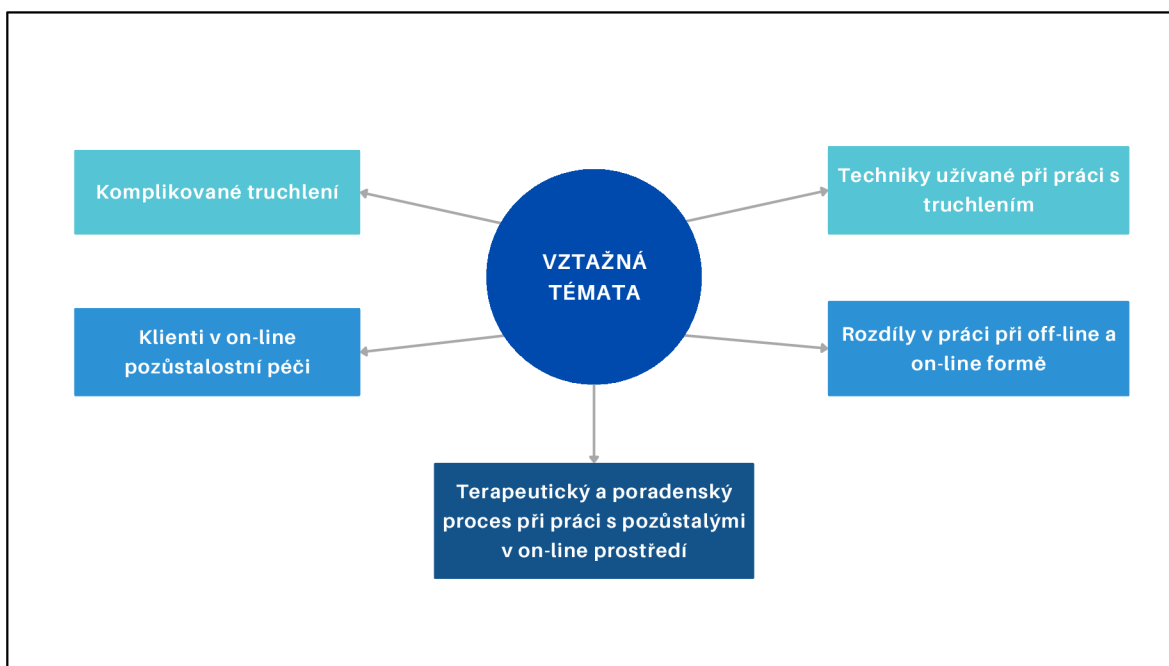
Jak je již v minulých kapitolách zmíněno, kontaktování potenciálních účastníků probíhalo písemnou i telefonickou formou. První kontakt z valné většiny probíhal formou e-mailu, přičemž byl potenciálním účastníkům zaslán úvodní e-mail. Tento e-mail obsahoval představení výzkumníka a veškeré informace týkající se výzkumu včetně jeho etických aspektů. Účast respondentů v tomto výzkumu byla dobrovolná. Veškeré údaje, které výzkumníkovi klient poskytl, byly ošetřeny informovaným souhlasem. Informovaný souhlas byl sjednán ústně na začátku rozhovoru s respondenty a obsahoval veškeré informace ohledně zajištění soukromí, důvěrnosti a způsobu, jak bude se získanými daty naloženo. Informovaný souhlas byl poté s respondentem zopakován během nahrávání rozhovoru, tudíž je zobrazen i v samotném záznamu. Respondenti nebyli během výzkumu nijak klamáni. Anonymita respondentů byla zajištěna náhodně vylosovanými jmény, které pochází ze

zahraničních zemí, aby s reálnými jmény respondentů neexistovala žádná spojitost. Odhalit pravou identitu respondentů dokáže pouze samotná výzkumnice této bakalářské práce.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato kapitola se věnuje prezentaci výsledků analýzy výzkumu. Máme možnost nahlédnout do celkem pěti případových studií, které nám umožní hlouběji porozumět tématu on-line práce s pozůstalými. V úvodu každého případu je uvedeno pár základních informací ohledně osobního příběhu respondenta vztahujících se k jeho nynější práci. Samotné jádro případu obsahuje analýzu osobního sdělení respondenta. Tato sdělení jsou v textu zobrazena jako přímé citace a napomáhají k větší objektivitě při analýze veškerých dat, zároveň tak čtenáři mohou získat hlubší náhled do problematiky z pohledu všech respondentů v tomto výzkumu.

Obrázek 3: Vztažná témata



7.1 Henry

Henry je terapeut, který se nespécifikuje přímo jako poradce pro pozůstalé, avšak během své terapeutické praxe se setkal s řadou klientů, kteří se na něj s tímto tématem obracují. Od roku 2017 poskytuje logoterapii v soukromé praxi a od koronavirové pandemie nabízí terapeutickou péči i v on-line prostředí. Smysl truchlení vnímá v ohodnocení dosavadního života a vztahu, o který pozůstalý přišel. Pozůstalý se také musí na život a společný vztah se zemřelým znovu podívat a následně si přivlastnit a integrovat věci, o které přišel v daném vztahu a byly pro něj důležité. Smysl truchlení také vidí v objevování krásy a hloubky života. Na práci s pozůstalými Henry považuje za nejtěžší bezradnost a bezmoc některých životních příběhů. Současně s tím vnímá těžkost a bolest klientů při výčitkách svědomí za nákazu blízké osoby během koronavirové pandemie, přičemž daná blízká osoba na virové onemocnění zemřela. Na práci s pozůstalými ho překvapuje odvážnost a životaschopnost klientů.

Terapeutický a poradenský proces při práci s pozůstalými v on-line prostředí

Henry v začátku rozhovoru vyjádřil, co ho přimělo poskytovat on-line péči pozůstalým. (*„Jak probíhal covid, tak to byl zlom, kdy najednou chtě nechtě musela být část péče přesunuta do on-line prostoru. Na začátku jsem pochyboval, nechtělo se mi do toho, pak ale s prvními zkušenostmi získáte určitou jistotu, že to funguje a danému člověku to pomáhá.“*). Dalším možným aspektem k přesunu bylo čtení zahraničních článků a výzkumů na téma on-line terapií, což prohloubilo jeho jistotu a odvahu poskytovat on-line služby. Veškerá on-line setkání s klienty probíhají formou videokonference přes platformu ZOOM. Aktuálně u Henryho převažuje face-to-face kontakt s klienty (*„Řekl bych, že to jsou tak dvě třetiny v přímém kontaktu a jedna třetina v on-line formě.“*).

Henry popsal intervenci u pozůstalých v rámci prvotního kontaktu s klientem (*„Když se ke mně klient dostane včas, někdy třeba pár dní po úmrtí svého blízkého, tak ten kontakt často začíná nebo připomíná krizovou intervenci.“*). Jedno až tři sezení věnuje krizové intervenci klienta, přičemž se snaží o klientovu stabilizaci (*„Dotyčný člověk potřebuje dostat onu událost do příběhu, ventilovat a odreagovat emoce.“*). Po včasné zásahu v podobě krizové intervence spolupráce přechází do poradenské či terapeutické činnosti, přičemž převažuje přechod do péče poradenské. Délka jednoho sezení s klientem je časově ohraničena šedesáti minutami. Tento časový rámeček je totožný v on-line i off-line formě.

Henry dále popsal typickou poradenskou intervenci (*„Typická intervence u pozůstalých vypadá vlastně tak, že z mojí strany je tam to otevření toho kontaktu, aby mi pověděli celý příběh o smrti toho člověka.“*). Během klientova vyprávění příběhu se přirozeně dostaví i emoce a emoční reakce (*„To je vlastně takový druhý krok, pomoci vyjádřit, pochopit a přijmout emoce jako je smutek, pláč, někdy i hněv.“*). Terapeutovým úkolem je nesoudit a také ujistit klienta, že jeho emoční reakce jsou adekvátní k situaci, ve které se právě nyní nachází. Pokud se během procesu truchlení neobjeví žádná komplikace a klient se cítí více aktivizovaný, dochází k postupnému ukončení spolupráce. Na ukončení spolupráce by se nemělo spěchat a terapeut by měl nechat klienta zhodnotit, zda terapeuta ještě nadále potřebuje (*„Když si myslím, že se blíží ukončení spolupráce, tak klientovi pokládám otázku, jak pozná, že mě nebude nadále potřebovat, podle čeho to pozná.“*). Henry uvedl, že ve většině případů je spolupráce s pozůstalými ukončena po pěti sezeních.

Klienti v on-line pozůstalostní péči

Henryho většinou kontaktují klienti s různorodým spektrem problémů. Nejčastěji u něj pomoc vyhledávají klienti na základě úzkostí a nespokojenosti se svým životem. Převažují tak klienti, kteří neprochází procesem truchlení, avšak někdy se může nezpracovaná reakce na ztrátu objevit jako jádro klientových aktuálních potíží.

Při práci s pozůstalými Henry také zaznamenal rozdíly v procesu truchlení u mužů a u žen (*„Ženy jsou v projevení emocí lepší, nestydí se, rychleji se k nim dostanou. Muži se za ně někdy stydí a někdy se neobjeví vůbec. Někdy mi třeba ten muž řekne, že si nedovolí plakat, truchlit nahlas nebo projevit žal nahlas, když je sám jenom, že to nedokáže se mnou. Někdy mám pocit, že muži mají takový pocit, že musí být takoví tvrdáci.“*).

Nemusí být pravidlem, že každý klient je vhodný pro on-line poradenství pozůstalostní péče. Henry uvedl, že pro on-line formu poradenství není vhodný ten typ klienta, který o on-line poradenství nestojí (*„Jedná se o klienty, kterým on-line komunikace nepřináší žádný benefit, zisk, prospěch, úlevu, zkrátka by mu takovýto kontakt přišel divný a nefungoval by. Takového klienta jsem ale zatím neměl, mluvím teď obecně, ne že bych měl konkrétní zkušenost.“*). Dále také vyjádřil určitou míru skepticismu při on-line práci s dětmi (*„Toho bych se bál. Pokud by to měla být práce s dítětem, tak bych do toho nešel. U těch dětí často pracuju s terapeutickým kartama, kresbou, vizuální technikou nebo něčím, na co si může to dítě sáhnout. A to v tom on-line světě nejde.“*).

Z Henryho zkušeností celkově vyplývá, že jeho klienti jsou za možnost on-line péče vděční a jsou rádi, že jim možnost této péče byla nabídnuta nebo poskytnuta (*„Já bych řekl, že jsou vděční, protože je celkem zoufalé v ČR terapeuta najít, sehnat ho. A když se najednou dozví, že je někdo vezme a mají konkrétní datum, je tam velká úleva a vděčnost, že to vůbec může být.“*).

Techniky užívané při práci s truchlením

Henry v rozhovoru popsal několik technik a metod užívaných při práci s truchlením. V logoterapii se obecně užívají tři základní techniky – modulace postoje, obnovení životaschopnosti a návrat do života (*„Pracovat vlastně s postojem k dalšímu životu. To znamená, když je ta práce s truchlením obtížnější, tak si zpravidla ten klient klade otázky jako: Jaký můj další život bude mít smysl? Všechno mu často připadá prázdné, nesmyslné a musí se nutit do různých činností do různých aktivit a potřebuje obnovit životaschopnost.“*). Při poradenství pozůstalým považuje Henry za jednu ze základních technik imaginaci (*„Můžete pomoci klientovi imaginovat, co mu ten mrtvý člověk říká, nebo co by ten mrtvý člověk poradil. Umožním tomu klientovi, aby se s mrtvým setkal.“*). Další vhodnou metodou může být povzbuzení klienta k rituálu. (*„Vedu ho k tomu, aby šel na pohřeb, aby tam byl ten rituál rozloučení. Nemusí to být v krematoriu ani kostele, ale určitě je dobrý, aby si rodina vyzvedla urnu. Další rituál vymyslíme spolu, aby ten rituál navázal na výročí fotkou, svíčkou nebo jít na hřbitov.“*). Při dlouhodobější spolupráci je možné nabídnout klientovi napsat zemřelému dopis (*„Napsat dopis mrtvému a potom mi ho zkusit přečíst je strašně moc silný na emoce. Může ho přečíst mně nebo na hřbitově nahlas tomu dotyčným mrtvým.“*).

Rozdíly v práci při off-line a on-line formě

Henry shrnul odlišnosti při práci on-line a off-line prostředí (*„On-line je pro mě náročnější, víc se musím snažit o evaluaci toho procesu, jak se nám ta práce daří a vysvětlit technické věci. Věnovat čas tomu, jak je na tom klient s připojením k internetu a ptám se, zda mu přijde moje pracovna jako bezpečná... Taký ubezpečit klienta, že nás nikdo neposlouchá a zaměřit se na jeho bezpečí, aby ho nikdo z jeho strany nerušil.“*). Při on-line práci jsou tedy kladeny vyšší nároky na terapeuta (*„To, na co musím dávat pozor v on-line, je věnovat vlastně větší pozornost klientovi a konkrétně se ptát v závěru toho setkání, jak na*

tom je, jak mu to vyhovuje, co mu chybělo, co by potřeboval z hlediska jeho komfortu.“). Přičemž již samotná pozornost, kterou musí terapeut při pozorování na klienta upírat, je velmi vyčerpávající (*„Při on-line setkání bývám unavenější a bolí mě oči, jak věnuju klientovi plnou pozornost. Vždycky nás učili snažit se věnovat klientovi maximální pozornost a v tom on-line prostoru je to o něco těžší.“*). Další rozdíl Henry vidí ve vnímání blízkosti kontaktu s klientem (*„V tom face-to-face setkání mám lepší kontakt s prožíváním a emocemi klienta. A méně často se ujišťuji a dělám méně často evaluaci v závěru toho sezení.“*). Tento kontakt může ovlivňovat i proces navazování a udržování vztahu s klientem (*„Ve face-to-face je vytvoření vztahu s klientem rychlejší, hlubší a plnější.“*). Z hlediska efektivity Henry hodnotí face-to-face formu setkávání jako efektivnější a při spolupráci s klientem preferuje osobní formu setkání (*„Určitě je moje preference potkat se klientem tváří v tvář a být s ním fyzicky v jedné místnosti.“*). I přes Henryho preference a názory ve prospěch osobního kontaktu oceňuje i on-line formu spolupráce s klientem (*„Jsem vděčný i za tu on-line formu, kdy díky té formě kontaktu můžeme tuto péči učinit jednodušší, dostupnější a levnější. Pokud je pro klienta dostupná pomoc přímo osobní, tak je to super, ale pokud není, tak je ten on-line kontakt rozhodně dostačující a dá se v něm udělat spousta dobré práce.“*). Ze všech tvrzení vyplývá, že hlavní rozdíly spočívají v nárocích na pozornost terapeuta, zabezpečení technického zázemí, pocitu blízkosti při kontaktu, věnování času evaluaci v závěru setkání, efektivitě, dostupnosti a finanční nákladnosti.

Komplikované truchlení

Henry rozlišuje komplikované truchlení od nekomplikovaného. Tato problematika byla v rozhovoru komunikována i s ohledem na Mezinárodní klasifikaci nemocí (*„Je důležité udělat si v těchto pojmech pořádek. To, že nějaké truchlení trvá dlouho nebo je náročné a těžké u některých jedinců je prostě fakt, a myslím si, že je dobře, že to bude v novém manuálu.“*). S komplikovaným truchlením má Henry i několik zkušeností (*„Většinou se jedná o komplikovaný vztah s tím zemřelým, nějaké nedořešené události. Výčitky nebo nějaká dřívější bolest, kterou dotyčný člověk neuzavřel. Pak taky takový ten symbiotický vztah, kde jeden je silnější a ten klient se o něj opíral a najednou je ten člověk pryč.“*). Komplikované truchlení se dále může objevit po prožití nehody, sebevraždy nebo také po úmrtí člena rodiny, se kterým byl pozůstalý v komplikovaném vztahu např. v podobě zneužívání. Henry také popsal, jak vypadá klient, který prochází komplikovaným truchlením (*„Klient je hodně dezorientovaný, je mu strašně špatně a blízcí uvažují o jeho hospitalizaci.“*

Není schopný pracovat, starat se, ale zase tihle lidé neskončí u mě, ale jsou hospitalizováni v nějakém zařízení.“). Během rozhovoru byla také vyslovena vděčnost za zavedení diagnostické kategorie zaměřené na komplikované truchlení (*„Jsem vděčný, že ta diagnostická jednotka je, nějací chytřejší lidé to nejspíš vymysleli správně a já jim v tom důvěřuju.“*).

Některé aspekty by mohly nést funkci snížení rizika výskytu komplikovaného truchlení (*„Podle mě by se to dalo snížit tím, že by byla dostupnější psychoterapeutická a poradenská péče o druhého člověka.“*). Henry dále také vnesl do rozhovoru myšlenku o preventivních programech ve školách, potřebě zmínit téma smrti i v rámci výuky nebo vyzvat rodiče, aby se nebáli s dětmi hovořit o smrti.

V kontextu on-line práce s pozůstalými procházejícími komplikovaným truchlením Henry většinou neužívá konkrétní dané techniky nebo metody, ale drží se určitých úkolů či kroků (*„Je dobré zůstat s klientem tady a teď v jeho fenomenálním prožitkovém prostoru a pomoci mu vyjádřit, pojmenovávat a reflektovat emoce a dovolit mu, aby je prožil a dal je ven. V první řadě by měl být člověk upřímný a poctivý sám k sobě. Když tohle dokáže, pak se mu to může dařit i k druhým lidem.“*). Role terapeuta je tedy neodsuzovat, nehodnotit. Pokud se toto terapeutovi povede, tak se to komplikované truchlení postupně mění v truchlení běžné (*„Důležité je udržet linii příběhu, emocí, pomoci vyjádřit emoce a dát klientovi prostor, aby tu hodinu byl tím, kým být chce. Tohle jde udělat v on-linu poměrně dobře.“*). On-line péči o pozůstalé procházející komplikovaným truchlením Henry především hodnotí jako náročnější a méně pohodlnou, avšak lze ji úspěšně poskytovat. Co se týká konkrétních technik při práci s komplikovaným truchlením, dle Henryho ne každou techniku lze v on-line prostředí provést (*„Mně v tom face-to-face kontaktu funguje technika práce s fotkami. Přes ty fotky se rychle dostanete ke vztahu, emocím a příběhu těch dvou, a to v tom on-line světě nejde. Ani bych se o to nepokoušel, že bysme si nějak nasdíleli fotky na obrazovce, tohle nejde.“*). Ačkoliv lze on-line pracovat s komplikovaným truchlením, je nutno během poskytování péče myslet na limity on-line prostředí.

7.2 Elisabeth

Elisabeth je žena, která má vystudovaný magisterský titul v oboru jednooborové psychologie. Zároveň absolvovala kurz komplexní krizové intervence a v současné době pracuje jako poradce pro pozůstalé již šestým rokem. S prací s pozůstalými se poprvé setkala při zaměstnání v krizovém centru, avšak pouze ve formě face-to-face. On-line poradenství začala poskytovat i v soukromé praxi, kterou nyní poskytuje druhým rokem. Na práci poradce pro pozůstalé ji nejvíce překvapují klienti, kteří potlačují své emoce či si nechtějí připustit ztrátu blízkého a projevují se navenek jako vysmátí. Zároveň ji na její práci přijde nejtěžší pracovat s pozůstalými rodiči z toho důvodu, že se momentálně nachází v rodičovské roli a dokáže se empaticky vcítit do jejich tíživé situace.

Terapeutický a poradenský proces při práci s pozůstalými v on-line prostředí

Elisabeth popsala, jak se dostala k poskytování on-line poradenství. Jako motivace pro odstartování on-line poradenství uvedla dva hlavní důvody („*To on-line poradenství je fajn, že člověk to může dělat z bezpečného prostředí ze svého domova. Takže se cítí i takový jistější. Ale když to tak řeknu, tak mi klienti volili on-line formu kvůli vzdálenosti.*“). Na on-line formě kontaktu při spolupráci se však vždy nejprve s klientem domluvila po předchozí osobní konzultaci („*Nestalo se mi, že by se mi vyloženě někdo přihlásil na první sezení on-line. Většinou to probíhalo tak, že jsme se jednou dvakrát viděli osobně a potom jsme plynule přešli na on-line poradenství, protože to měl ke mně daleko anebo to pro něj bylo zkrátka pohodlnější.*“). Pro on-line komunikaci a setkávání s klientem používá platformu ZOOM.

V rámci on-line práce s pozůstalými také představila přístup, jak pracovat s klientem, který na setkání přijde v akutní krizi. V tomto případě využívá přístupu užívaného převážně v krizové intervenci („*Tam se hodně pracuje s tichem, protože ze začátku ten klient nechce mluvit, někdy spíš nechtějí přiznat, že ten zemřelý opravdu zemřel a teď jsme tu kvůli tomu, aby o tom mluvil. A také práce s emocemi, případně zklidnění a vrácení toho klienta do reality.*“). Sama rozlišuje krizovou intervenci od obecné intervence s pozůstalými a vnímá je jako dvě odlišné věci. Při obecné intervenci se soustředí na různé skutečnosti a postupuje odlišněji („*Představíme se, řeknu klientovi, ať se pohodlně usadí a když už mi psal dopředu, tak já většinou už vím, s čím ten klient přichází a používám takové ty úvodní formulky.*“). Dále jsou s klientem komunikovány technické a praktické informace ohledně časového ohraničení jednoho sezení a zaručení diskrétnosti, což se nijak neliší od formy on-line i face-

to-face („*Já mám obecně stanovené na 50 minut, ale samozřejmě se to kolikrát natáhne, když vám ten člověk pláče. Takže většinou do hodiny to trvá, když už vidím, že se blíží těch 50 minut, tak opatrně se snažím téma směřovat ke konci a většinou to nepřesáhne déle jak hodinu.*“). Časový rámec spolupráce s klientem se pokaždé liší a nelze tedy stanovit přesné časové ohraničení. Do hrubého průměrování Elisabeth odhadla spolupráci okolo 6 měsíců.

Při další práci s truchlením se Elisabeth drží jednoho hlavního pravidla („*Víceméně se snažíme o tom zemřelém hodně hovořit. Poté zde mají ten prostor i hodně vyhlídky do budoucnosti.*“).

Klienti v on-line pozůstalostní péči

Elisabeth uvedla, že ne všichni klienti se hodí pro on-line práci („*Například v případě klienta se sebevražednými sklony. V ten moment tam vlastně zahajují krizovou intervenci. V tomhle případě bych spíše volila vždycky tu osobní formu, protože takhle toho klienta máte více pod kontrolou, než kdybyste s ním mluvila a on se vám vypne.*“).

Dále také vnímá jistý rozdíl v procesu truchlení u mužů a u žen a je nutno na to při práci brát ohled („*Muži nedávají moc najevo ty emoce a obecně, ať už to je truchlení nebo celkově, tak si to spíše řeší po svém. Ženy jsou takové citlivější, ty si popláčou, postěžují si, ponadávají si. Ti muži jsou taková hodně racionální, drží jakoby ty svoje emoce pod pokličkou.*“).

Zároveň také projevila skepticismus při představě poskytování on-line skupinového poradenství („*Co se týká třeba skupinového on-line poradenství, neumím si představit, že bych například s truchlícími rodiči měla on-line.*“).

Metody užívané při práci s truchlením

Elisabeth při své práci využívá několik metod, které čerpá z certifikovaného kurzu Poradenství pro pozůstalé. Častou metodou užívanou při práci s pozůstalými bývá vzpomínkový box („*Vzpomínkový box, to znamená, že klient přinese nějakou krabici, do které si dá předměty, které mu toho zemřelého připomínají. A posléze je vytahuje postupně a taky se o nich bavíme.*“). Další užívanou technikou může být vzpomínání na zemřelého pomocí fotografií („*Využívám takové vzpomínkové album. Je vlastně to, že si povídáme o fotkách zemřelého.*“). Další možnou metodou může být pořádání rituálů („*Rituály, to je že*

si pozůstaly si udělá nějaký svý pamětní místo doma, zasadí si stromeček, pouští balónky nebo lahve po vodě, nebo také píšeme dopisy. Posléze ho přečtu já, nebo mi ho přečte on.“). Nutno zmínit, že ne všechny výše zmíněné techniky jsou funkční pro on-line prostor, ale pouze pro osobní kontakt (*„V naší době už se dají nějakým způsobem přetransformovat tak, aby to šlo i on-line, ale za mě to není úplně košer.“*).

Rozdíly v práci off-line a on-line formě

Elisabeth charakterizovala několik základních rozdílů v on-line a off-line formě. První rozdíl se nachází již u samotného výběru technik. Je nutno dopředu si rozmyslet, jak tato technika půjde realizovat v on-line prostředí (*„Sice to má být stejná technika, ale přitom je úplně jiná, když ji děláte s klientem osobně nebo on-line.“*). Druhý rozdíl vnímá v odlišném vnímání lidského kontaktu (*„Klientovi chybí vřelejší přístup, který mu přes tu kameru nedáte. Takže možná ze strany klienta je tam někdy brzda v tom otevření emocí. Něco jiného je, když člověka máte naproti sobě, popláče si a vy ho můžete po tom rameni poplácat.“*). Dále také zmiňuje odlišné vnímání času (*„V tom osobním setkání to rychleji uteče oběma stranám.“*). Zároveň také upozornila, že se na práci v on-line prostředí nehodí klienti, kteří mají sebevražedné tendence (*„Neumím si představit situaci, kdyby se u klienta objevily sebevražedné sklony. V tomhle případě bych spíše volila vždycky tu osobní formu, protože toho klienta máte více pod kontrolou, než kdybyste s ním mluvila a on se vám vypne.“*). V průběhu rozhovoru byla Elisabeth také tázána na vnímání rozdílnosti v délce spolupráce s klienty u formy on-line a osobního setkání (*„Zatím se mi stalo, že jsem měla delší ty osobní spolupráce, než ty onlajnovky, ale tam je otázkou, zda to bylo kvůli té formě. Někomu postačí pár sezení a někdo chodí třeba rok, takže těžko říct.“*). Tento rozdíl tedy nebyl potvrzen. Elisabeth vnímá jeden hlavní rozdíl, který považuje při práci v on-line prostředí za signifikantní výhodu (*„Přínosem je určitě ta vzdálenost. Člověk to nemusí řešit a pokud se opravdu necítí na to jít do té společnosti, tak nemusí. Může to mít z domova, takže tady v tomto je to pro toho klienta pohodlnější. Někdy ani nemusí žít daleko od mojí konzultovny, nemusí v tom hrát roli žádná sociální fobie, ale prostě mu to tak vyhovuje.“*). Výhrady naopak vnímá ve třech základních oblastech. Největší výhrady má k omezení použití některých technik (*„On-line prostor určuje i ty techniky. Techniky jako vzpomínkový box nebo album vzpomínek nebo cokoliv, tak přes tu webku nejde. Měla jsem klientku, co udělala prezentaci s fotkama a nasdílela mi jí přes zoom. Tak tady to jsme dělaly, ale není to tak osobní, jako když se to s člověkem dělá face-to-face.“*). Dále navazuje na absenci

lidského kontaktu, který může do jisté míry ovlivňovat vzájemný vztah s klientem („*Když to řeknu familiárně tak babičky jsou hodně fixovány na dotyk. Takže ony jsou takové, že natáhnou ty ruce a popláčou si a vyloženě vyžadují ten kontakt. Je to něco jiného na dálku.*“).

Komplikované truchlení

V rámci práce s truchlením bylo otevřeno i téma komplikovaného truchlení („*Za mě komplikované truchlení existuje, ale nenazvala bych to jako nějakou diagnózu. Je to prostě truchlení, které nějakým způsobem toho člověka limituje, komplikuje mu život a ten proces toho utrpení, ale nevnímala bych to jako vyloženě nějakou odchylku. Nicméně se tady od toho trošku distancuji, protože už jsem měla i klienty, kteří hodně čtou a přišli za mnou s otázkou, jestli mají komplikované truchlení, takže proto bych byla opatrná.*“). V rámci komplikovaného truchlení Elisabeth zmínila, jak s ním lze pracovat („*Tam je většinou ten problém, že ten klient na toho zemřelého nechce vzpomínat, přičemž právě používám třeba to album vzpomínek. Nijakým způsobem nepřesvědčuji, ale snažím se mu pomoci v tom, aby se na ty fotky mohl aspoň podívat. Hodně o tom pozůstalém mluvíme, bavíme se o životě toho zemřelého.*“). Naopak lze pracovat i se situací, kdy se klient nechce od zemřelého distancovat a může mít i pocit, že tam s ním stále je („*Někdy používáme techniku Prázdné židle. Že když už ten člověk pořád s ním je, tak ať si s ním povídá přede mnou, ať mu řekne, co mu chybí, aby od něj už mohl odejít, aby se mohl osvobodit.*“). Tyto techniky jsou však vhodné pouze pro osobní kontakt s klientem, což může být při práci s komplikovaným truchlením velice omezující a z toho důvodu Elisabeth vyjádřila své preference směrem k osobnímu kontaktu („*Obecně více preferuji sama za sebe osobní, zvláště právě u toho, když se bavíme o tom poradenství pro pozůstalé, tak jsou tam i techniky, které se špatně dělají přes tu síť. Je lepší, když jsem s tím klientem normálně pospolu.*“).

Co se týká komplikovaného truchlení, vyjádřila také svůj názor ohledně podávání medikací u pozůstalých („*U těch pozůstalých tam je hodně problém třeba se spánkem. Oni nedokážou spát, protože mají noční můry nebo hodně přemýšlejí, nemají potřebu spát a následně nemohou potom další den fungovat a mohou zkolabovat. Když se mě klient zeptá, jestli je potřeba medikace, tak s tím třeba souhlasím.*“).

7.3 George

George je terapeut, který se již devátým rokem věnuje práci pro pozůstalé v rodinách a také poradenství. Zkušenosti s on-line prací s pozůstalými začal čerpat v době koronavirové pandemie. Během své profesní kariéry absolvoval certifikovaný kurz poradce pro pozůstalé, kurz komplexní krizové intervence a terapeutický výcvik v satiterapii zaměřený na buddhistickou psychologii. V náplni jeho práce George hodnotí jako nejtěžší samotnou péči o nemocné a jejich pečující, která je velmi psychicky náročná. Překvapující na této práci je láskyplný vztah v rodině.

Terapeutický a poradenský proces při práci s pozůstalými v on-line prostředí

George měl zkušenosti s on-line komunikací ještě před samotným začátkem poskytování on-line terapií. V rámci rodinného kontextu již sedm let komunikuje s příslušníkem rodiny přes aplikaci *Facetime*. Terapie přesunul do on-line prostředí pouze po dobu koronavirové pandemie, kdy nebylo možné osobní setkání. Někteří jedinci však nastoupili do dlouhodobé spolupráce i po umožnění osobního kontaktu. Tyto terapie probíhaly prostřednictvím aplikace *Whatsapp* prostřednictvím videokonferenčního hovoru. George při on-line kontaktu klade důraz na zapnutou kameru („*Tuhle situaci si opečuju, abych viděl opravdu horní část těla, celou hlavu i část rukou.*“). Časová ohraničenost jednoho setkání zůstává stejná v osobním i on-line kontaktu, u prvního setkání hodina a půl a u dalších zpravidla hodina. Průměrná spolupráce s pozůstalými v on-line prostoru činí okolo dvaceti setkání, přičemž se s klientem schází jednou za týden nebo za čtrnáct dní.

Při typické běžné intervenci s klientem za hlavní a důležitý základ George považuje příjemné zázemí. U prvního kontaktu s klientem se snaží o navození příjemného pocitu bezpečí a následném dobrém uvedení („*Počkám, jestli rovnou začne sdílet, popřípadě mu řeknu, co všechno ode mě může čekat. Moje snaha na začátku je vytvořit fakt velkou důvěru, na což stačí prvních pět až deset minut.*“). Ve své práci také George zmiňuje, že když to vyžaduje situace, poskytuje taktéž krizovou pomoc („*Když vidím, že se nachází v krizi, tak s ním začnu pracovat jako s krizovým klientem.*“). Po stabilizaci klienta přechází krizová intervence dle stavu klienta do psychoterapie nebo poradenství („*Důležité je zajistit dobré zázemí, aby se klient pokaždé cítil dobře.*“). Pokud se během spolupráce vyskytnou hodně silné emoce, je důležité, aby s nimi klient uměl pracovat a terapeut mu s tím pomohl („*Pokud si s nima neví rady, tak mu je pomůžu pojmenovat a nechávám ho je hodně prožívat. Pokud*

tyto silné emoce zažívá i mimo terapeutovnu, trénujeme, jak s nima pracovat.“). Na základě klientovy zpětné vazby může terapeut poznat, zda je pomoc ještě nadále potřebná. Pokud se klient cítí být připraven pokračovat bez terapeutovy pomoci, dochází k postupnému ukončení spolupráce.

Klienti v on-line pozůstalostní péči

V on-line setkání George vnímá možnou překážku na straně klienta, která může do jisté míry ovlivňovat terapeutický proces (*„Napadá mě, že si nemusí udělat bezpečný prostředí, takže tam někdo chodí, nebo je nervózní, že tam někdo přijde. Takže tyhle věci mohou dělat potíže, ale většinou nedělalo.“*). Při on-line kontaktu by si měl klient i terapeut zajistit vhodné podmínky (*„Možná i dostatek světla, pořádně si rozsvítit, abychom na sebe dobře viděli.“*).

George také zaznamenává určitý rozdíl v procesu truchlení u mužů a u žen. Je tedy vhodné tomu přizpůsobit i přístup terapeuta a dopředu by s tím měl počítat (*„Rozdíl je asi v tom, že u chlapů je vlastně v pořádku udržet ty emoce a nedávat je tolik najevo. Ale já ty emoce jim dovoluji a případně i pomáhám těm chlapům najít, kde je dobrý ty emoce držet a kdy naopak je dobrý pustit, aby věděli, že tady jsou emoce v pořádku.“*). Ženy nejsou ve společnosti nuceny držet své emoce a bývají tak v projevu truchlení expresivnější.

Metody užívané při práci s truchlením

Během práce s pozůstalými George využívá všímavosti či mindfulness (*„Všímám si, kde se klient nachází v příběhu a snažím se jít po tom, co se tam stalo. Pokud klient umí pracovat s emocemi a akorát si s nima neví rady, tak tam ho nechávám hodně prožívat, klidně někdy i čtyřicet minut a mám na něj zavěšenou tu vstřícnou pozornost, kterou on vnímá.“*). Dále se mohou také objevovat silné emoce ze strany klienta, se kterými lze také úspěšně pracovat (*„Moji péčí je pojmenovávat emoce, dát to do té mysli. Pokud je naopak člověk furt v hlavě, tak chytám ty emoce, který tam jsou, zastavuju je na tom a držím, dokud si je neuvědomí... nepřetahuju se, ale pevně držím to lano.“*). V roli terapeuta je žádoucí být při jednotlivých sezeních autentický a přispět do spolupráce nějakou svojí zkušeností. George klade důraz i na vzpomínky a zkušenosti klienta a z toho důvodu užívá techniku zvanou *Remembering* (*„Remembering, to je vlastně taková technika, která má sadu otázek,*

kteří mají za úkol oživit to, co by nemělo být zapomenuté.“). V neposlední řadě může terapeutickému a poradenskému procesu napomoci vzájemné předávání zpětné vazby.

Rozdíly v práci off-line a on-line formě

Při odlišení práce s pozůstalými při osobním a on-line setkáváním George vycházel z výhod a nevýhod on-line prostoru. Upozornil na možnost uspořádat setkání na větší vzdálenost při on-line setkání (*„Měl jsem klienty, kteří byli z Vysočiny nebo dokonce z Francie, takže pro ně bylo jednodušší on-line kontakt i příjemnější. Takže na tyto klienty se to dalo krásně využít.“*). Naopak osobní setkání se odlišuje od on-line formy tím, že terapeut je schopný lépe zajistit bezpečný prostor pro klienta (*„Při osobním setkání na dveřích otočím štítek na červenou, což znamená konzultace, takže víme, že nás nikdo nevyruší a je to bezpečné prostředí.“*). Při osobním kontaktu tak lze lépe ošetřit klientovu bezpečnost než v on-line prostředí, kde nelze ovlivnit bezpečí mladého klienta (*„Nelze zjistit, zda jeho rodiče neposlouchají za dveřmi.“*). Tato problematika se však vyskytuje i u dospělých klientů, přičemž může vyrušovat kdokoliv z klientovy domácnosti. Další možnou nevýhodou lze zaznamenat v internetovém připojení. George však osobně s tím neměl téměř žádné potíže (*„To připojení může být drobný limit, ale dneska už je většinou dobrý.“*). Dále také popisuje rozdílnost v počtu klientů při on-line práci. Uváděl větší obtížnost při pořádání skupinového setkání s pozůstalými (*„Ani jsme to nezkoušeli. On-line skupinu pozůstalých jsem si moc nedokázal představit. Myslím, že by to bylo až hrozně moc práce tu skupinu nějak udržet.“*).

Komplikované truchlení

Pod komplikovaným truchlením si George představuje stav pozůstalého, který si již před úmrtím blízkého člověka procházel dlouhodobě životními komplikacemi. Vyslovil také nejednoznačnost pojmu, protože truchlení může být komplikované samo o sobě (*„Já bych ho nazval komplikovaný ve smyslu, že to je takové vyhýbání se smutku, který by měl dolíhat přirozeně. Anebo tam jsou komplikace v tom vztahu, kdy se to neukončilo a s tím konfliktem ten člověk žije dál. Ten konflikt může bránit prožívat smutek nebo zesilovat do nějakého stavu, ve kterém nechce být nebo kterej odmítá.“*). Někdy také může nastat odložené truchlení, které se projeví na základě určitého spouštěče po uběhnutí určité doby od úmrtí

(„Ten dlouhý čas je velká komplikace, kdy si pozůstalý začne uvědomovat, že vlastně tím truchlením vůbec neprošel nebo se mu vyhnul.“).

Při komplikovaném truchlení George užívá určitý funkční postup, který lze aplikovat i v on-line prostoru *(„Zmapuju, jak to se sebou vlastně má, jak zachází s těma svýma emocema. Dál vytváříme nějaký systém celodenní péče od vstávání po usínání. Taky je učím nebo informuju o tom, jak je důležitý spánek.“)*. Mimo edukaci ohledně důležitosti těchto návyků se klient také učí, jak zacházet s přívalem emocí, které se mohou objevit i v nepříliš vhodné chvíli *(„My vlastně zmapujeme všechny ty úskalí a situace, kde se mu, co stává, jak s tím zachází a nezachází. Vytváříme vlastně i čas a prostor, ve kterém může truchlit. Takže paradoxně děláme vše obráceně, než by dělal on sám.“)*. V případě nevyjasněných vztahových potíží si lze také představit, že naproti klientovi sedí zemřelý *(„Je třeba překvapující, jak dobře to funguje, jak máme zvnitřněný naše blízký. Takže se můžou dozvědět spousta věcí, který si mysleli, že se nedají získat.“)*. Za základ při práci s komplikovaným i nekomplikovaným truchlením George považuje osobní kontakt s klienty *(„On-line setkávání je hlavně v době, kdy to opravdu nešlo. Takže je to taková věc, která je v šuplíku a vytáhne se, když je to potřeba. Ten základ je face-to-face.“)*.

7.4 Margaret

Margaret je terapeutka, kterou k tématu pozůstalosti přivedla vlastní zkušenost s truchlením. V rámci vzdělávání absolvovala certifikovaný kurz poradenství pro pozůstalé a také terapeutický výcvik zaměřený na klienta. Práci s pozůstalými se nyní věnuje již desátým rokem, přičemž v případě potřeby klienta poskytuje i on-line psychoterapie. Margaret truchlení vnímá jako proces zpracování emocí ztráty a přijímání reality. Zároveň se pozůstalý nachází v nejhroší možné krizi, přičemž se člověk musí naučit žít se ztrátou. Při práci s truchlením Margaret hodnotí jako nejtěžší sílu a intenzitu emocí, se kterou souvisí i samotná práce sám se sebou, zda je dotyčný schopný takovou tíhu unést. Na její práci ji nejvíce překvapuje osudovost, co je osud v životě schopen připravit lidem.

Terapeutický a poradenský proces při práci s pozůstalými v on-line prostředí

Margaret začala s on-line psychoterapií již dávno před započatím koronavirové pandemie, avšak nemohla si vzpomenout na konkrétnější časový rámec. Důvodem pro poskytování on-line péče byli čeští klienti, kteří žili v odlišném státě a z toho důvodu nebylo možné dojíždět do terapeutovny tak často, jak by bylo potřeba. Během své soukromé praxe se však setkala s poskytováním různých typů pomoci pozůstalým (*„V jednom případě jsem doprovázela paní i na policejní vyšetřování v důsledku tragické smrti části rodiny. Doprovázela jsem ji i poté na pohřební službu a účastnila jsem se i samotného pohřbu.“*). Součástí její práce tak je i doprovázení pozůstalého a poskytování poradenství v rámci příprav pohřbu. Primárně se však zaměřuje na terapie (*„Dlouhodobější psychoterapie je hlavní pro to mé působení a je to vlastně největší objem mé práce.“*). V případě potřeb klienta vyžadujících akutní zásah dále také poskytuje krizovou intervenci (*„Krizovou intervenci v případě, že se ke mně přihlásí klient, který je v nějaké krizi, ale není to úplně běžné, že bych ji poskytovala v rámci mé soukromé poradenské praxe.“*). Jak je tu již výše zmíněno, Margaret se zaměřuje spíše na dlouhodobější spolupráci, která se odehrává v rámci desítek hodin během několika měsíců. Standartně má nastavenou časovou sazbu padesáti minut pro jedno sezení s klientem. Tyto časové údaje jsou totožné i pro on-line prostředí a nebyla zde zaznamenána žádná odchylka.

Začátek typické intervence s pozůstalými se dle Margaret odvíjí od samotné fáze procesu truchlení pozůstalého (*„V momentě, kdy opravdu přijde člověk do poradenství, kterému náhle zemřel blízký, a ještě nebyl ani pohřeb, tak je to opravdu o tom, dát mu*

prostor, abychom se podívali, jak to ten člověk má. Ptám se, jestli má v plánu udělat pohřeb nebo jaká je aktuální situace. I v první chvíli obvykle mapuju situaci a snažím se ho podpořit v tom, aby dokázal udělat jednotlivé kroky těch jednotlivých rituálů.“). Pokud klient kontaktuje Margaret až po pohřbu, intervence se zaměřuje na ventilaci a uvolnění emocí. *(„Ty intervence jsou opravdu založené hlavně na tom dát prostor pro ten smutek a žal, pro opakované vyprávění, jak se ty věci odehrály, jak se staly. V první řadě mapuju situaci a jeho sociální a rodinné vazby, mít nějakou podporu.“*). Po zmapování situace, která může trvat i v řádech měsíců, se poté přechází k dalšímu kroku *(„Hledáme s klientem, co pro něj může být kotva, čeho se může do budoucna začít chytat, takže hledání i nějakých zdrojů.“*). Ve chvíli, kdy klient projde tímto procesem, spolupráce se chýlí ke konci *(„Ukončení té spolupráce je vlastně nějaká příprava, zrovna konkrétně v poradenství pro pozůstalé si myslím, že to bylo většinou tak, že ta každotýdenní frekvence se zmenšila na jednu za dva týdny, jednou za měsíc.“*). Díky úspěšnému hledání zdrojů opory se pozůstalý cítil být sociálně podpořen a postupnými kroky se dařilo spolupráci ukončit.

Klienti v on-line pozůstalostní péči

Při on-line práci se mohou vyskytovat překážky na straně klienta, které mohou bránit úspěšnému poradenskému a terapeutickému procesu *(„Určitě nedostatek soukromí, to je u těch on-line určitě velká bariéra. Může to být taky, když je ten člověk nějak silně psychicky rozrušený, může to být náročné mapovat.“*). Pokud však poskytovatelé on-line služby dosahují určité odbornosti v této oblasti, neměl by zde nastat dle Margaret žádný větší problém. On-line poradenství by však nedoporučila klientům, kteří mají oslabený sluch či jiný handicap *(„Handicapem ve smyslu například také mentální retardace“*). V neposlední řadě také zmínila klienta, který může být pod vlivem návykových látek.

Klienti, se kterými se Margaret setkává ve své poradenské praxi, si však on-line kontaktu váží *(„Tam převažoval ten faktor, že vůbec to poradenství můžou čerpat, že mají možnost získat něco takového a že to je v on-line formě vlastně úplně jako neřešili. Spíš prostě byli vděční za tu pomoc.“*). I na celkový poradenský proces mají klienti pozitivní názor *(„Zpětná vazba u těch klientů byla taková, že se i přes ten on-line prostor daří držet poradenský vztah na dobrý úrovni.“*). Preference klientů však stále stojí na straně osobního kontaktu *(„Co si budeme povídat, určitě ten osobní kontakt dle mé zkušenosti ti klienti spíš preferují, ale samozřejmě pro spoustu lidí je výhodnější nějaká anonymita.“*).

Margaret zaznamenává jisté odlišnosti při práci s truchlením u mužů a u žen. Nejčastěji se na pozůstalostní péči obracejí ženy (*„Jsou to hlavně ženy, které vyhledávají odbornou pomoc. Zatím jsem nejvíce pracovala s ženami ve věku čtyřicet až tak šedesát pět let, a buď to byly vdovy, nebo to byly osoby, kterým zemřelo dítě nebo blízcí příbuzní.“*). Rozdíl lze zaznamenat i v samotném procesu truchlení u těchto pohlaví (*„Muži truchlí trochu odlišněji než ženy. Ženy často doprovází silné projevy emocí a u mužů tomu není v takové míře, je to taková delší cesta k tomu.“*).

Techniky užívané při práci s truchlením

Margaret při své práci pracuje v poradenství s klientem tak, že ho doprovází a nepoužívá žádné konkrétní techniky. Nejprve udávala, že v první řadě je nejdůležitější se zorientovat v příběhu klienta a v jaké situaci se nachází (*„Obvykle s klientem mapuju situaci a snažím se ho podpořit v tom udělat pohřební rituál. V momentě, kdy se člověk dostává do toho truchlení, tak tam dávám prostor pro jeho smutek, pro ten žal, pro opakované vyprávění, tak jak se ty věci odehrály, jak se staly, aby mohl opravdu pouštět, co v sobě má.“*).

V momentu, kdy by se jednalo o hlubší a závažnější situaci, přechází do roviny psychoterapie. Psychoterapie již sahá do vztahové stránky s klientem, přičemž se Margaret snaží navázat se empaticky na klienta a bezpodmínečně ho přijmout. Terapeut nehodnotí a působí na klienta autenticky a transparentně. Tímto způsobem Margaret aplikuje léčebný proces na klienta.

Rozdíly v práci off-line a on-line formě

On-line forma práce s klientem se od off-line formy dle Margaret liší vzdáleností, anonymitou, omezeným kontaktem, méně důvěrným vztahem a vytvořením bezpečného prostředí. Tyto aspekty během rozhovoru více přiblížila a okomentovala (*„Určitě ten osobní kontakt je nějakým způsobem trochu omezený. Jsem přesvědčená, že i pro klienta je ten kontakt chybějící právě s tou osobou.“*). Dále taky on-line může být realizována na větší vzdálenost a klient se může připojit z místa, kde se cítí bezpečně. S on-line kontaktem je také spojená větší anonymita klienta, přičemž pokud nechce, nemusí udávat své celé jméno. V osobním kontaktu ale dle Margaret lze vytvořit důvěrnější vztah (*„To vše jsou samozřejmě úvahy, které se k tomu nabízejí. Jinak asi mě nic dalšího nenapadá.“*).

Komplikované truchlení

Margaret uvádí, že se ve své praxi doposud nesešla se vzorem komplikovaného truchlení. Avšak na základě povědomí o komplikovaném truchlení z odborné literatury vyjádřila svůj souhlas a podporu ohledně zařazení diagnostické jednotky *Patologický zármutek* do mezinárodní klasifikace nemocí. V rámci tohoto tématu byla Margaret tázána na její pohled a názory týkající se komplikovaného truchlení. Nejvíce ohroženou skupinou pro výskyt komplikovaného truchlení jsou rodiče, kterým zemře dítě, a pozůstalí po násilných, náhlých a nečekaných úmrtích (*„To jsou tak závažné události, že si myslím, že není vůbec překvapení, že k tomu může dojít. Zejména, pokud ty lidi neměli bezprostředně po té události nějakou možnost si to odtruchlit, případně nějakou pomoc v doprovázení.“*). Snížení rizika výskytu komplikovaného truchlení vidí ve včasné intervenci (*„Včasná pomoc je prostě nejdůležitější. Co se týče psychické péče, tak si myslím, že rozhodně čím dřív člověk dostane intervenci podpůrnou, krizovou intervenci nebo jakoukoliv podporu, která ho může nějak doprovázet, tak jsem přesvědčená, že je to plus.“*). Kdyby se v soukromé praxi objevil klient procházející komplikovaným truchlením, držela by se svého psychoterapeutického přístupu. V této situaci práce s klientem dle Margaret přechází v terapeutickou péči a je nutno s klientem tuto změnu zarámovat a komunikovat. Během terapeutického vztahu s klientem se drží rámce *lege artis*⁴ (*„Součástí mého psychoterapeutického přístupu jsou parametry jako bezpodmínečné přijetí, empatie a nehodnotící přístup.“*).

V neposlední řadě byl také vyjádřen názor na medikaci pozůstalých (*„Pokud psychický stav toho člověka opravdu nedovoluje dlouhodobé fungování, tak je rozhodně medikace na místě. Je třeba psychiatrické vyšetření, protože dle mého názoru je opravdu smrt na stupnici těch dopadů nejvyšší. S ničím horším jsem se nesešla. Zároveň je ale třeba říct, že samotná medikace nic nevyřeší a je potřeba to kombinovat s adekvátní psychologickou pomocí.“*).

⁴ Dle pravidel a přístupu terapeutického výcviku.

7.5 Jessica

Jessica je psycholožka pracující v paliativním týmu v nemocničním zařízení. V současné době je v integrativním psychoterapeutickém výcviku. Aktuálně pracuje s pozůstalými druhým rokem, přičemž se s klienty setkává jak osobně, tak i prostřednictvím telefonu a videokonferencí. Truchlení Jessica chápe jako přirozený proces, kterým si lidé procházejí po ztrátě někoho blízkého. Během tohoto procesu se pozůstalý musí vyrovnat s tím, že tu už blízký není, a naučit se s tím žít. Jako nejtěžší aspekt na své práci hodnotí výzvu být blízko smrti, dennodenní kontakt se smrtí mladých lidí a dětí. Překvapující pro ni je emocionální prožívání, které ne vždy koreluje s předvídatelností úmrtí a věkem zemřelého. Tuto situaci uvedla na příkladu umírajícího otce v 95 letech a emočním prožitku jeho dcery.

Terapeutický a poradenský proces při práci s pozůstalými v on-line prostředí

V rámci profesní kariéry se Jessica setkává s umírajícími i pozůstalými, přičemž hlavní práce spočívá v komunikaci s pozůstalými při osobním kontaktu. V rámci pozůstalostní péče však užívá i telefonickou komunikaci například v podobě kondolenčních hovorů. Část práce se skládá také z on-line setkání s klienty prostřednictvím aplikace ZOOM, avšak to není její stěžejní profesní náplní. Jessica se od ostatních respondentů odlišuje také tím, že z hlediska omezené kapacity paliativního týmu nemají klienty v dlouhodobé péči (*„My hodně pečujeme o ty lidi, než zemřou, druhá část je rodina pacienta a třetí část je pozůstalost a vlastně péče o ty rodinný příslušníky.“*). Délka péče je nastavená zpravidla na tři až pět sezení, přičemž pokud klientův stav je stále závažný, paliativní tým odkazuje na jiné organizace či soukromé odborníky pro práci s truchlením. Časový rámec jednoho sezení je stanoven na jednu hodinu. Tato časová dotace zůstává stejně nastavena i v on-line prostoru.

Při péči o klienty Jessica využívá krizovou intervenci, poradenství či krátkodobou psychoterapii. Běžná intervence s pozůstalými je založená na mapování situace a potřeb pozůstalého (*„Nechávám to na něm, o čem chce mluvit, na co to chce vztáhnout nebo co je třeba jeho zakázka. Pak se snažím hodně mapovat tu situaci, ty potřeby. Jestli ten člověk zvládá bazálně svůj život, nají se, vyspí se, jak je tím zármutkem zasažený.“*). Během průběhu spolupráce je jen na klientovi, co chce aktuálně sdílet a jaký má plán na další dny či jakým způsobem si strukturuje svůj čas. Terapeut by měl hlídat, zda se ve struktuře času klienta

objevují rituály ve vzpomínání na zemřelého. Spolupráce je většinou nejčastěji ukončena po zhodnocení modelu procesu truchlení dle vyvážené oscilace pozůstalého mezi póly orientace na ztrátu a orientace na obnovu (*„Pokud ten člověk dobře osciluje mezi těma dvěma póly, domluvíme se, zda mě druhá strana ještě stále potřebuje. Částečně je to také zvenku nastavený a ohraničený těmi pěti sezeními maximálně.“*).

Klienti v on-line pozůstalostní péči

Na Jessicu se nejvíce obracejí dcery a manželky zemřelého. Tato zkušenost může být zkruslena rozdělováním klientely do celého paliativního týmu. Je tedy možné, že Jessice nejvíce připadá právě tato klientela. Obecně se však celý paliativní tým setkává se všemi věkovými kategoriemi napříč veškerou klientelou pozůstalých po zemřelém.

V on-line péči se mohou vyskytovat také určité překážky, které mohou bránit úspěšné spolupráci s klientem (*„Párkrát jsem měla pocit, jestli fakt má dotyčná osoba prostor doma, jestli tam nejsou kolem ní lidi a jestli vlastně může otevřeně mluvit. Když není zařízený to prostředí, může to být zúzkostňující pro tu druhou stranu.“*). Jessica také zmínila, při jaké situaci není příliš komfortní pro poskytovatele služby pořádat poradenství pro pozůstalé (*„Zažila jsem třeba, že si osoba kameru nezapla, což bylo fakt divný. Bylo to fakt hodně nepříjemný, protože jsem měla strach, jestli na tom není fakt nějak špatně, že se mi nechce ukázat, nebo čím to je.“*). Zapnutá kamera je tedy velmi důležitou součástí pro společnou spolupráci terapeuta či poradce a klienta. Klienti, kteří nevlastní web kameru či ji nechtějí zapínat, nejsou podle Jessiky vhodnými klienty pro práci v on-line prostředí.

Techniky užívané při práci s truchlením

Při krátkodobé spolupráci s klientem není možné provádět techniky, které vyžadují určitý čas. V profesní oblasti pozůstalostní péče v paliativním týmu je hlavním cílem stabilizovat stav klienta (*„V tomhleto typu kontaktu je to hlavně o normalizaci a legitimizaci těch emocí. Anebo případně řešení toho, co s nima, nebo jak to udělat jinak.“*). Tato práce probíhá stejně jak v on-line, tak osobním kontaktu. Dále také do své práce Jessica zahrnuje kontrolu oscilací mezi dvěma póly, zda se orientuje více na obnovu, či na ztrátu (*„Když mluví třeba hodně o jednom, tak ho vrátím k tomu druhému v rámci toho hodinového setkání.“*). Pokud má pozůstalý jisté problémy s procesem truchlení a doprovází ho silné emoční reakce, lze si rozplánovat volný čas a komunikovat, jak s těmito reakcemi pracovat

(„Vymýšlíme společně způsoby, jak s tím pracovat i doma. Doporučuju lidem psát třeba dopisy těm blízkým nebo si udělat nějaký rituál. Například přijdu domů, dám si kafe a vzpomenu si na toho blízkýho.“) V případě potřeby lze využít i relaxační techniky, které jsou doporučovány zejména pozůstalým trpící úzkostmi.

Rozdíly v práci off-line a on-line formě

Jessica hovořila o on-line formě setkání jako o efektivní. Upozorňuje na několik aspektů, ve kterých se off-line a on-line forma odlišuje, přičemž některé jdou ve prospěch on-line kontaktu. Je tomu například při časové úspornosti pro klienta, kdy nemusí dojíždět na místo setkání a připojí se z pohodlí domova. Tento výběr místa může velmi ovlivnit aktuální naladění klienta (*„Často když o pacienty před smrtí pečujete v dané organizaci, tak se pozůstali na to místo nechtějí po smrti pacienta vracet, protože jim to připomíná vlastně to místo, kde byli s tím nemocným.“*). Tento prostorový aspekt tedy i vypovídá ve prospěch on-line prostoru (*„V on-linu se setkáváte na neutrální půdě v tom časoprostoru a těm lidem to snižuje práh toho, aby do toho vstoupili.“*). Díky většímu odstupu vytvořenému prostřednictvím on-line prostředí souvisí také rychlejší zbavování strachu ze strany klientů. V jistém slova smyslu to však dle Jessici může být potenciálně nebezpečné (*„I když to působí méně formálně a klienti se tak rychleji zbavují strachu, může to poté sklouzávat do normálního rozhovoru nikoli do terapeutického rozhovoru, protože nenosím bílý věci a nejsem v nemocničním prostředí.“*). Co se týká komunikace s klientem v on-line prostředí, Jessica zaznamenává menší hovornost ze strany klientů při on-line setkání (*„Mám takový pocit, že v on-linu ty lidi tolik nemluví, používají kratší věty a musíte si dávat pozor, abyste si neskákali do řeči. Musím celkově ten rozhovor více řídit.“*). Další rozdíl v těchto formách může být finanční nákladnost a technické prostředky, které jsou pro on-line komunikaci nezbytně nutné (*„Musíte mít hlavně dobrou Wi-Fi, abyste mohla poskytovat kvalitní on-line službu.“*). Jessica dále také zmínila absenci tzv. Smalltalku při loučení v on-line kontaktu, který má funkci prohození pár slov pro rozvolnění atmosféry při kontaktu s klientem (*„Někdy to ukončování v on-linu je takové, že tam něco chybí. Při tom osobním se loučíme, stojíme na chodbě, podávám jim kabát nebo jim podávám ruku a loučím se a oni třeba ještě řeknou něco důležitýho. To je přesně to, co se vám v on-linu nikdy nestane, protože si řekneme nashledanou a típneme to.“*). I tento aspekt uděluje rozdíl mezi off-line a on-line formou.

Komplikované truchlení

Jessica téma komplikovaného truchlení vnímá jako závažné a diagnostickou jednotku *Patologický zármutek* hodnotí jako adekvátní. S tímto fenoménem však nemá přímé zkušenosti z toho důvodu, že s pozůstalými pracuje pouze po bezprostřední či krátké době od smrti blízkého člověka. Dále byla Jessica dotazována na její názor týkající se tématu komplikovaného truchlení. Dle jejího pohledu a zkušeností jsou nejvíce ohroženy komplikovaným truchlením partnerky zemřelého nebo jeho děti a potomci (*„Pokud je tam komplikovanej vztah, hodně silnej, nějaký konflikty nebo jiné těžkosti, tak se zvyšuje riziko výskytu, tak to bývá.“*). Rizikovými faktory pro vznik komplikovaného truchlení mohou být okolnosti úmrtí zemřelého (*„Komplikované může být, když člověk umře náhle, nebo naopak po dlouhou dobu a rodina o něj velmi dlouho pečuje. Pečující vlastně upozadí svoji práci a celkově sebe, aby se mohli starat o toho nemocného.“*). Dalším rizikovým faktorem může být i osobnostní naladění pozůstalého (*„Pokud má větší tendence k úzkostnosti, bude mít i větší tendence procházet komplikovaném truchlením.“*). Snižít toto riziko výskytu komplikovaného truchlení lze včasným zachytáváním těchto rizikových lidí v podobě obvolávání pozůstalých dva až tři měsíce po úmrtí. Tyto aktivity jsou zavedeny nejvíce v hospicích, avšak přínos Jessica vidí v zavedení tohoto opatření i do všech nemocničních zařízení (*„Občas se nám stává, že ti pacienti zemřou v nemocnici a ta rodina to bere jako selhání, protože by si ho přáli vzít domů, ale už to nebylo možné nebo jim to neumožňovala rodinná situace. To je právě něco, kam se hospice nedostanou, proto si myslím, že by to měly dělat i nemocnice, aby kontaktovaly toho pozůstalého tři měsíce od toho úmrtí a zachytávaly taky víc.“*).

K postupu při práci s komplikovaným truchlením neměla Jessica odvahu se vyjádřit z důvodu, že při výskytu komplikovaného truchlení odkazuje na odborníky z jiné organizace (*„My se fakt spíš věmujeme tomu, aby truchlení probíhalo normálně, a když to je hodně obtížný, tak ty lidi odkazujeme jinam.“*).

7.6 Odpovědi na výzkumné otázky

V předchozích kapitolách jsme si představili jednotlivé výpovědi pěti respondentů. Jednotlivé výpovědi byly rozděleny do pěti hlavních vztažných témat, která slouží k lepší přehlednosti všech informací. V této kapitole se zaměříme na výzkumné otázky, které prozkoumáme a následně budou porovnány a interpretovány v kontextu jednotlivých odpovědí respondentů.

Pro snazší orientaci si nejprve zobrazíme veškeré výzkumné otázky:

1. *„Jak vypadá proces poskytování pomoci pozůstalým v on-line prostoru z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“*
2. *„V čem se podle poskytovatelů pomoci pozůstalým odlišuje práce s pozůstalými v off-line a on-line formě?“*
3. *„Jaké jsou výhody on-line práce s pozůstalými z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“*
4. *„Jaké jsou nevýhody on-line práce s pozůstalými z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“*
5. *„Jak pracovat s komplikovaným truchlením v on-line prostoru?“*

„Jak vypadá proces poskytování pomoci pozůstalým v on-line prostoru z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“

Co se týká poskytování pomoci pozůstalým, tento proces se nijak výrazně neliší od procesu péče o pozůstalé při osobním kontaktu. Časový rámec spolupráce i délka jednoho setkání zůstává totožná u všech pěti respondentů.

Počáteční fáze procesu práce s truchlením je přizpůsobena aktuálnímu stavu klienta, který na setkání přichází. Pokud klient kontaktuje poskytovatele péče v blízké době od smrti blízkého, zpravidla poradce či terapeut poskytuje krizovou pomoc. Krizová péče se soustředí na klienta „tady a teď“ a poskytuje první pomoc při akutní krizi. Úkolem klienta je zařadit událost smrti do kontextu jeho životního příběhu, přičemž toto vyprávění doprovází mnohdy silné emoční reakce. Během setkání má tak klient prostor ventilovat své emoce, který poskytovatel služby přijímá a vytváří bezpečný prostor pro další sdílení klienta. V případě, že se klient nechá pohltit silnými emocemi, je úkolem poskytovatele péče zklidnit stav pozůstalého a navrátit ho zpět do reality. Pokud pozůstalý kontaktuje poskytovatele služby již v uplynulém delším časovém odstupu od smrti blízkého, spolupráce má podobu tzv.

„*typické či obecné intervence pozůstalých*“. Tento typ intervence je ve své podstatě velmi blízký poradenskému procesu, přičemž se v prvotním kontaktu obě strany představí a jsou s klientem komunikovány veškeré technické i informační záležitosti týkající se budoucí spolupráce. Tyto skutečnosti napomáhají k zajištění bezpečného zázemí klienta.

Po úvodním sdílení a souhlasu klienta s podmínkami spolupráce poskytovatel služby mapuje situaci a potřeby pozůstalého. Potřeby klienta udávají směr, kterým se rozhovor bude ubírat. Z velké části dochází taktéž jako u krizové intervence nejprve k převyprávění příběhu o smrti blízkého, přičemž se přirozeně dostaví i emoce. Druhým krokem je naučit se tyto emoce pochopit a přijmout. Nejčastěji dochází k projevům emocí, jako je smutek, žal a hněv. Pokud se klient potýká s potížemi tyto silné emoce ovládnout, poskytovatel služby komunikuje s pozůstalým, jakým způsobem lze tyto emoce ovládnout, a zároveň edukuje, proč je důležité vyhradit si čas pro vzpomínání a truchlení nad zemřelým.

Během rozhovoru byly také sdíleny různé přístupy a postupy, jak lze s truchlením účinně pracovat. Henry při práci s pozůstalými vychází z logoterapeutického výcviku, přičemž pracuje s modulací postoje, obnovení životaschopnosti a návrat do života. Dále představil techniku **Imaginace**, při které si pozůstalý představuje, jak komunikuje se zemřelým. Tímto je klientovi umožněno, aby se s mrtvým znovu setkal a došlo k úlevě na straně pozůstalého. Další užívaná technika pro práci s truchlením je obdobná verze vycházející z Gestalt terapie technika **Prázdné židle**, přičemž si klient povídá se zemřelým, který je pomyslně posazen na židli před ním. Elisabeth dále sdílí vedení klienta k **pořádání rituálů**. Rituály mohou mít několik různých podob od plánování samotného pohřbu po vzpomínání na zemřelého při bazálních každodenních činnostech. George tento soubor doplňuje o techniku zvanou **Remembering**. Tato technika klade důraz na vzpomínky a zkušenosti pozůstalého, přičemž je klient tázán na sadu otázek, jejichž odpovědi mají význam znovuoživení důležitých vzpomínek, které by neměly být zapomenuty. Další velmi rozšířenou technikou pro práci s pozůstalými je také **psaní dopisu** zemřelému, přičemž klient napíše zemřelému dopis, ve kterému sdělí vše, co by měl na srdci a chtěl by mu ještě sdělit. Tento dopis může přečíst klient poskytovateli on-line služby nebo ho také může přečíst samotnému zemřelému na hřbitově. V neposlední řadě přispěla Jessica mapováním orientace pozůstalého dle duálního modelu procesu truchlení. Klient během truchlení osciluje mezi póly orientace na ztrátu a pólém orientace na obnovu. Úkolem poskytovatele péče pozůstalým je tak kontrola vyvážené oscilace mezi těmito póly.

Ukončování spolupráce záleží na typu poskytované služby a také na instituci, ve které se poskytovatelé péče pozůstalým nachází. V případě Jessiky, která pracuje v paliativním týmu nemocničního zařízení, může z kapacitního důvodu a omezení poskytovat pozůstalým pouze krátkodobou spolupráci. Naopak v případě poradců a terapeutů působících v soukromé praxi je prostor pro poskytování dlouhodobější péče. Díky častější a detailnější výměně zpětné vazby mezi klientem a poskytovatelem on-line služby je on-line služba kvalitní a poradce či terapeut tak dokáže poznat, zda pozůstalý nadále potřebuje pomoc a péči při doprovázení procesem truchlení. Při zlepšování celkového stavu klienta dochází ke snižování intervalů společného setkávání, přičemž se klient cítí být schopen a podpořen pokračovat dále bez pomoci poradce či terapeuta. Na uzavření spolupráce by se však nemělo spěchat a hlavním iniciátorem ukončení by měl být právě klient, který se řídí svými vlastními potřebami. Pokud má poskytovatel služby pocit, že se spolupráce chýlí ke konci, může se klienta zeptat, podle čeho či jak pozná, že už pomoc a péči poskytovatele služby nebude nadále potřebovat.

„V čem se podle poskytovatelů pomoci pozůstalým odlišuje práce s pozůstalými v off-line a on-line formě?“

Z jednotlivých výpovědí respondentů vyplynulo množství odlišností záviselých na typu kontaktu při spolupráci s klienty. On-line kontakt je hodnocen jako náročnější pro poskytovatele péče pozůstalým. Při on-line setkání je kladen větší důraz na pozornost poradce či terapeuta a také musí docházet k častějším evaluacím procesu. Zároveň je náročný na pozorování klienta už jen z důvodu omezených dostupných informací o jeho tělesném prožívání. Poskytovatel služby má k dispozici pouze tu část těla, na kterou klient natočí a zaměří svoji kameru. Je také nutno podotknout, že on-line spolupráci s klientem bez web kamery hodnotí většina respondentů jako velmi nepříjemnou z toho důvodu, že netuší, co se na druhé straně hovoru odehrává. V on-line prostoru se proto poskytovatel služby musí více doptávat v závěru setkání na potřeby a komfort klienta. Další rozdíl je možnost pořádání on-line setkání na dlouhou vzdálenost. Klient se tak může k setkání připojit z pohodlí domova, což může být přínosem pro klienty se sociální úzkostí. Rozdíl je také vnímán v blízkosti kontaktu s klientem. Respondenti hodnotí navazování osobního kontaktu jako rychlejší, hlubší, plnější a čas strávený s klientem uteče rychleji. Naopak on-line kontakt je dle respondentů jednodušší, dostupnější a levnější. On-line setkávání s sebou nese

i technické požadavky na obě zúčastněné strany, které musí mít například dobré internetové připojení, chytrý telefon nebo jiné zařízení splňující tato specifika. Dalším důležitým aspektem je také prostor, ze kterého se klient do hovoru připojuje. Je nutno zajistit, aby nedošlo k narušení kontaktu například vstupem jiného člena domácnosti. V neposlední řadě také on-line prostředí omezuje užití všech technik, se kterými se běžně pracuje v osobním kontaktu. Elisabeth tuto situaci uvedla na příkladu vzpomínkového boxu a vzpomínkového alba. Ačkoliv se tyto techniky dají přetransformovat do on-line prostředí, Elisabeth a Henry uvedli, že po převedení do on-line prostoru techniky nenesou stejný smysl, jako tomu bylo v osobním kontaktu. Někteří respondenti ve výpovědích vyjádřili obavy z poskytování on-line péče skupinám pozůstalých, dětem a klientům se sebevražednými sklony, přičemž tento typ kontaktu může být velmi náročný a do jisté míry nebezpečný z hlediska kontroly veškerých aspektů při distančním kontaktu.

„Jaké jsou výhody on-line práce s pozůstalými z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“

Na základě analýz všech rozhovorů se projeví určité výhody plynoucí z on-line práce s pozůstalými. Současně lze také část výhod odvodit z výše zmíněných rozdílů on-line a off-line prostředí. Elisabeth uvedla jednu hlavní a signifikantní výhodu, kterou je vzdálenost. Pozůstalostní péče je tak díky tomu dostupná i pozůstalým, kteří nežijí ve velkých městech, kde se nachází služby pro pozůstalé. Jessica také doplňuje tento přínos o pohled pracovníka paliativního týmu v nemocničním zařízení, kde může být překážka ze strany klienta dojít na setkání do místa, kam chodil dříve navštěvovat nemocného. Z toho důvodu jsou klienti vděční za využití on-line služby. Dalším přínosem tak může být menší finanční nákladnost jak ze strany poskytovatele služby, tak i samotného klienta. Poskytovatel služby nemusí vynakládat finance do pronájmu prostoru, tudíž požaduje i nižší cenovou sazbu za jedno sezení s klientem. Díky zvýšenému odstupu a vnímání nižší blízkosti kontaktu mezi oběma stranami může napomoci rychlejšímu zbavování se studu ze strany klienta a rozvolnění tématu přichází rychleji. Tento fenomén podporuje také pocit vyšší anonymity.

„Jaké jsou nevýhody on-line práce s pozůstalými z pohledu poskytovatelů pomoci pozůstalým?“

Stejným způsobem lze z jednotlivých rozhovorů definovat i možná úskalí, která obnáší on-line kontakt s pozůstalými klienty. První velkou nevýhodou jsou vysoké nároky na poskytovatele pomoci pozůstalým. Poskytovatelé musí vynaložit větší úsilí pro plynulost a kvalitu on-line kontaktu. Respondenti v naprosté většině souhlasí, že musí přikládat větší pozornost klientovi a doptávat se na zpětnou vazbu klienta při každém on-line setkání. Tyto skutečnosti jsou pro každého poskytovatele služby velmi vyčerpávající. Henry při rozhovoru uvedl, že po on-line setkáních pociťuje větší celkovou únavu a bolest očí ze sledování obrazovky počítače. Další potenciální úskalí vychází z nejistoty, zda klienta neposlouchá při sdílení informací během setkání jiný člen jeho domácnosti. V domácím prostředí tak paradoxně nemusí být vždy plně vytvořen dostatečný pocit bezpečí a může to tak narušovat samotný poradenský či terapeutický proces. S omezeným vzájemným kontaktem také vyvstává nevýhoda tvorby méně důvěrného vztahu, než tomu je při osobním kontaktu. Jessica dále zaznamenala menší hovornost ze strany klientů při on-line kontaktu. Lidé při on-line komunikaci užívají kratší věty a dávají si větší pozor, aby si vzájemně neskákali do řeči, protože on-line komunikační platformy ne vždy dokážou zaznamenat dva hlasy zároveň. Poskytovatel pomoci pozůstalým tak musí více společný rozhovor řídit, což může do jisté míry ovlivňovat vzájemný vztah s klientem. Další faktor ovlivňující kontakt s klientem je dostupnost pouze části tělesné neverbální komunikace ze strany klientů. Poskytovatelé služby mají možnost vidět pouze část klientova těla, kterou ukáže přes web kameru, což ztěžuje poskytovatelům vnímání aktuálního stavu klienta. S on-line kontaktem poskytovaným na delší vzdálenost působí také tendence ke vnímání vyšší anonymity a odbourání studu. Tento aspekt ovlivňuje udržení etických hranic při vzájemné komunikaci s klientem. Elisabeth uvádí, že pokud nejsou tyto hranice hlídány, může dojít ke sklonu k tzv. „pokecu“, což by naznačovalo etické dilema. Jednu z dalších zaznamenaných nevýhod on-line prostoru je omezení proveditelnosti některých technik, které se běžně užívají v off-line kontaktu, z toho důvodu, že v on-line prostoru ztrácí hlavní význam a stává se z nich odlišná technika.

„Jak pracovat s komplikovaným truchlením v on-line prostoru?“

Při zodpovězení této výzkumné otázky vycházíme pouze z výpovědí respondentů Henryho a George z toho důvodu, že se Margaret ani Jessica doposud neseťkaly ve své praxi s komplikovaným truchlením, tudíž nelze posoudit jejich reálnou zkušenost. Elisabeth se s komplikovaným truchlením setkala, avšak pouze při osobním kontaktu s klientem. Z výpovědí daných dvou respondentů vyplývá, že by se při on-line práci s komplikovaným truchlením měl poskytovatel pomoci snažit zůstat s klientem „tady a teď“. Během toho by měl pomáhat vyjádřit, pojmenovávat i reflektovat veškeré emoce, které se v klientovi aktuálně odehrávají. Zároveň by si měl průběžně mapovat klientův stav, zda je schopen fungovat na bazální úrovni, a také edukovat ohledně zdravých návyků a udržování denního i nočního režimu. Pokud má klient potíže s fungováním na denní bázi, je důležité společně vytvořit systém celodenní péče, který trvá od vstávání po usínání klienta. V případě nevyjasněných okolností ve vztahu mezi pozůstalým a zemřelým je funkční nabídnout klientovi si zemřelého představit a komunikovat s ním, jako by tu byl přítomen. Za základ považují Henry i George však práci při osobním kontaktu.

Všichni respondenti vyjádřili určitou míru skepticismu vůči kvalitě on-line poskytování péče v případě práce s komplikovaným truchlením a doporučují s tímto fenoménem pracovat raději v osobním kontaktu z toho důvodu, že při osobním kontaktu pociťují větší jistotu a kontrolu. Avšak využívat on-line poskytování péče jako doplněk k pomoci off-line je všemi hodnocen jako ideální a nejvíce efektivní.

8 DISKUSE

Hlavním cílem výzkumného projektu v této práci bylo zkoumat a popsat zkušenosti poskytovatelů pomoci pozůstalým v online prostoru. Hlavní metodou získávání informací byl polostrukturovaný rozhovor, který byl následně zpracován pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Tento typ analýzy byl zvolen pro zpracování nasbíraných kvalitativních dat, přičemž dochází k důkladnému porozumění zkušenosti jednotlivých respondentů a také je nám umožněno nahlédnout do vztahů a jejich vzájemných souvislostí.

Vliv na výběr tématu mělo několik aspektů. Prvním aspektem byla virová pandemie COVID-19, která omezila vzájemný kontakt lidí ve společnosti a zároveň bylo toto onemocnění příčinou milionů úmrtí v celém světě. Dalším aspektem je téma smrti i truchlení, které se dostává do povědomí laické i odborné veřejnosti nejen ve světě, ale i v České republice. Mezi další aspekty patří například rozvíjení on-line technologií a postupný přesun činností do virtuálního světa.

Z výzkumu této práce vyplývá, že poradenský i terapeutický přístup k pozůstalým v on-line formě se ve svých postupech téměř neodlišuje od formy osobní. Respondenti spolupracují s klienty velmi podobným způsobem a užívají stejné postupy, které pomáhají klientům projít procesem truchlení. Záměr těchto služeb tedy zůstává stejný. Z výpovědí respondentů však dále vyplynulo, že se ne všechny poradenské a terapeutické postupy dají využít v on-line prostředí a objevily se jisté odlišnosti při poskytování těchto dvou forem služeb. Respondenti udávali několik nevýhod vyplývajících z on-line prostředí. Z rozhovoru s respondenty vyšla jako jedna z hlavních nevýhod on-line prostředí vyšší náročnost. Respondenti vnímají za náročné zachování stejné kvality a přístupu ke klientovi v souvislosti s tak citlivým tématem, jako je smrt. Respondenti popisují, že musí vynaložit více úsilí ve směru ke klientovi v podobě snahy o vytvoření bezpečného prostoru v on-line prostředí, věnování více pozornosti klientovi a častější dotazování v závěru setkání na potřeby a komfort klienta. Dalšími nevýhodami jsou omezené možnosti užití odborných technik pro práci s pozůstalými, které jsou hojně užívané v osobním kontaktu. On-line prostředí také přináší rizika spojená s přerušením setkání na základě technických potíží, například v podobě výpadku internetového připojení či nefunkčnosti web kamery. I samotná komunikace skrze internetové připojení s sebou nese určitá úskalí. Internetové platformy

jsou v dnešní době technologicky velmi vyspělé, avšak respondenti ve výpovědích uvedli, že platformy neumožňují zaznamenávat více hlasů najednou a že může dojít k překrytí hlasových stop, čímž dochází k nedorozuměním. Obě strany tedy musí vynaložit určitou trpělivost i respekt vůči sobě navzájem, neskákat si do řeči a počítat s možnou prodlevou přenosu komunikačních informací. Další nevýhodou je vnímání bariéry v podobě blízkosti, kterou není možné v on-line prostoru tak rychle vytvořit, jako tomu je při osobním kontaktu. Z toho důvodu se pomaleji navazuje důvěrnější vztah mezi poskytovatelem služby a klientem. Všechny tyto zjištěné nevýhody potvrzuje výzkumný tým Slukové et al. (2022), jejichž výsledky se shodují s výsledky prezentované v tomto výzkumném projektu. Barnwell (2017) ve svém výzkumu dále prezentoval výhodu flexibilnějšího rozvrhu poskytovatele on-line služby a bylo zaznamenáno menší množství zrušení společných setkání. V tomto výzkumu se však tento faktor neprojevil. Mimo výše zmíněných nevýhod byla zaznamenána také absence neverbální komunikace klienta, kterou poskytovatel služby není schopen kvalitně zhodnotit a také nemožnost udržování očního kontaktu z důvodu sledování obrazu druhé osoby namísto přímého hledění do kamery.

Ačkoliv se na první pohled může zdát, že on-line poskytování péče pozůstalým s sebou nese pouze velké množství nevýhod, nelze opomenout signifikantní výhodu on-line kontaktu, a to poskytováním péče na větší vzdálenost a ve větším časovém rozpětí. Výhoda on-line kontaktu se nejvíce projevila při celosvětové koronavirové pandemii, během které byl omezen sociální kontakt mezi lidmi. COVID-19 tak byl pro část respondentů hlavním důvodem přesunu poskytování svých služeb i do on-line prostoru. Výzkum Kiriakaki et al. (2022) podpořil význam poskytování on-line péče, kterou představuje prostřednictvím dostupnosti služeb i v geograficky vzdálených oblastech, přičemž doplňují toto zjištění i o zvýhodnění klientů s omezenou mobilitou a jinými zdravotními omezeními.

Další výhoda, která vyplynula z tohoto výzkumného projektu, je udržení větší anonymity klientů, s čímž souvisí i rychlejší zbavování se studu a následné rozvolnění atmosféry, což pro někoho může znamenat vyšší tendenci ke sdílení. Toto zjištění potvrzuje i výzkum Procházky et al. (2014), v němž je zmíněna anonymita v rámci internetového poradenství. Sluková et al. (2022) ve svém výzkumu popisuje tzv. *desinhibiční efekt*, který má za následek vyšší otevřenost a ztrátu zábrán v on-line prostředí ze strany klienta. Ačkoliv tento jev respondenti ve svých výpovědích nepojmenovali doslovně, lze předpokládat, že v jednotlivých rozhovorech měli na mysli tento efekt a hovořili právě o něm.

Poslední výhodou zjištěnou v tomto výzkumu v on-line práci s pozůstalými jsou nižší finanční náklady pro klienta, ale i samotnou organizaci či poskytovatele služby. Cenová sazba stanovená pro jedno sezení je tak zpravidla levnější, než tomu je u osobního sezení. Fitzgerald et al. (2010) potvrzují toto zjištění a zároveň také upozorňují na výhodu dostupnosti těchto služeb i sociokulturně nižším vrstvám.

Na základě zobrazených výhod, nevýhod a dalších dostupných informací lze posoudit efektivitu jednotlivých forem poskytování péče pozůstalým. Všichni respondenti vyjádřili kladný postoj vůči on-line práci s pozůstalými a prezentovali on-line péči o pozůstalé jako službu, která může být v mnoha ohledech efektivní. Avšak jejich preference se opírají stále o osobní kontakt, kterému přiřkládají největší váhu a staví na tom veškerý základ své práce. V rámci sdílení svých zkušeností a poznatků ze své praxe respondenti také zmínili téma komplikovaného truchlení. Někteří respondenti neměli přímou zkušenost s on-line prací s komplikovaným truchlením, avšak sdíleli svůj získaný názor na toto téma. Část respondentů vypověděla, že by se na komplikované truchlení nemělo nahlížet jako na nemoc, patologii či diagnózu, ale na truchlení, které obsahuje určité komplikace, přičemž je nutno s těmito komplikacemi pracovat, odstranit a postupně tak dosáhnout nekomplikovaného průběhu. Během rozhovoru všichni respondenti hovořili pouze o pojmu komplikovaného truchlení, který nebyl v době konání rozhovorů specifikován v MKN-11 v českém znění. V průběhu analýzy rozhovorů byl následně zveřejněn český překlad termínu – Patologický zármutek. Vzhledem k tomu, že respondenti vypověděli, že by se na komplikované truchlení nemělo nahlížet jako na patologii, nabízí se tedy otázka, zda je tento termín vhodně zvolen. Ukotvení komplikovaného truchlení v MKN-11 respondenti považovali za velmi důležitý a adekvátní krok, avšak jak je již psáno výše, nelze posoudit, zda by souhlasili s tímto překladem diagnostické jednotky. Tato skutečnost může být předmětem dalšího zkoumání (WHO, 2024). Respondenti dále uvedli určitou míru skepticizmu vůči on-line práci s komplikovaným truchlením. Tento skepticizmus pochází z obav týkajících se rizikového stavu klienta a možné působení nevýhod vyplývajících z on-line práce s pozůstalými. Nejvíce zmiňovaná úskalí, které respondenti v rozhovorech zmiňovali, byla omezená možnost výběru technik pro práci s komplikovaným truchlením. Při osobním setkání s klienty respondenti užívají techniky jako vzpomínkový box, vzpomínkové album či techniku prázdné židle. Ačkoliv do určité míry lze tyto techniky přetransformovat do on-line prostoru, respondenti nehodnotí on-line provedení technik kladně. Dalším faktorem bylo

riziko přerušení internetového připojení, které může na straně klienta vzbuzovat nepříjemné pocity a na straně poskytovatele služby určité obavy ohledně stavu klienta.

Při on-line práci s komplikovaným truchlením však respondenti užívají určité funkční postupy, které mají stejný efekt, jako tomu je při osobním setkání. Respondenti pomáhají klientům vyjádřit, pojmenovávat a reflektovat emoce, které prožívají. Tyto emoce respondenti nehodnotí, neodsuzují a zůstávají s klientem v jeho aktuálním fenomenálním prožitkovém prostoru. Při on-line práci s komplikovaným truchlením je také vhodné vytvářet systém celodenní péče od vstávání až po usínání klienta. Dalším možným postupem může být edukace klienta ohledně důležitosti dodržování režimu a základních návyků. Respondenti hodnotili on-line práci s komplikovaným truchlením jako jednu z možností, avšak hlavní základ formy této práce by dle nich měl být postaven hlavně na formě face-to-face.

V této bakalářské práci jsme se zabývali on-line poskytováním pomoci v případě komplikovaného i nekomplikovaného truchlení. Výsledky výzkumu poskytují možnost rozvinout toto téma a prozkoumat ho detailněji včetně etických hranic u komplikovaného truchlení. Další možný přístup k prozkoumání tématu on-line práce s pozůstalými by mohl spočívat v přehodnocení perspektivy a zkoumání této problematiky právě z hlediska pozůstalých. Zajímavé zjištění by mohlo přinést i zaměření na konkrétní postupy či techniky při práci s truchlením a prostudovat je detailněji dle různých psychotherapeutických přístupů.

Za limity výzkumu můžeme považovat nejednotnost forem sběru rozhovorů a malé zkušenosti výzkumnice se samotným vedením rozhovoru. Tyto skutečnosti mohly ovlivnit kvalitu získaných dat. Souvisejícím limitem je také malé množství respondentů a doba sběru dat, která probíhala od září do února, přičemž výzkumnice kontaktovala přes osmdesát pět poskytovatelů pomoci pozůstalým, avšak konečný počet zúčastněných byl pouze pět. Hlavními důvody pro zamítnutí účasti ve výzkumu byla časová vytiženost poskytovatelů pomoci pozůstalým či nesplnění podmínek pro účast ve výzkumu. Jedním z dalších limitů je také malé množství výzkumů týkajících se této problematiky v on-line formě, které by se zaměřovaly na populaci České republiky. V odborném prostředí vznikají převážně studie zahraniční, které se týkají výzkumu komplikovaného truchlení, avšak v České republice je počet studií velmi nízký. V neposlední řadě nutno také upozornit na limity spočívající ve zpracování dat interpretativní fenomenologickou analýzou. Tento typ analýzy totiž nemá stanovený konkrétní postup a manuál, který určuje správnost jejího provedení. Zároveň také

data, která byla získána skrze tento typ analýzy, nelze generalizovat na celou základní populaci.

Za přínos práce považujeme získání a sjednocení dat od kompetentních odborníků, které mohou sloužit k následnému hlubšímu zkoumání, jelikož o tomto tématu nejsou dostatečné informace. S pandemií COVID-19 přišel také přesun poskytování služeb do on-line prostředí, který byl náhlý a rychlý. V současné době se potýkáme s absencí vhodného množství studií a výzkumů na téma poskytování on-line služeb pozůstalým, ale zároveň stoupá míra digitalizace veškerých činností včetně poradenství i terapií. Tato problematika není ve světě dostatečně prozkoumaná a v České republice studie na toto téma zcela chybí. Tato bakalářská práce slouží jako upozornění na tuto problematiku a podněcuje k dalším návazným výzkumům, které mohou být přínosem pro další pozůstalostní péči. Závažnost tématu a potřeba jeho rozvíjení se projevila v několika závažných událostech během zpracování této práce. Jednou z událostí byla střelba na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy, kde byla zapotřebí bezprostřední psychologická péče velkému počtu osob, která byla poskytována i on-line formou. Další závažnou událostí je válka na Ukrajině. Nastal neúměrně vysoký počet pozůstalých, kterým není dostupná osobní psychologická pomoc v místě jejich bydliště a okolí. Vzhledem k nízké bezpečnosti nebo úplné absenci psychologické pomoci v daném území je opět řešením on-line forma pomoci pozůstalým, o kterou usiluje mnoho odborníků.

9 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsat zkušenosti poskytovatelů péče pozůstalým s prací v on-line prostoru, zjistit rozdíly on-line formy od off-line formy, popsat, jaké jsou benefity a úskalí on-line práce, a popsat on-line práci s komplikovaným truchlením.

Z analýzy rozhovorů respondentů vyplynulo, že i přes množství limitů on-line práce s pozůstalými se jedná o funkční formu práce s pozůstalými klienty a může sloužit jako efektivní péče pro jedince, kterým není dostupná osobní forma péče o pozůstalé. Využití on-line pomoci pozůstalým bylo také popisované jako vhodné pro ty, kteří vnímají bariéru při docházení do nemocničního prostředí, kam klienti dříve docházeli za nemocným. Všichni respondenti vyjádřili svůj postoj vůči on-line práci s pozůstalými a v naprosté většině byl tento postoj kladný. Za nejdůležitější a hlavní základ práce s pozůstalými dle respondentů však zůstává stále osobní forma setkávání s klienty.

Výzkum dále také prokázal určité benefity spjaté s on-line péčí o pozůstalé. Respondenti nejčastěji zmiňovali výhodu poskytování péče na větší vzdálenost a z pohodlí domova, větší pocit anonymity spojený s rychlejším zbavováním se strachu ze stran klientů a také menší finanční nákladnost. Naopak byly zaznamenány i některé limity týkající se vyšších nároků na poskytovatele služby, omezených možností odborné práce s některými technikami, přerušení komunikace vlivem technických potíží, problémů s vytvořením bezpečného prostoru a neposlední řadě také menší hovornost ze strany klientů.

Co se týká on-line práce s komplikovaným truchlením, respondenti jsou k on-line práci s touto problematikou velice obezřetní. Vnímají určité limity spojené s on-line prostorem a nelze tedy zcela zaručit úspěšnost intervencí odehrávajících se pouze v on-line prostředí. Respondenti, kteří mají zkušenosti s on-line prací s komplikovaným truchlením, doporučují v těchto případech spíše osobní formu spolupráce s klienty.

Celkově tedy respondenti hodnotí on-line formu práce s pozůstalými jako jednu z funkčních možností, avšak všichni respondenti vyjádřili větší preference směrem k osobnímu kontaktu z důvodu doposud omezených možností on-line prostoru.

10 SOUHRN

Tématem této bakalářské práce je porozumět on-line práci s pozůstalými. Pomoc pozůstalým je nedílnou součástí psychologických, terapeutických i krizových služeb, přičemž se tyto služby postupně přesouvají i do on-line prostoru. Tomuto fenoménu nejvíce napomohla pandemie COVID-19, která na určitý čas omezila kontakt s lidmi. Poskytování psychologických služeb bylo tak nutno přesunout do virtuálního světa. Cílem této práce je tak prozkoumat a popsat zkušenosti odborníků poskytující péči pozůstalým v on-line prostoru.

Tato práce je rozdělena do teoretické a výzkumné části. Teoretická část se skládá ze čtyř hlavních kapitol. Pro uvedení do této problematiky bylo v první kapitole rozebráno téma ztrát a základní pojmosloví s tím spojené.

Po prožití ztráty blízkého člověka nastává období zahrnující truchlení. Druhá kapitola se proto věnuje tomuto komplexnímu pojmu, který zahrnuje souhrn různých pocitů i chování (Worden, 2013). Každý odborník ho může vnímat odlišně, z toho důvodu je představeno pár vybraných definic. Někteří odborníci také rozdělují truchlení do několika fází či stádií, přičemž některé modely byly v rámci této práce představeny. Nutno také zmínit, že truchlení je individuální proces, který bude u každého pozůstalého probíhat odlišným způsobem. Symptomatologie truchlení obsahuje velké množství projevů a nelze dopředu předvídat, jak se tento proces u pozůstalého projeví. Proces truchlení mohou ovlivnit taky určité aspekty, které v některých případech mohou být až rizikové. Kubíčková (2001) rozděluje tyto aspekty dle toho, zda se vztahují k zesnulému, nebo k pozůstalému. Ve výzkumu Stroebe, Schut & Stroebe (2007) bylo popsáno pět kategorií reakcí na ztrátu, přičemž se tyto reakce týkají afektivní, kognitivní, behaviorální, somatické a imunologických či endokrinních oblastí. Truchlení tak ovlivňuje celý systém člověka. V rámci kapitoly truchlení byly také představeny jeho patologické či komplikované formy, které jsou ukotveny i v mezinárodních klasifikačních systémech nemocí DSM-5 a MKN-11.

Ve třetí kapitole lze nahlédnout do nejčastěji poskytovaných služeb pozůstalým. Z většiny se jedná o poskytování krizové intervence, poradenství či terapie. Krizová intervence je užívána v situaci, kdy pozůstalý přichází v blízké době od smrti blízké osoby. Úkolem krizového intervenanta je stabilizovat stav klienta, který k němu přichází v akutní

krizi. Na krizovou intervenci poté navazuje dle aktuálního stavu a potřeb klienta buď poradenství, anebo terapie. Poradenství je vhodné pro práci s nekomplikovaným procesem truchlení, který pomáhá pozůstalému zdravě se adaptovat na ztrátu blízkého. V případě podezření na výskyt komplikovaného truchlení u pozůstalých se doporučuje využít služeb terapie, která mnohdy může být kombinovaná i pomocí psychiatrickou. Psychoterapeutickou pomoc však mohou vyhledat i jedinci, kteří prochází nekomplikovaným truchlením, přičemž se jedná především o terapii podpůrnou.

Čtvrtá kapitola se věnuje specifikům on-line práce s pozůstalými. Výzkum Doan et al. (2021) představil šest základních dimenzí aspektů distanční péče, které do jisté míry ovlivňují duševní zdraví klienta. Tyto dimenze zahrnují faktory bezpečí, zákonů a aspektů na straně klienta i poskytovatele služby. Jochmannová et al. (2022) popisují nejčastěji užívané internetové komunikační technologie v rámci distanční praxe. Na prvním místě je videokonference, která se nejvíce podobá osobnímu kontaktu. Dalšími hojně užívanými komunikačními prostředky jsou aplikace, telefony, chaty, SMS či e-mail. Výzkumy Kiropoulou et al. (2008), Tremla et al. (2021) a Zuelkeho et al. (2021) poukazují na efektivnost poskytování on-line služeb, přičemž výsledky jsou srovnatelné s off-line službami.

Výzkumný projekt se zaměřoval na skupinu poskytovatelů pomoci pozůstalým, kteří měli zkušenost s on-line i off-line formou péče. Výzkumu se účastnilo celkem pět respondentů. Jednalo se konkrétně o tři ženy a dva muže, kteří mají buď certifikovaný kurz poradce pro pozůstalé, nebo absolvovaný, či alespoň započatý psychoterapeutický výcvik.

Záměrem této práce bylo získat jedinečné informace od každého z respondentů a porozumět jejich zkušenostem při práci s pozůstalými v on-line prostředí. Hlavní metodou pro sběr dat byl polostrukturovaný rozhovor. Pro zpracování dat byla zvolena Interpretativní fenomenologická analýza, která nám umožnila nahlédnout do hloubky zkušeností respondentů, přičemž lze rozpoznat a posoudit jejich vzájemné souvislosti a vztahy (Dostál & Dominik, 2021). Snahou bylo zmapovat a popsat nejen pohled poskytovatelů on-line služeb pro pozůstalé, jak respondenti vnímají rozdíly při on-line a off-line práci s klienty, definování benefitů a limitů on-line práce a také popsat on-line práci s komplikovaným truchlením.

Výsledky výzkumu byly představeny jako jednotlivé případové studie, které byly rozděleny do pěti základních vztažných témat. Na základě prezentace vztažných témat

v případových studiích byly odhaleny veškeré informace z výpovědí respondentů. Výsledky ukázaly, že on-line poskytování služeb pozůstalým se v mnoha ohledech neliší od osobního kontaktu. Přesto se objevují značné odlišnosti při práci v on-line a off-line prostředí. Mezi limity on-line prostředí se objevily faktory jako vyšší náročnost udržení kvality péče a komunikace, omezené možnosti využití technik a rizika technických problémů. Nicméně on-line péče nabízí i řadu výhod, jako je větší dostupnost péče i z geograficky vzdálených míst, anonymita klientů, nižší finanční náklady a působení desinhibičního efektu. Respondenti uznávají efektivitu on-line péče, ale v rámci rozhovorů vyjádřili vyšší preference vůči osobnímu kontaktu. Existuje určitý skepticismus obrácený směrem k on-line práci s komplikovaným truchlením. Přestože se užívají funkční postupy, preference stále směřují k osobnímu setkání.

Limity práce spočívají v malém množství výzkumů týkajících se on-line práce s pozůstalými, které by byly realizovány na populaci České republiky. Částečným limitem může být také volba kvalitativního designu, přičemž tak nelze generalizovat výsledky výzkumu jako obecně platné. Výzkum také naznačuje potřebu dalšího zkoumání této problematiky, včetně perspektivy pozůstalých a detailního zkoumání terapeutických postupů užívaných pro práci s truchlením.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). American Psychiatric Publishing.
- Asociace poradců pro pozůstalé (APPP) (n.d.). *Členství*. <https://poradci-pro-pozustale.cz/clenstvi/>
- Barnwell, S. S. (2017). The accidental Telepsychologist: Creating opportunities in burgeoning Field. *Career Paths in Telemental Health*, 131-138. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23736-7_12
- Bok, T. (2020). *Výskyt komplikovaného a protrahovaného truchlení a s ním související rizikové skupiny pozůstalých v české populaci* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/zdvpfi/magisterska-prace-finalni.pdf>
- Bowlby, J. (2013). *Ztráta: smutek a deprese*. Portál.
- Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C., ... Shear, M. K. (2015). The Structured Clinical Interview For Complicated Grief: Reliability, Validity, And Exploratory Factor Analysis. *Depression and Anxiety*, 32(7), 485–492. <https://doi.org/10.1002/da.22385>
- Buur, C., Zachariae, R., Komischke-Konnerup, K. B., Marello, M. M., Schierff, L., & O'Connor, M. (2024b). Risk factors for prolonged grief symptoms A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 107, 102375. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102375>
- Český statistický úřad. (2023). *Počítače a internet v domácnostech*. <https://www.czso.cz/documents/10180/191486287/0620042301.pdf/4e599157-78ae-469c-8ee5-031ce5f11ec1?version=1.1>
- Doan, B. T., Yang, Y., Romanchych, E., Grewal, S., Monga, S., Pignatiello, T., Bryden, P., & Kulkarni, C. (2020). From Pandemic to Progression: An Educational framework for the implementation of virtual mental healthcare for children and youth as a response to COVID-19. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09478-0>
- Dostál, D. & Dominik, T. (2021). *Manuál pro psaní kvalifikačních prací na Katedře psychologie FF UP* (6. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Efstathiou, G. (2009). Students' psychological web consulting: function and outcome evaluation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 243–255. <https://doi.org/10.1080/03069880902956983>

- Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 Pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1–e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Eisma, M. C., Rosner, R., & Comteße, H. (2020). ICD-11 Prolonged Grief Disorder Criteria: Turning challenges into Opportunities with multiverse analyses. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00752>
- Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? *Psychosomatic Medicine*, 23, 18–22.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (2. vydání). Portál.
- Finn, J., & Banach, M. (2002). Risk management in online human services practice. *Journal of Technology in Human Services*, 20(1), 133-153. http://dx.doi.org/10.1300/J017v20n01_11
- Fitzgerald, T., Hunter, P. V., Hadjistavropoulos, T., & Koocher, G. P. (2010). Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 173–187. <https://doi.org/10.1080/16506071003636046>
- Gulová, L., & Šíp, R. (2013). *Výzkumné metody v pedagogické praxi* (1. aktualizované vydání). Grada.
- Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Galén.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace* (2. vydání). Portál.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Jochmannová, L., Gergely, O., Sluková, Z. P., Charvát, M., Palová, K., Viktorová, L., Obereignerů, R., Šucha, M. & kol.. (2022). *Péče on-line v psychosociálních oborech*. Grada Publishing.
- Kastová, V. (2010). *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence* (2. vydání). Portál.
- Kiriakaki, S., Tzovanou, M., Sotiriou, A., Lampou, M., & Varsamidou, E. (2022). Online counseling: Advantages, disadvantages and ethical issues. *Homo Virtualis*, 5(1), 32–59. <https://doi.org/10.12681/homvir.30316>
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1273-1284. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.008>
- Klimentová, E. (2013). *Sociální práce: teorie a metody II: studijní text pro kombinované studium*. Univerzita Palackého v Olomouci.

- Koutná Kostínková, J., Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (Eds.). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9–43). Masarykova univerzita.
- Křivohlavý, J. (1991). *Křesťanská péče o nemocné*. Advent.
- Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. ISV.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Portál.
- Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2013). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie*, 17(4), 181–188. <http://www.tigis.cz/>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Machů, K., Wihodová, K., Brylová, K., Turek, J., Kundrát, J., & Dostál, D. (2019). Faktory ovlivňující proces truchlení u pozůstalých osob. In Maierová, E., Viktorová, L., Dolejš, M., & Dominik, T. (Eds.), *PhD existence 9 Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* [Sborník odborných příspěvků] (s. 50–60). Univerzita Palackého v Olomouci.
- McDonnell, S., Flynn, S., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & Hunt, I. M. (2022). Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(5), 887–897. <https://doi.org/10.1111/sltb.12874>
- Midkiff, D. M., & Joseph Wyatt, W. (2008). Ethical issues in the provision of online mental health services (Etherapy). *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 310–332. <https://doi.org/10.1080/15228830802096994>
- Milic, J., Muka, T., Ikram, M. A., Franco, O. H., & Tiemeier, H. (2017). Determinants and predictors of grief severity and persistence: The rotterdam study. *Journal of Aging and Health*, 29(8), 1288–1307. <https://doi.org/10.1177/0898264317720715>
- Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. (n.d.). *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR - Kvalifikace poradce pro pozůstalé*. Získáno 2.2. 2024 z <https://mmr.gov.cz/cs/ministerstvo/pohrebnictvi/profesni-kvalifikace/kvalifikace-poradce-pro-pozustale>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mughal, S., Azhar, Y., Mahon, M. M., & Siddiqui, W. J. (2023, 14. listopadu). *Griefreaction and prolonged grief disorder*. StatPearls – NCBI Bookshelf. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507832/>
- Nakonečný, M. (2012). *Emoce*. Triton.
- National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. (2020). *Telehealth*. <https://www.nibib.nih.gov/science-education/science-topics/telehealth>

- Nepanikař. (2023, 25. září) *Aplikace nepanikař – nepanikař*. <https://nepanikar.eu/aplikace-nepanikar/>
- Newsom, C., Schut, H., Stroebe, M. S., Wilson, S., Birrell, J., Moerbeek, M., & Eisma, M. C. (2017). Effectiveness of bereavement counselling through a community-based organization: A naturalistic, controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6). <https://doi.org/10.1002/cpp.2113>
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada Publishing.
- Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (1984). Sociocultural influences. In *Bereavement: Reactions, Consequences, and Care* (s. 199-215). National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK217844/>
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2010). *Bereavement. Studies of Grief in Adult Life* (4. vydání). Routledge.
- Parkes, C. M., Relfová, M., & Couldricková A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Společnost pro odbornou literaturu.
- Paynová, S., Seymourová, J., & Ingletonová, Ch. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Společnost pro odbornou literaturu.
- Pham, K. T., Nabizadeh, A., & Selek, S. (2022). Artificial intelligence and chatbots in psychiatry. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 249–253. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09973-8>
- Pop-Jordanova, N. (2021). Grief: Aetiology, symptoms and management. *Prilozi - Makedonska Akademija Na Naukite I Umetnostite. Oddelenie Za Medicinski Nauki*, 42(2), 9–18. <https://doi.org/10.2478/prilozi-2021-0014>
- Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2019). *How the DSM can improve upon the ICD in Defining Prolonged Grief Disorder (PGD)* [Powerpointová prezentace]. <https://endoflife.weill.cornell.edu/>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A. L., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. W. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Grada Publishing.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (1. české vydání). Hogrefe - Testcentrum.
- Recupero, P. R., & Rainey, S. E. (2005). Informed consent to e-therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 59(4), 319–331. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2005.59.4.319>

- Ringdal, G. I., Jordhøy, M. S., Ringdal, K., & Kaasa, S. (2001). Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 1016–1026. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(01\)00363-3](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(01)00363-3)
- Samuelová, J. (2018). *Cesty zármutku: Příběhy o životě, smrti a přežití*. Host.
- Shanfield, S. B., & Swain, B. J. (1984). Death of adult children in traffic accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(9), 533–538. <https://doi.org/10.1097/00005053-198409000-00004>
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E., & Hilty, D. (2018). Best practices in videoconferencing-based telemental health april 2018. *Telemedicine and E-Health*, 24(11), 827–832. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>
- Sluková, Z. P., Jochmannová, L., Gergely, O., Palová, K., Petrová, E., Rumlerová, T., Charvát, M., & Valentová, I. (2022). *Metodika videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb*. Univerzita Palackého v Olomouci. <https://doi.org/10.5507/ff.22.24461359>
- Stein, D. S., Calvin, J., & Wanstreet, C. E. (2009). How a novice adult online learner experiences transactional distance. *Quarterly Review of Distance Education*, 10(3), 305–311. <https://eric.ed.gov/?id=EJ889334>
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 993. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>
- Stroebe, M., & Schüt, H. (1998). Culture and grief. *Bereavement Care*, 17(1), 7–11. <https://doi.org/10.1080/02682629808657425>
- Stroebe, M., & Schüt, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/om.61.4.b>
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 74(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960–1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Suler, J. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*, 3(2), 151–159. <https://doi.org/10.1089/109493100315996>

- Ševčíková, M., Bartošková, M., Paštrnák, M., Věchetová, G., & Preiss, M. (2019). Truchlení: depresivní porucha, či evoluční výhoda? *Psychiatrie*, 23(2), 83–87.
- Špatenková, N. (2014). *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Galén.
- Naděžda, Š., & kol.. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada Publishing a.s.
- Špatenková, N. (2023). *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody* (3. vydání). Grada.
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Tisová, D. (2011). *Labyrintem zármutku k novému začátku: Průvodce pro truchlící a doprovázející v zármutku*. České sdružení dopravních nehod.
- Treml, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C., & Kersting, A. (2021). Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
- Tyrrell, P., Harberger, S., Schoo, C., & Siddiqui, W. (2023). *Kubler-ross stages of dying and subsequent models of grief*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/>
- Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Portál.
- Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence: Krize v životě člověka, Formy krizové pomoci a krizových služeb* (3. vydání). Portál.
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Vybíral, Z., & Vondráčková, P. (2012). Co vyplývá z výzkumů účinnosti online psychoterapie? [What follows from the studies of effectiveness of on-line psychotherapy?]. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 56(6), 545–557.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie* (3. vydání). Grada.
- Worden, J. W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapie. Príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia*. Vydavateľstvo F.
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5. vydání). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826134752>
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11. vydání). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/>

- World Health Organization. (2024). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (11. vydání). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#1183832314>
- Zack, J. S. (2008). How sturdy is that digital couch? Legal considerations for mentalhealth professionals who deliver clinical services via the internet. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 333-359. <https://doi.org/10.1080/15228830802097083>
- Zuelke, A. E., Luppá, M., Löbner, M., Pabst, A., Schlapke, C., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Effectiveness and feasibility of internet-based interventions for grief after bereavement: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 8(12), e29661. <https://doi.org/10.2196/29661>

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tabulka 1: Pět kategorií reakcí na ztrátu

Tabulka 2: Současné diagnostické jednotky v soudobých výzkumech

Tabulka 3: Informace o jednotlivých respondentech

Obrázek 1: Duální model procesu truchlení

Obrázek 2: Aspekty spojené s distanční péčí

Obrázek 3: Vztažná témata

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CG – Complicated Grief

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

GMS – Grief Measurement Scale

ICG – Inventory of Complicated Grief

IPA – Interpretativní fenomenologická analýza

MKN-11 – 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

PCBD – Persistent Complex Bereavement Disorder

PG-13 – Prolonged Grief Disorder Scale

PGD – Prolonged Grief Disorder

SCI-CG – Structured Clinical Interview for Complicated Grief

TRIG – Texas Revised Inventory of Grief

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Diagnostická kritéria poruchy protražovaného truchlení uvedená v DSM-5
4. Diagnostická kritéria Patologického zármutku uvedená v MKN-11
5. Techniky a metody pro práci s pozůstalými
6. Etický kodex poradců pro pozůstalé
7. Otázky polostrukturovaného rozhovoru
8. Ukázka rozhovoru s Henrym

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Práce s pozůstalými v on-line prostoru

Autor práce: Petra Pozdníková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 93, 156 941

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 87

Abstrakt: Cílem této práce bylo prozkoumat a popsat zkušenost poskytovatelů pomoci pozůstalým v on-line prostoru. V teoretické části bylo vymezeno téma truchlení, práce s pozůstalými a specifika on-line prostředí. Výzkumné otázky byly zaměřeny na terapeutický a poradenský on-line proces s pozůstalými, benefity a úskalí spojené s on-line poskytováním pomoci pozůstalým a jedna z nich se dotýkala tématu komplikovaného truchlení. Pro výzkumný projekt byl vybrán kvalitativní design. Hlavní výzkumnou metodou byl polostrukturovaný rozhovor, který byl následně zpracován pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Tento typ analýzy umožnil detailní prozkoumání příběhu každého respondenta a popsání možných souvislostí a vztahů mezi nimi. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že poradenský i terapeutický přístup k pozůstalým v on-line formě se ve svých postupech téměř neodlišuje od formy osobní. Existuje však množství rozdílů v on-line a off-line formě práce s pozůstalými. Ve výsledcích byly zobrazeny limity i benefity vyplývající z on-line poskytování péče pozůstalým. V neposlední řadě bylo dále představeno i téma on-line práce s komplikovaným truchlením.

Klíčová slova: pozůstalost, zármutek, truchlení, komplikované truchlení, on-line pomoc, on-line prostor, poradenství pro pozůstalé, terapie pozůstalých, krizová intervence pozůstalých

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Working with Bereaved Individuals in the Online Space

Author: Petra Pozdníková

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 93, 156 941

Number of appendices: 8

Number of references: 87

Abstract: The aim of this thesis was to explore and describe the experience of providers offering support to bereaved individuals in the online space. The theoretical part defined the topic of grieving, working with the bereaved, and the specifics of the online space. The research is focused on questions of the therapeutic and counselling online process with the bereaved, the benefits and challenges associated with online support provision to the bereaved, and one of them touched on the topic of complicated grief. A qualitative design was selected for the research project. The main research method was semi-structured interview, which was subsequently analysed using interpretative phenomenological analysis. This type of analysis enabled a detailed exploration of each respondent's story and described possible connections and relations between them. The results of the research revealed that the counselling and therapeutic approach of the bereaved in online form are not significantly *different* from in-person form. However, there are numerous differences in online and offline forms of working with the bereaved. The results shows the limitations and benefits coming from online provision of care to the bereaved. Last but not least, the topic of online work with complicated grief was introduced further.

Key words: bereavement, grief, mourning, complicated grief, online help, online space, grief counselling, grief therapy, grief crisis intervention

Příloha č. 3: Diagnostická kritéria poruchy protrahovaného truchlení uvedené v DSM-5

A: Jedinec prožil smrt někoho blízkého.

B: Od smrti blízké osoby se po většinu dní vyskytuje nejméně jeden z následujících příznaků, který je klinicky významný. Potíže trvají déle než 12 měsíců od úmrtí u truchlících dospělých nebo více než 6 měsíců u truchlících dětí.

1. Trvalý stesk a touha po přítomnosti zesnulé osoby. U malých dětí s touto poruchou se může stesk projevovat při hře, kde se objevuje téma separace a znovushledání s pečující nebo jinak významnou osobou.
2. Intenzivní zármutek a duševní bolest v souvislosti se smrtí.
3. Nadměrné zaujetí okolnostmi smrti. U dětí se může toto zaujetí projevovat při hrách, ve kterých se opakuje téma smrti zemřelé osoby nebo možné smrti dalších blízkých osob.

C: Od smrti blízké osoby se po většinu dní vyskytuje nejméně 6 z následujících příznaků, které jsou klinicky významné a přetrvávají nejméně 12 měsíců od smrti blízké osoby u dospělých a 6 měsíců u dětí:

Reaktivní potíže ve vztahu ke smrti:

1. Vyjádřené problémy s přijetím smrti. U dětí to závisí na schopnosti dítěte chápat význam a nevratnost smrti.
2. Neschopnost uvěřit nebo emoční otupělost způsobená ztrátou.
3. Problémy vybavit si příjemné vzpomínky na zemřelého.
4. Zahořklost nebo vztek v souvislosti se ztrátou.
5. Maladaptivní sebehodnocení v souvislosti úmrtím (např. pocity viny).
6. Nadměrné vyhýbání se tématu ztráty (např. vyhýbání se osobám, místům a situacím asociovaným se zemřelou osobou; u dětí se může jednat o vyhýbání se emocím a myšlenkám na zemřelou osobu).

Společenské narušení/narušení identity

7. Touha zemřít a připojit se tak k zemřelému.
8. Potíže s důvěrou v druhé lidi od úmrtí blízké osoby.
9. Pocity, že je život bez zesnulého bezcenný nebo prázdný.
10. Pocit, že jedinec nebude schopen bez zemřelého žít.
11. Zmatenost ohledně vlastní životní role nebo snížený pocit vlastní identity (např. pocit, že se zemřelým odešla i část vlastní osoby).
12. Problémy s věnováním se zájmům nebo odmítání se jim věnovat od smrti blízké osoby, případně neschopnost plánovat si budoucnost.

D: Symptomy způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo další důležité oblasti života.

E: Reakce truchlení je nepřiměřená kulturním, náboženským nebo věkovým normám.

(Raboch et al., 2015, s. 831-832)

Příloha č. 4: Diagnostická kritéria Patologického zármutku uvedená v MKN-11

A: Smrt partnera, rodiče dítěte nebo jiného blízkého člověka.

B: Přetrvávající a všudypřítomný stesk po zemřelé osobě.

C: Přetrvávající a všudypřítomné kognitivní zaujetí zemřelou osobou.

D: Intenzivní emoční bolest projevující se například jako:

- 1) Smutek.
- 2) Vina.
- 3) Hněv.
- 4) Popření.
- 5) Obviňování.
- 6) Obtíže s přijetím smrti.
- 7) Pocit ztráty části sebe sama.
- 8) Neschopnost prožívat dobrou náladu.
- 9) Emoční otupělost.
- 10) Obtíže se zapojováním se do společenských nebo jiných aktivit.

E: Truchlení přetrvává neobvykle dlouhou dobu (minimálně však 6 měsíců od ztráty) a výrazně překračuje sociální, kulturní nebo náboženské normy.

F: Porucha způsobuje výrazné zhoršení v osobní, rodinné, sociální, pracovní, studijní nebo jiné důležité oblasti fungování.

(WHO, 2024)

Příloha č. 5: Techniky a metody pro práci s pozůstalými

1. Práce s biografií
2. Evokující jazyk
3. Využití metafor
4. Cirkulární dotazování
5. Psaní
6. Čtení
7. Arteterapeutické techniky
8. Album vzpomínek
9. Hudba
10. Rodinné a sociální rituály
11. Vzpomínkové akce
12. Řízená imaginace
13. Kognitivní restrukturalizace
14. Hra

(Špatenková, 2023)

Příloha č. 6: Etický kodex poradců pro pozůstalé

ETICKÝ KODEX PORADCŮ PRO POZŮSTALÉ

Etický kodex poradců pro pozůstalé vychází ze Základní listiny práv a svobod a z Etického kodexu sociálních pracovníků České republiky. Etický kodex je založen na hodnotovém kontextu poradenství pro pozůstalé, vychází z respektování práv klientů v poradenském procesu a klade důraz na nezpochybnitelnost lidské důstojnosti během doprovázení pozůstalých.

Poradce pro pozůstalé je kvalifikovaný pracovník, který samostatně a systematicky pod dohledem supervizora doprovází klienty prostřednictvím terapeutického vztahu vytvořeného v průběhu umírání jim blízké osoby, při přípravě pohřebních obřadů a při jejich práci se smutkem. Poradce pro pozůstalé může vykonávat osoba se získanou profesní kvalifikací „Poradce pro pozůstalé 69-020-M“ Ministerstva pro místní rozvoj.

Etické zásady

- Poradce pro pozůstalé respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.
- Poradce pro pozůstalé respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.
- Poradce pro pozůstalé pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi usnadnit proces truchlení. Rozvíjí účinnou komunikaci s pozůstalými (využívá moderní i tradiční komunikační prostředky, pomáhá pozůstalým přiznat si skutečnost ztráty blízké osoby, překonávat různé překážky při procesu adaptace, zná vyjadřování žalu u lidí z jiných kultur atd.).
- Poradce pro pozůstalé podporuje a doprovází pozůstalé. Aplikuje základní principy poradenství pro pozůstalé a usnadňuje pozůstalým nekomplikovaně truchlit. Dále identifikuje u pozůstalých rizikové faktory jejich komplikovaného truchlení.
- Poradce pro pozůstalé respektuje hodnotový kontext poradce (zákonnost, citlivost vůči kulturní a osobní odlišnosti při truchlení, spolusdílení – spolunesení, duchovní rozměr smrti, přiměřenost pietního chování, návaznost služeb a důstojnost umírání i truchlení).
- Poradce pro pozůstalé dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

Pravidla etického chování poradce pro pozůstalé

Ve vztahu ke klientovi

- Poradce pro pozůstalé podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti. Poradce pro pozůstalé jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.
- Poradce pro pozůstalé respektuje projevy truchlení klienta, jeho hodnoty a kulturní zvyklosti během péče, smrti i v období truchlení.
- Poradce pro pozůstalé pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka.
- Poradce pro pozůstalé chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Informace o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu, a to ani po ukončení poskytování služeb. Tento souhlas je třeba dát vždy písemně a je třeba v něm uvést, v jakém rozsahu a za jakým účelem zprošťuje klient poradce mlčenlivosti a dále datum udělení zproštění.
- Poradce pro pozůstalé si je vědom svých odborných a profesních omezení. Zodpovídá za kvalitu poskytovaného poradenství. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci.

Ve vztahu ke kolegům

- Poradce pro pozůstalé respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb.
- Poradce pro pozůstalé respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.
- Poradce pro pozůstalé iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

- Poradce pro pozůstalé dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.
- Poradce pro pozůstalé se neustále snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně poradenství pro pozůstalé a uplatňování nových přístupů a metod.
- Poradce pro pozůstalé je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
- Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v oblasti poradenství

- Poradce pro pozůstalé splňuje osobnostní kompetence (zná pozitivní a negativní efekty své osobnosti, svého chování, své osobnostní i fyzické atraktivity, podstupuje supervizi).

Ve vztahu ke společnosti

- Poradce pro pozůstalé má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů
- Zasazuje se o zlepšení povědomí společnosti o problematice smrti a umírání. Podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní pro zajištění lepší péče o klienty prožívající ztrátu
- Poradce pro pozůstalé požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

(Asociace poradců pro pozůstalé (APPP), n.d.)

Příloha č. 7: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Osobní příběh

- Co vás přimělo stát se poradcem pro pozůstalé? Jak jste se stal/a poradcem pro pozůstalé.
- Pro jakou organizaci pracujete?
- Jaký konkrétní výcvik – terapeutický máte?
- Jak dlouho se věnujete práci s pozůstalými?
- Považujete se za věřícího či spirituálně založeného člověka, ztotožňujete svou víru s nějakou náboženskou perspektivou? Pokud ano, mohl/a byste to blíže popsat – rozvést?
- Je osobní víra či spiritualita ve vaší profesi výhodou – nevýhodou – nutností?
- Budeme se dále v rozhovoru primárně soustředit na online formy poradenství, takže by mě zajímalo, jak jste začal/a s on-line poradenstvím, jaké to bylo, jaké důvody vás k tomu vedly?

Anamnéza poradenství

- Jaké formy pomoci pozůstalým poskytujete nebo jste v minulosti poskytoval/a? (pokud to bude nutné, doptat se konkrétně: face to face – přímý kontakt; online pomoc, počítač či telefon; pouze telefon; chatování...).
- Jaký způsob práce u vás převažuje (viz. výše – přímý kontakt, chatování, telefon, online, atd)?
- Poskytujete pouze poradenství nebo také krizovou intervenci či dlouhodobější terapeutické vedení?
- Jaký je váš názor na výše uvedené formy práce s klientem s ohledem na online způsob – jak (pokud je to vůbec možné) lze poskytovat krizovou intervenci, poradenství či terapii online?
- Jak je online práce s klientem efektivní ve srovnání s face to face formou?
- Jaké překážky se mohou objevovat obecně v práci s pozůstalými s ohledem na poradenství, krizovou intervenci či terapeutické vedení? Je něco specifického s ohledem na online formu?
- Můžete zkusit blíže charakterizovat cílovou skupinu, se kterou pracujete? Mám na mysli věk, pohlaví, vztah k zemřelému, okolnosti úmrtí atd.
- Jaký nebo kdo je váš typický klient – dá se to vůbec zobecnit?
- Byl/a byste schopen/a porovnat vaše hledisko a hledisko klienta – je online pomoc (poradenství, krizová intervence, terapie) dostačující? Pro vás – pro klienta?
- Jaký postoj mají vaši klienti k on-line poradenství, jak jim vyhovuje – nevyhovuje, co jim vyhovuje – nevyhovuje?
- Jak probíhá typická intervence u pozůstalých, pokud o tom lze mluvit jako o typické intervenci (opět zkusit porovnat face to face a online)?
- Jaké je to pro Vás – komunikovat s klientem prostřednictvím on-line připojení?
- Jaký typ pozůstalého není vhodný pro online práci? (Čemu je důležité věnovat pozornost?)
- Jaké překážky se mohou nacházet na straně klienta v on-line prostředí? Můžete uvést příklady?

- Jaké překážky se mohou nacházet na straně poradce v on-line prostředí? Můžete uvést příklad?
- Kolik sezení obvykle s klientem absolvujete v on-line formě?
- Jak dlouho trvá sezení v on-line formě s klientem?
- Jak vnímáte rozdíly v těchto aspektech (délka a počet sezení) při on-line formě a formě face to face?
- Hrají zde roli ještě jiné aspekty? (např. výběr místa k on-line formě)?
- Byl byste schopen/a popsat tyto rozdíly ve face to face a on-line formě?
- Jaké přínosy vnímáte v možnosti on-line práce s pozůstalými?
- Jaké máte naopak výhrady k on-line práci s pozůstalými?
- Online práce s truchlením u mužů a u žen – jaké jsou zde rozdíly?
- Jak probíhá ukončování práce s pozůstalým s ohledem na face to face a online formu?
- Jak byste porovnal/a efektivitu práce s pozůstalým online a face to face?
- S jakými dalšími odborníky spolupracujete? A jaké s nimi máte zkušenosti?
- Jaký je váš názor na medikaci (psychofarmaka) u truchlení? Kdy ANO, kdy NE?
- Jak se Vám daří pracovat s pocity a potřebami u pozůstalých v online formě?
- Co je na Vaší práci nejtěžší?
- Co Vás pravidelně překvapuje?

Truchlení

- Jaký je smysl truchlení obecně – jak truchlení rozumíte?
- V MKN 11 je nově zařazena diagnóza protrahované truchlení, je to podle vás adekvátní, odpovídá to vaší zkušenosti? Jak to vidíte?
- Kdo je podle Vás nejvíce ohrožený protrahovaným (komplikovaným) truchlením?
- Jak snížit riziko protrahovaného (komplikovaného) truchlení?
- Jaké faktory vedou k protrahovanému (komplikovanému) truchlení?
- Jaký je poměr mužů a žen z hlediska protrahovaného truchlení?
- Jak se liší protrahované (komplikované) truchlení mezi ženami a muži?
- Protrahované (komplikované) truchlení – je v tom rozdíl, je v tom vůbec rozdíl?
- Jak pracujete s protrahovaným (komplikovaným) truchlením v online formě; je vhodné s protrahovaným truchlením v online formě pracovat?
- Jaké osvědčené metody v online formě lze použít při práci s komplikovaným truchlením?

Chtěl/a byste ještě něco doplnit? Máte pocit, že by bylo vhodné ještě něco uvést k tomuto tématu?

Příloha č. 8: Ukázka rozhovoru s Henrym

T: tazatelka; R: respondent

T: *Chtěla bych nejdřív položit pár otázek na vás a na vaši profesi. Co vás přimělo stát se poradcem pro pozůstalé?*

R: Já mám ukončený komplexní terapeutický výcvik v logoterapii a od roku 2017 jsem OSVČ, to znamená, že poskytuji psychoterapii jak face to face, tak v poslední době s kovidem on-line. Mám řadu klientů, hlásí se mi, nebo žádají o pomoc lidé s různými problémy a někteří z nich jsou pozůstalí. Mají za sebou zkušenost s úmrtím blízkého člověka a potřebují se s tou zkušeností vyrovnat. Takže lidé, kteří truchlí jsou mojí běžnou klientelou. Nemůžu říct o sobě, že bych byl jako vyloženě poradce pro pozůstalé, nebo že bych se specializoval jenom na tenhle typ potíží, na tenhle typ klientů, ale řada mých klientů se rekrutuje spontánně, že se mi přihlásí. Zajímavé je, že u některých klientů vlastně to téma truchlení se objeví jakoby ex post, že přijdou s určitou zakázkou, s určitým problémem, ale tak jak se dostáváme k příběhům, anamnestickým údajům, tak se dostaneme k jádru věci a tam se zjistí, nebo přijdeme na to, že třeba problém, se kterým přichází vlastně nasedá na ztrátu blízkého člověka.

T: *Vy jste zmínil, že nemůžete o sobě říct, že jste poradce pro pozůstalé... Chápu dobře, že tedy nemáte certifikovaný kurz poradce pro pozůstalé?*

R: To nemám, já mám, jak jsem říkal terapeutický výcvik a tím pádem poskytuju poradenství, poskytuju terapii a někteří klienti jsou pozůstalí. Obrací se na mě s tou zakázkou a potřebují se vyrovnat se smrtí blízkého člověka.

T: *Pracoval jste i pro nějakou organizaci?*

R: Pracoval jsem chvíli (dva roky) pro organizaci Amélie a tam jsem se potkával s klienty, kteří za sebou měli léčbu rakoviny, úspěšnou léčbu, organizoval jsem tam podpůrnou skupinu právě pro lidi, kteří dříve byli onkologičtí pacienti, vyléčili se nebo byli toho času v remisi a tam jsem se s tím problémem potkával také. Protože většinou se jednalo o lidi už staršího věku, a kromě těch problémů související s onkologickou diagnózou se na mě obraceli také částečně s problémy, že jim někdo zemřel. Potřebovali se vyrovnat se ztrátou blízkého člověka. Takže pro tuhle organizaci.

T: *A mimo tuto zkušenost spolupracoval jste ještě s nějakou jinou organizací?*

R: Ne.

T: *Vy už jste zmiňoval, že máte terapeutický výcvik, mohl byste to prosím ještě jednou připomenout jaký?*

R: Je to komplexní terapeutický výcvik v logoterapii existencionální analýzy.

T: *A jaké konkrétní metody používáte při práci s pozůstalými?*

R: Tak tou konkrétní metodou v logoterapii jsou tři základní techniky, jak vlastně pracovat technicky řekněme s klientem u práce s pozůstalými, pokud se vůbec dá mluvit o nějaké technice, protože moje zkušenost je taková, že když pracujete s někým, kdo truchlí, komu někdo blízký zemřel, tak se úplně nedá mluvit o technice. Pokud bych měl nějakou techniku z logoterapie vybrat, tak je to modulace postoje. Pracovat vlastně s postojem k dalšímu životu, to znamená, když je ta práce s truchlením obtížnější, tak si zpravidla ten klient klade otázky jako: „Jaký můj další život bude mít smysl?“ Všechno mu často připadá prázdné, nesmyslné a musí se nutit do různých činností do různých aktivit a potřebuje obnovit životaschopnost, takže z logoterapie to je určitě modulace postoje, obnovení životaschopnosti a návrat do života.

T: *Děkuji, za chvíli to rozebereme podrobněji. Dále bych se vás chtěla zeptat, jestli se považujete za věřícího nebo spirituálně založeného člověka?*

R: Považuji se za věřícího člověka.

T: *A ztotožňujete se s nějakou konkrétní vírou?*

R: Kdybych měl říct, kterou konkrétní vírou, nebo která je mi nejbližší, tak to je buddhismus. Ale je to hodně na sílu, to znamená, když to řeknu nahlas, tak mi to přijde trochu absurdní, protože nechodím do žádného chrámu, nejsem nijak spojený s nějakou buddhistickou skupinou, ale buddhismus je mi blízký, zajímal jsem se o něj teoreticky, takže buddhismus.

T: *Mohl byste mi prosím ještě přiblížit tu vaši víru?*

R: Myslím si, že život smrtí nekončí, že existuje něco, jako kontinuita vědomí, nějaká sféra před narozením a po narození, to znamená, že když člověk zemře, tak po něm zůstane mnoho stop v tomhle životě, už to je vlastně nějaký, nejen pro mě ale i pro řadu lidí nějaký náhled na život, že se smrtí se nemůže ztratit všechno, nebo to důležité, co toho člověka dělalo tím člověkem, něco předal, něco tady po něm zůstává, ale zároveň bych řekl, že tím jádrem té víry je, že ta kontinuita vědomí pokračuje i po naší smrti. Fyzické smrti.

T: *Děkuji. Přijde vám, že vás vaše víra ovlivňuje ve vaší práci?*

R: Jo, je mi oporou. Myslím si, že mi poskytuje nějakou jistotu. Jak bych to řekl, jistotu v tom, přistupovat k vlastní smrti, ale vůbec k tomu tématu smrti nebo skutečnosti smrti jako klidněji. S nějakým větším klidem, smrti se bojím, mám z ní respekt, ze smrti, z umírání, ale řekl bych, že právě ten strach ze smrti i strach z umírání je v rámci nějaké normy nebo zvládnutelnosti právě díky spiritualitě a díky určitým životním zkušenostem, které mám. Které se třeba týkají toho, jak umírali moji rodiče, nebo prarodiče, takže mi ukázali, že ta zkušenost je zvládnutelná, že se jí dá projít.

T: *Chtěla bych se postupně přesunout k tomu on-line poradenství, ještě se pro jistotu zeptám poskytnete teda on-line poradenství?*

R: Ano. Face to face a zároveň v nějakých specifických situacích je to poradenství nebo psychoterapie on-line.

T: *Preferujete nějakou formu toho poradenství, jestli spíš face to face nebo on-line?*

R: Určitě ta moje preference je potkat se s klientem tváří v tvář a povídat si s ním, být s ním fyzicky v jedné místnosti. Já teď na rovinu řeknu, že tak jak probíhal covid, tak to byl ten zlom, kdy nejen já, ale i řada mých kolegů se kterými jsem v kontaktu, kolegů a přátel, tak najednou díky covidu chtě nechtě musela tu část péče nebo velkou část péče o svoje klienty převést do toho on-line prostoru. To byl vlastně takový zlom. Na začátku jsem pochyboval, nechtělo se mi do toho. Pak s prvními zkušenostmi, jak s těmi platformami, které to umožňují potkat se s klientem v on-line prostoru, tak i s těmi zkušenostmi, kdy máte za sebou první, druhé, kolikáté sezení v on-línu, získáte určitou jistotu, a hlavně tu jistotu, že to funguje a danému člověku pomáhá.

T: *Vy jste zmínil důvod toho kovidu, že vás to přimělo k tomu se zamyslet, jestli ne zvolit on-line formu... jsou ještě nějaké důvody, které vás přesvědčily o tom se přesunout do tohoto prostoru?*

R: Já si myslím, že to byl kovid a potom taky ještě zkušenost nejen z té terapeutické práce, ale také učím na vysoké škole a konkrétně v období kovidu jedna moje diplomantka nemohla dotáhnout svoji diplomovou práci do konce kvůli všem těm opatřením, která tehdy byla uvedena v platnost. A přemýšleli jsme nad nějakým tématem a ona říkala, že četla dva zahraniční články na téma on-line psychoterapie a on-line poradenství obecně bez specifikace směrem k zakázce. Zjistila, že ve světě už to řadu let běží normálně. Takže na to téma chtěla napsat diplomovou práci. Tak jak jsme spolu spolupracovali, já jsem ten text četl, potkával jsem se s literaturou, kterou mi doporučovala, tak jsem si řekl, ty jo dyť je to něco normálního, co ve světě kolem nás už běžně funguje už řadu let. To mě taky trochu uklidnilo, že to funguje, jsou na to výzkumy a daří se tuhle práci dělat.

T: *Vyzkoušel jste i jiné formy třeba telefonování nebo chatování?*

R: Abychom to dali přesně do nějakých závorek a specifikovali, tak je to videohovor nebo videokonference, nikdy jsem neposkytoval nějaké poradenství terapie ani krizovou intervenci po telefonu, s tím zkušenosti nemám. S chatováním vůbec. Takže v mojí praxi to vypadá tak, že se spojíme se s klientem přes platformu a pracuji s ním přes platformu ZOOM a vidíme na sebe, máme zapnutou kameru a tou formou videohovoru terapie nebo poradenství probíhá.

T: *Jaká forma u vás momentálně převažuje? Myslím, jestli spíše přímý kontakt face to face nebo spíš on-line forma?*

R: Já si myslím, že převažuje, když tak v rychlosti si dělám statistiku, tak kontakt face to face převažuje. Řekl bych, jsou to tak 2/3 kontaktů v přímém kontaktu a ta 1/3 v on-line formě.

T: *Vy už jste to zmiňoval, že máte terapeutický výcvik, takže pracujete s klienty nejen ve formě poradenství, ale i krizové intervence či terapie?*

R: V některých případech. Víte co, moje zkušenost je taková, že když se ke mně klient dostane více méně včas, někdy třeba pár dní, do týdne do čtrnácti dnů po úmrtí svého blízkého, tak ten kontakt často začíná nebo připomíná krizovou intervenci. Ten dotyčný

člověk potřebuje dostat onu událost do příběhu, ventilovat a odreagovat emoce. Takže část toho přímého kontaktu i on-line kontaktu má podobu třeba na začátku krizové intervence. Ten člověk je ještě plný emocí. Nebo někdy jsou v něm ony emoce na tu událost uzavřené, ale v rámci povídání si, tak se najednou objeví a jsou velmi intenzivní. Tam opravdu záleží, když bychom to čistě specifikovali tu práci s pozůstalými, jak rychle se ke mně ten člověk dostane. Do toho týdne od úmrtí, tak zpravidla ten kontakt má podobu krizové intervence. Jedno, dvě tři sezení, které mají tenhle rámeček.

T: *V co potom ta krizová intervence přechází spíše v to poradenství nebo v tu terapeutickou práci?*

R: Jak kdy, asi častěji kdybych to měl zase vzít jako nějakou svoji malou rychlou statistiku, tak přejde častěji v poradenství. Naštěstí většina truchlení u většiny lidí, si myslím, probíhá nějak fyziologicky, přirozeně. Přeci jenom smrt je, i když to zní jako otřepaná fráze, to každý odkýve, je to nějaká zkušenost, se kterou se setká každý člověk. Ať už u sebe, jednou bude umírat anebo u svých blízkých, prarodiče, rodiče, blízcí lidé, někdo, koho konkrétně známe. Je to součást života a tím pádem naštěstí probíhá tenhle proces truchlení fyziologicky, normálně jen prostě si myslím, někteří lidé se stydí nebo nemají kolem sebe sociální síť, která by jim umožnila tenhle příběh nebo emoce s tím spojené sdílet. Vyplakat se, vyvztekat se, odreagovat emoce, zhroutit se, takže někdy tu úlohu, možná bohužel nebo bohu díky, těžko říct, plní nějaký profesionál, ke kterému se ten člověk dostal. To, když je ošetřeno, tak pak už třeba stačí pár sezení ať už on-line nebo face to face, které jenom tenhle proces doladí a už mají spíš podobu poradenství. Tam se třeba ptá ten člověk, jestli má jít na pohřeb, vzít tam děti a chce nějakou konkrétní radu.

T: *Vy jste zmínil práci právě s těma pozůstalýma, kdybychom to měli přesunout do on-line prostoru, jak vám to přijde, je to pro vás náročnější, například práce s těmi emocemi, co se týká krizové intervence?*

R: Náročnější to není, na co si musím dávat pozor, když bych měl vypíchnout nějaké poznání z té zkušenosti on-line je věnovat vlastně pozornost klientovi a třeba konkrétně se ptát v závěru toho on-line sezení, jak na tom je, jak mu to vyhovuje, co mu chybělo, co by potřeboval z hlediska nějakého komfortu pro sebe, aby to on-line sezení bylo pro něj v pořádku. Mám takový dojem, že tohle dělám v on-line světě častěji, než v tom face to face setkání mám třeba lepší kontakt s prožíváním a emocemi klienta. Mám ten dojem. A méně

často se ujišťuji a dělám méně často nějakou evaluaci v závěru toho sezení. Jestli to bylo v pořádku, jestli něco chybělo, jak by to mělo být příště lépe. Myslím si, že tohle je běžná terapeutická práce, že jako terapeuté věnujeme čas od času pozornost tomu, co se děje mezi námi dvěma, mezi mnou a klientem a jestli je ten klient spokojený. A když klient dostane prostor v tomhle směru něco říct, tak může korigovat tu nespokojenost nebo že mu něco chybí. Tohle si myslím, že v on-linu dělám častěji. Snažím se na to myslet třeba posledních pět minut u toho sezení. Někdy to nejde, někdy to sezení je tak nabitě materiálem, že nezbyde čas. Pokud zbývá, pokud to lze, tak bych doporučil určitě v závěru toho sezení takovou evaluaci provést.

T: *Kdybychom se na to podívali z hlediska náročnosti, hodnotíte on-line kontakt s klientem náročnější, než face to face?*

R: Bývám unavenější, bolí mě oči třeba a věnuju plnou pozornost. Vždycky nás učili snažit se věnovat klientovi, když spolu jsme, povídáme si, maximální pozornost a v tom on-line prostoru je to o něco těžší. Čistě technicky vyčerpání třeba z obrazovky, že mě bolí oči, někdy se tomu klientovi třeba omluvím, že si potřebuju protřít oči, že je mám jako unavené, mám potřebu mu vlastně vysvětlit nějaký svůj pohyb, nějakou grimasu. Takže určitě bych řekl, že je to náročnější na soustředění a na koukání do obrazovky.

T: *A z hlediska efektivity, přijde vám jedna ta forma efektivnější?*

R: Přijde mi efektivnější, ale možná je to moje pohodlí ta face to face, přijde mi efektivnější. Jo, spíš jak na truchlení, tam víte, co s tím truchlením ta práce s tím truchlením není pro mě nijak náročná, není to nějaká dlouhodobá práce, opravdu velmi často má tu podobu krizové intervence na to nasedne poradenství a je to v pořádku. Pak je pár klientů, kteří potřebují dlouhodobější péči a třeba delší než rok, tak mám takové dva klienty jako vzpomínku. Jak to říct, myslím si, že k tomu podstatnému a teď mluvím spíš než o truchlení, mluvím o jiných problémech. Že rychleji bych se dostal k jádru věci, ve face to face kontaktu, než v tom způsobu on-line práce. Přijde mi, že to trvá déle, dostat se k tomu podstatnému.

T: *Napadlo by vás, co by bylo tou překážkou u toho, že to trvá delší dobu?*

R: Já bych řekl, že je to, jak to říct? Když pracuju s klientem v přímém kontaktu, tak fyzicky prožitkově a často cítím, vnímám to, co ten klient prožívá. To znamená jsme spolu v jedné místnosti a rychleji se na mě přenesou jeho emoce. Nebo i v tom, co ten klient povídá rychleji

zaznamenám ve svém těle a ve svém prožívání – emoční odezvu a na klienta. Empatie a napojení na něj a v on-line prostoru je to přeci jenom nějaká překážka, i když to funguje, to znamená dovedu si povšimnout a dovedu zaznamenat ne jenom to, co se děje na straně klienta, že mu zvlhnou oči, že třeba zčervená, jinak se posadí, tělesně jinak reaguje na to co říkám, tak přeci jenom mám dojem, že ta odezva u mě je pomalejší nebo není tak silná, jako když jsme spolu v jedné místnosti. To určitě někdo chytřejší by dovedl nějak vysvětlit, jako kauzálně, ale mám za to, když to řeknu tak nějak jako primitivně, že emoce jsou trochu jak viry jako, je to jako nakažlivé nebo rychle se to přenáší. A i třeba z mojí strany, myslím si, že dovedu třeba tím, jak s klientem hovořím, jakým způsobem se k němu stavím, mluvím na něj a dívám se na něj a jaká gesta dělám, tak dovedu třeba i na něj část i svého klidu nebo rozpoložení klidu a pohody nějak přenést. Jo, že to je i obráceně. Tohle si myslím, že v on-line světě je pomalejší. Jde to, ale je to pomalejší.

T: *Napadly by vás ještě nějaké překážky, který by mohly být v tom on-line prostoru?*

R: Jo, jedna je určitě taková, to je potřeba ošetřit technicky, když za mnou přijde klient do pracovny, tak ten prostor je bezpečný já vím, že nikdo nebude rušit, jo můžu zajistit to, že nikdo rušit nebude. Vypnout telefony, na dveře dát cedulku nebo vůbec neočekávám, že někdo přijde a bude klepat a nějak se na mě dobývat. V tom on-line světě na svojí straně tohle zaručit dokážu také, ale zároveň třeba v tom prvním maximálně ve druhém setkání je nutné s klientem hovořit o tom, jak je ta on-line podoba komfortní pro něj. To znamená, bude ho rušit partner, pes, děti, kdo přijde, jak on se cítí bezpečně v tom prostoru, ve kterém se mnou mluví. Tohle je potřeba si vyjasnit. A někdy se tam objevují fakt jako specifické překážky, třeba domluvit se na nějaký konkrétní čas, kdy ten klient bude sám doma. Nebo tak, aby ho nikdo neslyšel, když si představíte, že třeba byste mluvila o nějakých intimních věcech o něčem, co nechcete, aby slyšel druhý člověk, ale někdo v té domácnosti je s váma. Takže takovéto, co je nějak rušivé, třeba klient sedí za stolem a otravuje tam jeho pes, myslím to z legrace, jako že tam chodí, nebo mu vyskočí kočka na klín, tomu klientovi, je doma jo, ale dá se to ošetřit a troufnu si tvrdit, že v 99 % případů je to technická věc, kterou je potřeba vyladit. A pak samozřejmě ty technické věci alespoň já musím mít dobré připojení k internetu, normální kameru, aby z mojí strany nedocházelo k nějakému výpadku. Nestalo se mi třeba, že klient v nějakém rozrušení přerušil to on-line sezení. Z toho jsem měl třeba strach, že je těžší odejít z terapeutické místnosti, než zmáčknout nějaké tlačítko na počítači nebo na telefonu. Ale nestalo se mi to. Toho jsem se tak trochu obával, třeba některé silné

emoce, které klient prožívá by ho k tomuhle mohly vést. Fakt ošetřit ty technické věci, aby klient dostal konkrétní otázky: „Je ten prostor pro vás doma bezpečný? Neruší vás tam někdo? Nestydíte se? Nebojíte se o něčem mluvit nahlas?“ Jak si nastavit čas, abyste měl ten maximální komfort, kdy se nebude stydět mluvit, že to někdo nepovoláný uslyší. I klient třeba potřebuje, třeba když lidé jsou v tak velké nouzi, ať už truchlíci, nebo i jiní klienti, že opravdu chtějí nějaký terapeutický kontakt a potřebují z mojí strany technické věci vysvětlit, že třeba se mi nestává, že by se mě klient ptal: „A je to připojení bezpečné, neslyší nás ještě někdo jiný?“ To se mi ještě nestalo, že by klient tohle ujištění chtěl. To znamená i to sezení zabezpečit, tak aby to nemohlo být nějakou třetí stranou narušeno. Jo? Kód, čekací místnost a mít zaplacenou licenci nějakého rozumného poskytovatele pro mě je to... nechci dělat někomu reklamu, ale používám tu aplikaci ZOOM, jinou ne. Je tam licence, dá se to nastavit na soukromí, je to transparentní, klient je ujištěný, že ho nikdo nenahrává jo, ale fakt, jak říkám, většinou ti lidé jsou v takové nouzi, že se o to vůbec nezajímají. Jo, potom kontaktu jsou hladoví, potřebují pomoc.

T: *Napadají vás ještě nějaké překážky?*

R: Ta překážka je určitě třeba... víte co, já se potkávám třeba s klientem, který si dovede zprocesovat to připojení a ta překážka určitě bude, co ti klienti, kteří to nedokážou. Já s nima tím pádem nepřijdu do kontaktu. To znamená, dovedu si představit, kdyby to naše povídání mělo nějaký praktický přesah, kdyby existovala určitá instituce, nebo třeba i na stránkách terapeutů nebo poradců, nebo lidí, kteří se o klienty on-line zajímají o truchlení o práci s pozůstalými, aby třeba existoval nějaký technický návod, jak se připojit, na co si dát pozor, jak to udělat. Jo, když už se nám to setkání povede poprvé, tak už klienta, nebo když se klient na mě nakontaktuje, tak si troufnu tvrdit, že já ač jako technický analfabed, že nejsem nijak, jak to říct, jako nějak super zručný v práci s chytrým telefonem, nebo s počítačem, ale nemám problém s tím klientovi pomoc, vysvětlit mu nastavení toho on-line světa. Jsou tam ty technické překážky, třeba výpadek, to se párkrát stalo jo, naštěstí to bylo jen krátkodobé, že klient vypadl nebo zamrzl, ale povedlo se to setkání obnovit a do tří pěti minut jsme jeli dál. Nemám žádné setkání, které by jako úplně nějak krachlo a muselo být z důvodu technické překážky přerušeno, jo, pokaženo. Vždycky navíc, klient na mě má v tom případě i telefon, já na klienta a klient na mě. To znamená je to pojištěné i tím, že bychom si mohli zavolat a vyjasnit si, co se třeba stalo. Klidně to i zkuste nějak rozebrat, vymáčknot ze mě víc. Takhle v rychlosti mě nenapadá nic dalšího.

T: *Mě ještě tak napadá, je často zmiňované téma, že přes video konferenci ten terapeut vidí jen nějaký čtvereček, jak se v tom pohybuje osoba a často tam chybí nějaká neverbální komunikace, že jim to přijde právě, jako nějaká překážka. Jak to vidíte vy?*

R: Jo, já jsem to trochu zmínil už na začátku, to jsme možná zbytečně složitě vysvětloval, jak spolu třeba takhle sedíme vy a já, tak na sebe vidíme mnohem lépe, ale zase třeba nemůžu mluvit za jiné kolegy, ale ta aplikace ZOOM, když jsme dva jenom, nemám žádné zkušenosti se skupinovou terapií, nebo skupinový poradenstvím, je to jeden na jednoho individuální kontakt, tak tam si myslím, že ten záběr na kameře je poměrně velký. To znamená, že vidím dost, jako třeba teď vás. Tu horní část trupu, jako kdybyste seděla za stolem. Ale ano, vidím méně ruce třeba, ale tvář vidím a tu horní část trupu. Není to tak jasné, tak jako v přímém kontaktu.

T: *Setkal jste se i se situací, kdy by třeba klient nechtěl zapnout svoji webkameru?*

R: Ne nesetkal. Ani s technickou překážkou. Ano párkrát co si tak vzpomenu to zamrzlo jo, nebo byla tam nějaká prodleva, že se sekal obraz. Já to řeknu hodně možná nahrubo jo, já vím, že ten on-line kontakt má omezení, že ten face to face je lepší kontakt. To si myslím, nicméně je to lepší než nic někdy i s tím sekáním, dostupnost jo té péče. Pro některé lidi, kteří nemůžou dojet, nebo jsou v zahraničí, v nějaké vyčleněné lokalitě.

T: *Máte nějakou cílovou skupinu, se kterou pracujete ve své praxi, jestli je nějaká skupina lidí, která se na vás obrací častěji?*

R: To bych neřekl, vzhledem k tomu, co třeba nějak ve veřejném prostoru je o mě známo, nebo co si klienti můžou dohledat, neřekl bych že mám víc klientů, kteří truchlí, to rozhodně ne, ty zakázky jsou různorodé, nicméně pár klientů mi řeklo: „Vyhledal jsem vás z toho důvodu, že když jsem pátral na internetu, tak vaše jméno mi vyběhlo v souvislosti truchlení, paliativní péče, hospic, onkologická onemocnění, vyběhlo mi tam tohle, nebo někdo mi vás doporučil z dřívějšíka“, ale rozhodně ti klienti, kteří truchlí nepřevažují. Fakt je to různorodé spektrum problémů. Kdybych měl říct, co převažuje, tak jsou to úzkosti.

T: *Dá se to nazvat jako takový typický klient, který vás oslovuje?*

R: Typický klient, který mě oslovuje, tak je fakt jako člověk, který trpí úzkostí, trpí strachem, není spokojený se svým životem, není mu dobře, jo. Já vím, že to zní tak planě, to by vám asi řekla asi většina terapeutů, prostě nespecializují se na něco konkrétního. A zároveň se

ničemu konkrétnímu nevyhnu, to znamená, pokud mám volnou kapacitu, tak toho klienta přijmu a začnu na úrovni jeho potíží, tak jak je chápe, jo, co ho přivádí do terapie nebo ke mně.

T: Je podle vás on-line pomoc dostačující, co se týká nejen z vašeho hlediska, ale i z hlediska klientů?

R: Je to lepší než nic, jo. Říkám pro sebe nebo druhým lidem, když s nima o tom mluvím, že covid otevřel dobrou věc, tak je to ta možnost on-line kontaktu s klientem. Je to lepší, než nic a řada klientů nemůže dojet, jo. Mám zkušenosti s lidma, kteří jsou z nějaké vyložené vyčleněné lokality a v tom místě, kde žijí, tam žádný terapeut není, jo, museli by jezdit někam. Jsou třeba klienti, kteří mě chtějí vidět, jo, to znamená, ten první kontakt je face to face a pak už třeba pokračujeme v on-line, ale zároveň jsou klienti, které jsem potkal jenom v on-line prostoru, v tom videohovoru a z přímého setkání je vůbec neznám. Takže myslím si, že je to lepší než nic, jo. Pokud je pro klienta dostupná pomoc přímá, face to face, tak je to super, ale pokud není, tak ten on-line kontakt je rozhodně dostačující a dá se v něm udělat spousta dobré práce.

T: Kdybyste se na to podíval jako obecně, jaký mají teda postoj vaši klienti k tomu on-line poradenství nebo on-line práci?

R: Já bych řekl, že jsou jako vděční, že jsou rádi, že můžou, jo, protože je zoufalé celkem v ČR tak jako terapeuta najít, sehnat ho. A když se najednou dozví, že je někdo vezme, mají nějaké konkrétní datum, je tam fakt velká úleva, je tam vděčnost, že to může vůbec být. Nestalo se mi, no vlastně jednou ano, pamatuji se na jednu klientku, která mě kontaktovala telefonicky, vůbec nevím, o jaký problém tehdy šlo. Dostala na mě kontakt a mluvili jsme spolu po telefonu a měla nějakou mylnou informaci, že působím někde, a to byla mylná informace a když jsem ji nabízel on-line kontakt, tak o něj neměla zájem.

J: Mohl byste popsat, co třeba těm klientům konkrétně vyhovuje na tom on-line, vy jste to trochu nakouzl, jestli byste to trochu mohl ještě rozvinout?

R: Třeba můžou dělat z domova, jo, že je to tím pádem pro ně levnější, je to prostředí bezpečné pro ně, dovedou si ho bezpečné udělat, časově flexibilnější, z domu pohodlí. Pamatuji si na jednu velmi úzkostnou mladou ženu, která mi říkala, že by vůbec nedokázala za terapeutem na přímo přijít a je pro ni ten on-line kontakt naprosto komfortní, ale to nebylo

truchlení, trpěla jiným druhem problému. Třeba pro sociální fobie, strach, obava vyjít z domu, jo v tom on-line kontaktu se dá udělat spousta dobré práce, obnovit takový jako adaptivnější postoj k životu nabyde ten klient odvalu a pak může vyjít ven, jo.

T: Jak tedy vypadá typická intervence u pozůstalých?

R: Typická intervence u pozůstalých vypadá vlastně tak, že z mojí strany je tam to otevření toho kontaktu, aby mi pověděli celý příběh o smrti toho člověka. A leckdy ten, kdo poslouchá a podněcuje toho pozůstalého k povídání, tak je možná jediný, který to uslyší jako celé. To znamená, ta intervence na začátku, začíná z mojí strany tím, povězte mi, co se stalo, zajímá mě to a snažím se klást otázky, tak aby ten příběh plynul, aby to i ten člověk dokázal do toho příběhu dostat, který může být i různě dlouhý. Může začít diagnózou, nebo tím, že někdo vám zazvonil u dveří nebo měl telefonát, jo, k té tragické okolnosti, které se staly.

T: Probíhá to stejně i v té on-line formě?

R: Probíhá. Dostat do příběhu, zorientovat se v tom příběhu. Zpravidla, jak člověk mluví o smrti blízkého, tak se dostaví emoce. Smutek, pláč, někdy i hněv. To je vlastně tokový jako druhý krok, pomoci vyjádřit emoce, pochopit emoce, přijmout je. V těch prvních dvou krocích zpravidla v jednom ve dvou sezeních se třeba i daří přivést toho klient, aby sám na sebe nebyl tak přísný jo, to znamená nesoudil ty emoce, které prožívá a přijmul je a že to je normální. Někdy pomůže i kromě toho řeknutí příběhu, vyjádření emocí, tak jim pomůže i to, že najednou se ujistí, že to, co prožívají, je normální. Že to má nějaký začátek a bude to mít i konec. Že je nutný tím projít a je to normální a běžné, děje se to všem.

T: Pracoval jste někdy i s dětskými klienty?

R: Ne, ne, ne, nikdy, vždycky to byl člověk 18 let plus.

T: Jaké je to pro vás komunikovat skrz nějaké on-line prostředí s klientem?

R: Teď už v pohodě, na začátku jsem se toho bál, to byly ty první krůčky. Bál jsem se třeba, že nebudu rozumět klientovi ze strany jeho emocí, že nepochopím právě to emoční prožívání, že tam bude ona hradba obrazovky, špatné pochopení mimiky, gestiky, jo, nepřenesou se emoce, jak jsem o tom mluvil. Tohle už padlo. Já bych řekl, že teď je to pro mě vlastně komfortnější ten face to face kontakt a náročnější je pro mě soustředit se na klienta na obrazovce, ale zvykl jsem si a jde to a popravdě řečeno teď třeba s odstupem

kovidu už o tom nepřemýšlím. Jako zaraduju se ano, je ta možnost toho přímého kontaktu, ale pokud je to on-line kontakt, tak to neřeším.

T: *Je nějaký typ pozůstalého, který není vhodný pro on-line formu poradenství?*

R: Já bych řekl že ten, který to nechce, ten, který z toho nemá žádný benefit, zisk, prospěch, úlevu, nedostaví se to, jo. Já nechci, aby to znělo nějak nafoukaně, fakt to tak nemyslím, ale neměl jsem takovýho klienta, který by mi řekl: „Mně takovýto kontakt nevyhovuje, je to hloupé omlouvám se, nebo nejde nám to, připadám si divně“, neměl jsem takového klienta. Takže mluvím teď hodně obecně, spíš tak nějak abstraktně co mě napadá k vaší otázce, než že bych měl takovou konkrétní zkušenost. Zvažoval bych tu práci s dětmi on-line. To bych se toho bál. Když si představím třeba klienta 15 plus, okolo toho 15. roku – OK, ale neměl jsem takového klienta. Pokud by to měla být práce s dítětem, tak bych do toho nešel. To si troufnu říct, že bych do toho nešel a že bych spíš se snažil pomoci tomu dotyčnému rodiči, který by se na mě obrátil, zkusit mu najít pomoc, najít někoho pro ten přímý kontakt. U těch dětí často pracuju s terapeutickými kartama, nebo s nějakou kresbou, s nějakou vizuální technikou, s něčím, na co si to dítě může sáhnout. A to v tom on-line světě nejde.

T: *Kolik sezení většinou absolvujete s klientem?*

R: V drtivé většině si myslím, že to je do 5 sezení. To je fakt do 5 sezení, to je většina klientů, když se bavíme o truchlení. Protože naštěstí, jak jsem říkal, je to něco přirozeného. Takže do 5 sezení.

T: *Odlišuje se to v té on-line nebo je to pořád stejné i v té face to face formě?*

R: Já bych řekl, že i v té face to face je to stejné. Klient potřebuje ujistit často, že je normální a že to jednou skončí a to že cítí bolest, truchlí, znamená, že někoho měl rád, potřebuje se zorientovat ve světě a ujistit, nebo pochopit, že ten svět bude jiný už, nebude úplně stejný. Že on se změní, svět se změní.

T: *Jak dlouho trvá jedno to sezení?*

R: 60 minut. Mám to ohraničené časem 60 minut. Většina kolegů pracuje 50 minut, já jsem si nějak ustálil to sezení na 60 minutách s klientem.

T: *A zůstává to pořád stejné i v on-line?*

R: Pořád stejné 60 minut. Jasně, stane se párkrát, je to spíš výjimka, že to sezení spíš přetáhneme, než že bychom ho zkracovali, ale že to nejde jinak a dojde prostě k přetažení o pár minut navíc, když je klient potřebuje, tak je dostane. Ale je to výjimečně.

T: *Ještě mě napadá, setkal jste se s těmi aspekty on-line formy poradenství, kde by ten klient třeba nebyl u sebe doma, ale chtěl by u toho chodit?*

R: Ne, ne, to jsem se nesetkal, ale nebyl u sebe doma, ale byl u sebe v práci. Byl v kanceláři, měl kancelář nějakou svoji pracovnu, to bylo pro něj bezpečný místo. To bych se vracel někam na začátek toho, jak si povídáme. Takže buď domov, nebo kancelář.

T: *Mohla bych vás ještě jednou poprosit o to, abyste nějak obecně shrnul ty rozdíly v tom on-line poradenství a v tom face to face?*

R: Tak základní rozdíl je nějaké rychlejší vytvoření si vztahu s klientem. Ve face to face je to rychlejší, hlubší, plnější. Mám větší jistotu, že klientovi rozumím. Neptám se tolik, nebo nedělám tak často takovou tu evaluaci toho sezení. To bych řekl, že je ten zásadní rozdíl, a potom víc si vyjasnit, věnovat ten čas těm technickým věcem. Neptám se klienta ve face to face, jak je na tom s připojením internetu, jestli mu přijde moje pracovna jako bezpečná. Možná bych to měl dělat, nedělám to. Je častěji ta evaluace toho procesu, jak se nám ta práce daří. Je to pohodlnější pro mě. Face to face je pohodlnější, cítím se unavenější z toho on-line kontaktu. Mám pocit, že mu musím, nebo že mu víc dávám. Víc se soustředit, aby něco neuteklo, aby něco neuniklo. Zároveň někdy je to dobré, já nevím, jestli teďka úplně mluvím k věci, ale třeba si můžete všimnout v jakém prostředí ten člověk žije, jak to u něho doma vypadá. Nechávám na klientovi, jestli si rozostří obrazovku, vůbec nikdy po klientovi nechci, aby tam neměl nějaké pozadí, nebo aby mi nějak ukázal domov. Ale rozhodně někdy vzniknou určitý vtipný komentáře, často je to s domácíma mazlíčkama. Trochu odlehčím právě, tím že klient je v prostředí, který je jeho domovem. Je to nějaký jeho odraz. Připomenete mi tu otázku ještě, já zkusím ještě něco vyhmátnout víc.

T: *Vnímáte nějaký rozdíl v truchlení u mužů a u žen v té práci?*

R: Myslím si, že mužům rozhodně dělá větší problém třeba plakat. Vůbec to po nikom nechci, z nikoho žádné emoce neždímám, ale mám pocit, že ženy jsou v projevení emocí lepší, nestydí se, rychleji se k nim dostanou. Muži se za ně někdy stydí. A někdy se neobjeví vůbec. Někdy mi třeba ten muž řekne, že si dovolí plakat, truchlit nahlas nebo projevit žal nahlas, když je sám jenom, že to nedokáže se mnou. Někdy mám pocit, když tak přemýšlím

o těch případech truchlení, že muži mají takový pocit, že musí být takoví tvrdí. Že se musí postarat, podržet, nesmí to být na nich vidět, nesmí si dovolit být slabí, vypadnout z nějaké role. Hodně těžký je to někdy pro lidi a to jsou 2, 3 takový případy, který mi teďka vyběhají, kdy ten muž měl náročnou práci a najednou zjišťuje, že není schopný ji dělat, že se špatně soustředí, není výkonný v práci, nedotahuje termíny. Často pomohlo, já nemůžu tomu člověku pomoci zachránit jeho pracovní život, ale často fakt pomohlo jenom to, že ten člověk to řekne nahlas a že si uvědomí, že to je normální a že na to má nárok, že svět se nezastaví. Pak i v praxi třeba zjistí, že ten strach měl velký oči. Že fakt ti muži, být tvrdí, ne tolik komunikovat emoce, méně otevřeného projeveného žalu. Musí se postarat, musí zachránit. To mi přijde jako něco, co bych mohl jako zobecnit svoje poznání na co jsem si sáhl, co v tomto odlišuje muže a ženy.

T: *Myslíte si teda, že ta spolupráce se ženami je kratší než s muži?*

R: Ne. To bych neřekl. Já si myslím fakt, že nějaké kulturní věci jsou tam normální respektuju je, že zachování si tváře pro muže souvisí s tím, že třeba nebude tolik emoce projevovat. Pro ženu je to přirozenější, respektuju to, neřekl bych, že to trvá dýl, jo. Rozhodně to, co je delší a někdy na tu dlouhodobější práci to se týká okolností úmrtí. Nebo se to týká vztahů, který ten pozůstalý měl s tím blízkým člověkem. To je bez rozdílu pohlaví. Když je ten vztah komplikovaný, nebo ty okolnosti jsou nějak strašné, náročné, tak tam je ta práce delší, náročnější. Leckdy právě trvá ten rok, půlrok.

T: *Jak vypadá takové ukončování spolupráce?*

R: Ukončování spolupráce probíhá třeba z mojí strany, tak že v určité fázi, kdy si myslím, že se blíží ukončení spolupráce, tak klientovi pokládám otázku, jak pozná, že mě nebude potřebovat, podle čeho to pozná. A často dochází k vzájemné shodě, že říká: „Pomohlo mi to, stačí mi to“. Blížíme se k nějakému závěru. Často to poznáte z toho, jak to sezení začíná. Když je klient pohlcený svým prožíváním najednou ho něco energetizuje to sezení, je nabitě spoustou informací, vidíte to, jak se ta emoční nabytost, jak se postupně vyčerpává. Jak se klient zvedá, jde nahoru, je mu lépe. Fakt si myslím, že často i sám klient tím: „Myslím si že s blížíme k závěru, budeme ukončovat“. Tak probíhá to velmi často ze strany klienta, kterému je lépe. U mě klienti za terapii platí, to je i takový nějaký mezník si myslím toho.... Hraje to roli, kolik si můžou dovolit zaplatit.

T: *Stalo se vám někdy, že i vy jste musel ukončit tu spolupráci?*

R: Kvůli čemu? Nebo jako že jsem řekl já, že bude konec? Ne, tak to ne, to se nestalo, že bych klienta nějak odmítl anebo že bych mu řekl, i v dobrém to myslím, já vám už nedokážu pomoci, pomůžu vám najít někoho jiného, to se nestalo. Je to po vzájemné dohodě a často ta iniciativa vychází ze strany klienta.

T: *Ještě mi napadá, mohla by nastat situace, kdyby klient se stal závislým na takových sezeních a že by to právě nechtěl ukončit a bylo by to prodlužování i když byste z vaší strany cítil, že to nepotřebuje?*

R: Já si myslím, že kdyby taková situace nastala jako hypoteticky, tak se tam dá dobře pracovat s tou otázkou: „Jak poznáte, že už mě potřebovat nebudete, kdy to poznáte?“ Tak rychle mně běží nějaká databanka, přemítám o svých klientech. Dívejte, já mám třeba klienty opakovaně. Když se bavíme o tom truchlení, mám třeba klientku, kterou mám v terapii dlouhodobě možná už 3. nebo 4. rok, ale není to jedna terapie. Klientka u mě začala s truchlením, a to byla jedna terapie a po nějaké době zhruba po půl roce se vrátila s jiným problémem a pak zase s dalším. To znamená ano, jsou klienti, nebo mám klienty, kteří profitují z dlouhodobé terapie, zpravidla za sebou mají náročný život, náročné dětství, náročné životní zkušenosti. Ale nemluvil bych tady o závislosti, spíš o nějaké prevenci šťastného života nebo relativně spokojeného života v rámci možností. Jo tak jak někdo investuje peníze třeba do fitness centra, nebo do údržby auta, tak jsou fakt lidi, kteří ty peníze investují vlastně do sebe.

T: *Spolupracujete i s nějakými odborníky? V rámci supervizi nebo s psychiatry?*

R: Jo určitě. Mám supervizi v tom smyslu, že ještě v rámci výcviku, s kolegy z výcviku, že si vzájemně v tomhle směru pomáháme. Nemusíme takhle za supervizi platit, takže navzájem se setkáváme třeba i ve vícero lidech, tam se osvědčuje právě taky on-line forma kontaktů, kdy supervizi takhle můžeme bez problémů zvládnout dobře, rychle, nemusíme nikam jezdit, je to efektivní, rychlejší. Povídáme si o svých klientech, nabízíme si vzájemně pomoc, což bych vlastně i doporučil, že když člověk prochází výcvikem, tak získá tam kontakty a přátelství třeba a nemusí pak za supervizi platit.

T: *Spolupracujete třeba s psychiatry nebo s jinými odborníky?*

R: Okazuju, jo. Vůči těm kontextům odkazuju na psychiatry, které znám v těch regionech, kde třeba působím, tady v tom regionu, se kterými mám třeba osobní zkušenost, že se známe. Pár takových jmen jsem schopen doporučit.

T: *Jaké jsou ty vaše zkušenosti?*

R: S těmihle mými dobré. V supervizi se občas setkáváme s tím, že je někdy psychiatrická práce tristní, ale to vůbec nevyčítám nějakým konkrétním psychiatrům, ale spíš obrovskému návalu práce, který se na něj žene a pak je tu málo času, pár minut na klienta. Tam se setkám s nějakým povzdechem ze strany kolegů. Osobně takovou zkušenost nemám, že bych byl nějak zklamaný nebo dezorientovaný nějak na rozpacích z té psychiatrické péče, osobní zkušenost nemám, ale od kolegů vím, že něco takového sem tam se objeví.

T: *Jaký vy máte názor na medikaci právě u pozůstalých?*

R: Myslím si, že tam, kde truchlení probíhá komplikovaně a může přerůst tím pádem v úzkostnou poruchu nebo v depresivní poruchu, tak je to na místě. Zvlášť třeba medikace antidepressivy, ale za každou cenu medikovat truchlení a vůbec třeba nějakým způsobem otupit emoce dotyčného člověka léky, já netvrdím, že mám pravdu jo, rozhodně nejsem nějaký super odborník na truchlení, ale myslím si, že to je něco fyziologického, normálního, patří to do našeho života. Bolest, zármutek, utrpení do našeho života patří, jako nutně tam bude a každou takovou věc ošetřit medikací, ulomit tomu utrpení hrot je to minimálně diskutabilní ne-li zbytečné. Tam, kde je truchlení komplikované, problematické, třeba u úmrtí dítěte, není to moje zkušenost, spíš je to zkušenost kolegů, kteří tohle vyloženě dělají v hospicích, kdy doprovázejí celou rodinu, kde třeba umírá dítě, tak v určité fázi toho doprovázení nasadí medikaci, třeba rodičům, nebo některému z těch rodičů, často jsou to antidepressiva, to tvrdí někteří mí kolegové. Moje doporučení bylo, tam třeba kde ten klient nemůže spát, objevuje se třeba už nějaké bludné vnímání, děsivé sny, zhubne, nejí a přerůstá to v depresivní symptomatologii, tam rozhodně klienta za psychiatrem posílám, aby se zvážila medikace.

T: *Co vnímáte, že je na vaší práci nejtěžší?*

R: Někdy je to bezradnost a bezmoc. Ty příběhy jsou někdy hodně těžké jo, že si říkáte, tolik utrpení je na světě. Jak bych se zachoval v té situaci já? Máte třeba klienta a tomu spáchá sebevraždu žena a on zůstane se svými dětma sám. Nebo výčitky svědomí v kovidu to bylo častější, že někoho jsem nakazil a on umřel. Takže někdy je to bezmoc, bezradnost, to je těžké. Uvidět nějaké světlo jako smysl příběhu a klienta. Otázky pro mě, který si pak kladu: „Jak by ses zachoval ty? Jak bys tohle zvládnul? Jak bys tohle unesl?“ Trpělivost, učím se to, čím jsem starší, tím jsem trpělivější a méně spěchám. Ale je to určitě něco, kde mám pořád rezervy. Říkám si: „Zastav se, nespěchej, buď trpělivý, je to v pořádku. Nech tomu člověku porci trápení on tím musí projít.“ „Jsme na to dva, dělej mu průvodce a

nemusíš hned vidět světlo, řešení a nemusíš mu nic nabízet, zůstaň s ním.“ Tohle je někdy pro mě těžké, to nespěchá. Nehledat hned řešení nenabízet, ale učím se to. Myslím si, že po těch letech praxe mi jde čím dál líp klienta přijmout, to že spolu zůstaneme, vznikne mezi náma pracovní terapeutický vztah a já se nebojím říct i jako u toho truchlení jako lidskej vztah, tam fakt nemá smysl nějaká konkrétní technika. Jste tam za sebe a smrti se nebojíte tolik, nebo máte k ní respekt i k umírání, ale není to pro vás strašák. Dovedete to téma přijmout. Víte co, já si myslím, a i ze supervize moje zkušenost mi to potvrzuje, že lidé, kteří truchlí, tak velice rychle poznají, jak moc se bojíte a jak moc jste s nima ochotni jít do nějaké hloubky, jít na hlubinu. Plavat nebo pohybovat se na nějakým tenkým ledu. Že to snesete, že tam zůstanete, jako dva partáci na laně, že toho člověka podržíte a že žádný trápení netrvá věčně. Tak, jak začalo, tak skončí, ale je nutný si to odpracovat, prožít, protrpět. Nabídnout klientovi důvěru, jak to říct, že ta práce, to trápení ta bolest má smysl a že má nějaký důvod a často je to v tom lepším případě, ti dva lidi se měli rádi, jednoduše řečeno. Co je těžké? Bezmoc, bezradnost a takovýto, jak bys to zvládl ty, kdybys byl na místě toho člověka.

T: *Je něco, co vás na vaši práci pravidelně překvapuje?*

R: Jo, to kolik toho lidi vydrží. To, jak jsou odvážní. To, že i přesto, že je potkalo něco opravdu hodně strašného, třeba sebevraždy v rodině a náhlé úmrtí a nehody, že dokážou jít dál, dokážou díky té zkušenosti vyrůst, stanou se hlubším člověkem, změní se jim hodnoty. Sami to říkají ti lidi, že nějaký nový život začal díky té bolestné zkušenosti se smrtí blízkýho člověka, takže mě překvapuje života schopnost lidí, kolik toho vydrží, jak jsou odvážní.

T: *Jaký je podle vás smysl truchlení, jak truchlení vnímáte?*

R: Podle mě je smysl truchlení spojený s tím, že člověk po úmrtí blízkého člověka nutně musí ohodnotit dosavadní život, a i ten vztah, o který přišel. Ohodnotit ho, znova se na něj podívat a přivlastnit si integrovat ty věci o který v tom vztahu přišel a byly důležité. Smyslem truchlení, je podle mě taky objevování krásy a hloubky života. Já vím, že to bude znít nějak pitomě a filozoficky, ale kdyby všechno trvalo věčně, člověk by podle mě nevnímal krásu života, krásu, hloubku, plnost. Bohužel, často až když něco končí, tak vidíme, to platí pro mě a myslím i pro moje klienty, tak často vidíme, že to bylo naprosto super, že to bylo nádherný. Jak jsem toho člověka měl rád a co pro mě v životě znamenal. A to je potom i to poučení se, ok tak teď jsem to prožil, je možné to v dalších vztazích dělat jinak a vnímat život jako zajímavý trochu zázrak, jako kouzlo, jako ne něco samozřejmýho. Myslím si, že

smyslem truchlení je ukázat nám, že život je zajímavý zázrak, že je dobrý ho prožít, radovat se, mít někoho rád, nebát se projevovat city.

T: *V mezinárodní klasifikaci nemocí v 11. revizi se objevuje pojem komplikovaný nebo protahovaný truchlení, je to podle vás adekvátní?*

R: Je, myslím si, že ano. Já to nedokážu úplně hodnotit. Myslím si, že to jsou chytřejší lidi, co ty manuály vytvářejí a snaží se udělat pořádek v problémech a starostech, které lidi mají. Udělat v nich pořádek, Ale to, že prostě truchlení trvá dlouho, nebo že je náročné těžké u některých lidí, to je prostě fakt a myslím si, že je dobře, že to v tom novém manuálu bude.

T: *Máte nějaké zkušenosti s komplikovaným truchlením?*

R: Mám, naštěstí ne úplně moc, ale jsou lidé, které jsem měl v terapii delší dobu. Zhruba třeba ten rok nebo osm měsíců, zhruba ten rok řekněme. Jedna ta klientka, která se ke mně opakovaně vrací, kdy úmrtí jejího blízkého člověka bylo tak neočekávané, tak těžké, byla hodně mladá a jí to život hodně poznamenalo.

T: *Kdo je dál podle vás ohrožený tím komplikovaným truchlením?*

R: Víte co, já jsem si všiml třeba u těch klientů a nejsou to nějaké desítky, to může být v mojí praxi tak sedm lidí za tu dobu, tak to byl fakt vztah s tím člověkem, který zemřel, nějak komplikovaný, nedořešené události. Výčitky, nějaká dřívější bolest, který ten dotyčný člověk neuzavřel. Pak taky takový ten symbiotický vztah, že jako máte někoho strašně ráda a ten někdo je silnější, než vy v tom vztahu a ten klient se o něj opíral a najednou ten člověk je pryč. Tohle spíš převažovalo u žen. Nějaká bezradnost, jak si teď poradím v životě bez tohohle člověka. A potom, když umře dítě, to je jednoznačný. Když jsou strašný okolnosti. Nehody, sebevraždy, ale co by jako třeba laická veřejnost nečekala, tak jsou to ty okolnosti vztahu. Třeba ten vztah byl náročný ve smyslu, že představte si, že byste toho člověka neměla ráda a byla byste ráda, že umřel, já neříkám, že se to neděje, třeba rodič by mě mohl strašně ublížit a teď se dozvím, že zemřel. A mí klienti často potřebovali v terapii se znova podívat na to, co bylo v tom vztahu komplikované, neuzavřené, nedořešené. To, co se třeba objevilo, když bych měl být hodně konkrétní, tak u jedné klientky, kdy byla vlastně tím rodinným příslušníkem zneužívaná, už s ním nežila, teď on zemřel a znovu se tohle objevilo. Něco, co jí trýznilo, co jí nedalo pokoj, k čemu se musela vracet. Takže komplikovaný vztah, symbiotický vztah, okolnosti úmrtí. Řekl bych, že to je jakoby obvyklé. Já tam vnímám ten rozdíl mezi, já se přiznám, že úplně jako neznám dopodrobna tu klasifikaci MK 11, ale třeba v DSM-5 mi přijde diskutabilní to protahované a komplikované truchlení. Takové to trvá to

neúměrně dlouho, tam je to asi fixované na půl roku nebo na tři měsíce, a to je diskutabilní jo, protože třeba to komplikované truchlení fakt je klient hodně dezorientovaný, jemu strašně špatně i se uvažuje o hospitalizaci třeba nebo blízcí o tom uvažují a netrvá to tu dobu a je to velmi komplikované, velmi náročné. Není schopný pracovat, starat se, ale zase tihle lidé neskončí třeba u mě, ale skončí v nějakém zařízení a jsou hospitalizovaní a já se s nimi nepotkám. Takže tam, je pro mě diskutabilní to protahované komplikované. Ale spíš jsem zatím vděčný, že ta diagnostická kategorie tam je, nějakí chytřejší lidé to nejspíš vymysleli správně a já jim v tom důvěřuju. Ale rozhodně se setkávám s tím, že klient potřebuje moji pomoc delší dobu, ale naštěstí si myslím, že takových klientů není mnoho.

T: *Jak by podle vás šlo snížit to riziko výskytu toho komplikovaného truchlení?*

R: No podle mě tím, že by byla dostupnější naše péče. A tím fakt myslím ta péče, kdy si jeden člověk je schopný povídat s druhým člověkem. Proto jsem vděčný i za tu on-line formu, kdy díky té on-line formě kontaktu můžeme tuto péči učinit dostupnější. To si myslím. Je to jednodušší, dostupnější a může to být i levnější, kdy vám odpadne.... To je na každém terapeutovi zvlášť kolik by si účtoval za face to face kontakt, najednou vám odpadne to placení třeba místnosti, já vím terapeuti vám řeknou tak musím mít tu kancelář, takže já to беру zpátky, ale minimálně o tom uvažuji může to být levnější, dostupnější. Takže vůbec udělat dostupnější péči psychoterapeutickou, poradenskou péči o druhého člověka a tím by se to snížilo. Potom samozřejmě taky můžu uvažovat, ale to nevím, jestli je pravda a myslím si, že se to děje, protože mám dvě relativně ještě malé děti a ve školách se třeba setkávají v rámci preventivních programů nebo v rámci učení se, tak se setkávají s tím tématem smrti jako víc o tom mluvit, o tom si povídat třeba i rodiče, aby se nebáli toho když se děcka jich ptají na smrt. Nemusí to být takový strašák. Víc se s tím setkat, být s tím v kontaktu, a to znamená o tom mluvit ještě, než to přijde. Trénink dělá mistry, já vím že to zní tak divně jako nějak trénovat na vlastní smrt, ale minimálně se tomu tématu nevyhýbat a potkat se s tím ve škole ale to gró by mělo být dostupnější terapeutická, poradenská péče na tomhle pracovat.

T: *Jaký je podle vás poměr mužů a žen co se týká komplikovaného truchlení?*

R: Já se přiznám, že na tohle nedokážu odpovědět. Já mám obecně v terapii častěji ženy než muže. Řekl bych, že je to jedna třetina mužů na dvě třetiny žen. Obecně, bez ohledu na to truchlení. A možná to souvisí s tím, co jsem říkal, jako chlap je tvrdšák. V roce 2016 nějakých sedm let, kdy si troufnu říct, že dělám psychoterapii a kvalifikovaně, a tak si

myslím, že jsem měl tak zhruba sedm nebo deset mužů oproti možná padesáti ženám. Jeto nějaký odhad. To bych se musel podívat do záznamů, kde třeba eviduju pohlaví, rok, počet těch konzultací. Takže ženy se obracejí častěji. Jako myslím si, že jsou odvážnější v tom, říct si o pomoc. Přijít, říct si, nebát se. Muži to nejspíš dělají míň.

T: *Odlišuje se práce s běžným truchlením a s tím komplikovaným truchlením? Vidíte tam nějaké rozdíly v těch metodách?*

R: Jo, vidím. Vidím to hlavně v to, když bych měl nabídnout nějaký mustr tak mluvili jsme o tom, že ten první krok je příběh, dostat to do příběhu zorientovat se v příběhu toho člověka, pomoci vyjádřit emoce, ohodnotit ten ztracený vztah. To jsou takový kroky, kterých se držím. Příběh, pomoc vyjádřit emoce ohodnotit ten ztracený vztah podívat se na něj a třeba i z toho vztahu vlastně si přivlastnit něco, co nezmizí. To lidi hodně uklidní, fajn jsem ateista, smrtí to končí, není žádná kontinuita vědomí, a to je v pořádku. Já nevím, jak to je, v tomhle jsme všichni věřící, někdo věří že ano, někdo že ne, něco po smrti je, není. Ale lidi často uklidní takový to třeba, že ten mrtvý člověk může být vzorem. Někdo, kdo vytyčil hodnoty, hodně je to spojený s emoci jako vděčností. Třeba klient v terapii mluví o vděčnosti o tom, co ho člověk naučil. A tohle se vleze do těch pěti sedmi sezení. A tam, kde to nestačí a tam kde najednou zjišťujete, že ten člověk se nevrátí tak snadno zpátky do života, takže v závěru je to takové povzbuzování toho klienta k zapojení se, k tomu že může jít na fotbal, dát si pivo, jít do kina, zahrát si tenis, potěšit se. Že bude třeba v budoucnu normální mít třeba další vztah nebo mít další dítě. Jako že život jde dál a tohle najednou u toho komplikovaného truchlení vážne a pak už to není těch pět sedm sezení, ale je to ta roční práce, nebo prostě delší práce, kdy těch sezení je vícero než sedm.

T: *Stačí na práci s komplikovaným truchlením jenom poradenství nebo je lepší přejít do té terapeutické péče?*

R: Já myslím, že nestačí jenom poradenství, ale zase je to diskutabilní. Vemte si, že třeba můžu si říct, kolik mých klientů, kdyby se jim nedostalo třeba té poradenské intervence, takové ty krizové intervence do pěti do sedmi sezení by skončili s komplikovaným truchlením. Já to nevím. Oni to dostanou a pak už dovedou jít sami dál, ale kdyby to nedostali, co když to truchlení bude komplikované, to nevím.

T: *Liší se ta práce s komplikovaným truchlením i v tom on-line prostředí?*

R: Mě funguje v tom face to face kontaktu, mám takovou techniku, kterou mi doporučovala kdysi dávno Naděžda Špatenková, a to je práce s fotkama a to mi v tom on-line nejde. Tam

jsem to ani nikdy nedělal. Kdy v tom face to face kontaktu se zeptám klienta, jestli by třeba nemohl donést fotografie, jestli je to pro něj v pořádku. Málo kdy řekne klient, že ne. Jako stalo se to, nebudu je nosit, dobrý, tak se třeba jenom zeptám na ten důvod, ale to jsou jednotky případů. A přes ty fotky se rychle dostanete k vztahu k příběhu těch dvou, k emocím, a to v tom on-line světě nejde. Ani bych se o to nepokoušel, že bysme si nějak nasdíleli fotky na obrazovce, tohle nejde. Ale udržet linii příběhu, emocí, pomoci vyjádřit emoce a pojmenovávat je a dát klientovi prostor, aby tu hodinu byl tím, kým být může, chce a tohle se dá udělat jak v on-linu poměrně stejně dobře i když pro mě je to náročnější, míň pohodlné, tak to lze udělat jak s ohledem na to komplikované, tak na to fyziologické truchlení.

T: *Mohl byste zmínit ještě nějaké metody, které používáte v rámci práce s truchlením?*

R: Třeba když už jsme dál s klientem a je to klient, který potřebuje víc jak těch pět sezení, tak může to být jako vhodná technika, jestli by si doma troufl napsat dopis tomu mrtvému blízkému člověku a pak mi ho zkusil přečíst. To je na emoce strašně moc silný. Nebo někdy tohle použijeme s tím rozdílem nějakým výročím. Takový jako dopis, který on napíše, přečte mně a třeba ho přečte i na hřbitově nahlas tomu dotyčným mrtvým, nebo udělá s ním nějaký rituál, nebo povzbudit toho člověka k nějakému rituálu. Vymyslíme ho spolu, aby se ten rituál navázal na výročí, aby se nebál výročí ten člověk. Fotka, svíčka, jít na hřbitov. Často je to spojený pak už s humorem, že ten člověk dokáže vzpomenout na věci, který jsou vtipný. Nebo třeba imaginace na to téma, co by ten mrtvý člověk poradil. Pomůžete klientovi imaginovat, setkává se s tím mrtvým člověkem a co mu ten mrtvý člověk vlastně říká. Máte nějaké dilema, někdy třeba můžu mít jiný vztah a v té imaginaci mu vlastně ta jeho mrtvá žena říká: „To je v pořádku já přeci nechci abys byl sám.“ To není žádná ezoterika jo, je to takový dovození si žít dál a pomyslně dostávat to dovození od toho mrtvého. Takže imaginace, kdy umožním tomu klientovi, aby se s tím mrtvým setkal. Nebo práce s těmi fotografiemi, ale to je face to face. A dopis vděčnosti. Povzbudit ho k rituálu. V té poradenské intervenci povzbudit, když se mě ptá, aby šel na pohřeb, aby ten pohřeb zařídil, aby tam byl rituál rozloučení. Nemusí to být v krematoriu, nemusí to být v kostele, ale určitě je dobrý, aby ta rodina, když si vyzvednou jenom urnu. Ptají se mě na to. Povzbudit je, aby si udělali nějaké rozloučení a párkrát se mi stalo, že jsme to vymysleli spolu. Klient se mě ptal na to, jak by to mohlo vypadat, co se hodí, nehodí, měl nějaké rozpaky tady v tomhleto směru. Dopis vděčnosti, rituál, imaginace, kdy on se s tím zemřelým člověkem setkává.

T: *Napadla by vás ještě nějaká metoda v rámci toho komplikovaného truchlení? Je nějaká specifická, kterou byste použil přímo na komplikované truchlení?*

R: Nemluvil bych vyloženě o metodě, ale o tom jakoby důsledně zůstat s klientem, tady a teď v jeho fenomenálním prožitkovém prostoru a pomoci mu pojmenovávat emoce, reflektovat emoce, pomoci mu je vyjádřit a pojmenovat a dovolit mu, aby je prožil, dal je ven. Zpravidla jsou to emoce spojené se smutkem, zoufalství smutek anebo naopak nějaký hněv. To bývá hodně těžké, dovolit si být našťvaný na toho člověka, který zemřel. Přiznat si to a dovolit si to. Víte co, to není technika podle mě, ale v první řadě byl měl být člověk upřímný a poctivý sám k sobě. Když tohle dokáže, pak se mu to může dařit i k druhým lidem. Ta poctivost sám k sobě znamená být schopný přijmout své emoce. Když s klientem zůstanu, a to zní divně, to žádný terapeut nedělá, že by klienta odsuzoval za emoce, nebo že by ty emoce hodnotil, dobře, špatně, když tohle se povede ve vztahu s klientem, tak to komplikované truchlení se mění v normální truchlení. Samozřejmě je tam otázka jako můžeme pomoci každému člověku jako terapeuti? A jako poctivě každému člověku ne. Každému člověku pomoci nemůžeme, že to nedokážeme, ale měli bysme se o to pokusit. Ti terapeuté, které znám Vám řeknou, že jejich bilance je vesměs pozitivní, obecně bez ohledu na diagnózu. Lidem se dá pomoci, že změna je možná, že nic netrvá věčně. To není technika jako jo, hledáme smysl té bolesti. Leckdy tím smyslem je láska k tomu člověku. Nebo taky to, co jsem naznačil, to, co bylo nedořešené, to co bylo hodně špatné ve vztahu s tím blízkým. Takže ta základní technika, čeho bych se držel, dostat do příběhu, aby tam neměl klient nějaké disociace nějaká mrtvá místa, aby znovu to prošel, znovu prošel příběhem. Dozvěděli jsme se diagnózu nebo někdo volal, takhle dlouho byl nemocný, měl jsem ho doma, byl v nemocnici, byl jsem u toho, tohle se dělo. Vlastně převyprávět příběh. Tohle základ každé práce s truchlením. A u toho se objevují emoce, které pojmenováváme, pomáháme je klientovi vyjádřit. Jestli je to technika, možná nějaká specifická technika vedení rozhovoru s určitým cílem. Nespěchat, trpělivost. Nejde to rozhodně dělat tu práci s pozůstalými, když se smrti bojíte moc, to nejde. Proto, jak jste se ptala na začátku si myslím, že je ta opora v určitém druhu spirituality ať už teistické nebo ateistické tam je. Může být i ateistická spiritualita, to je v pořádku.

T: *Pracoval jste někdy i nejenom individuálně, ale třeba s rodiči, že by přišli oba najednou?*

R: Face to face ano, ale ne v on-linu. Ano s rodičema, kterým umřelo dítě. Nebo s novým párem. Chlapovi umřela ženská a ženský umřel chlap prakticky ve stejném čase ve stejný dědině a dali se dohromady. Oba měli děti z toho předchozího vztahu. Oba ty vztahy byly

dobrý. Pamatuju si na takovýhle setkání face to face. Nevím, jaký budete dělat jiný rozhovory, ale na tohle já bych si netroufl. Ani jsem to nikdy nedělal jako párová terapie, nebo netroufl, já to nedokážu úplně říct. Kdybych měl tu možnost odmítnul bych ty lidi? Asi nejspíš ne. Jak jsem říkal, je to lepší než nic. Zkusit i na tomhle prostoru udělat aspoň trochu dobré práce. Jo, asi bych je neodmítl.

T: *To už je asi všechno. Já si myslím, že všechny moje otázky byly zodpovězené, možná bych se ještě zeptala. Chtěl byste ještě něco dodat tady k tomu tématu, co by vás napadlo, co by mělo zaznít při práci s pozůstalými v on-line prostředí?*

R: Myslím si, jenom spíš připomenout, že víc tam řešíme ty technický věci, aby se to připojení nezhroutilo, zabezpečit ho pro klienta, kdy má čas on, to už spíš rekapituluju. Kdy bude moct být bezpečný prostředí, aby ho něco nerušilo. Jak moc má stabilní internet. Já osobně bych odmítl ten telefonický kontakt. Provést toho klienta, když není technicky zdatný, tak aby to spojení navázal se mnou. Na začátku je ten kontakt telefonický nebo e-mailem. Většinou je to se mnou, že mi ten klient napíše nebo zavolá a tam si vykládáme, jestli se potkáme, jestli je ta možnost, jestli tváří v tvář a nebo přes počítač jako videohovor. Tam párkrát se stane, potřebuje ten klient navést, ujistit, že nás nikdo nebude odposlouchávat, že to nebudu nahrávat. Já potřebuju ujištění, že mu nespadne to spojení, jak ho má stabilní, že bude v bezpečném prostoru, že ho nebude nikdo rušit. A kdyby to spadlo, co udělat, zavolat si, napravit to. Naštěstí se mi tohle nikdy nestalo. Častěji si evaluovat, jestli se nám ta práce daří, doptat se na to klienta, to už jsme si řekli.

T: *Já vám moc děkuji za rozhovor.*

R: Já taky.