



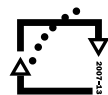
evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta

# PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

**Martin KUPKA**

Olomouc 2011

Oponenti: prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.  
PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kupka, Martin

Psychologické aspekty paliativní péče / Martin Kupka. – 1. vyd. – Olomouc :  
Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. – 136 s.

Anglické resumé

Nad názvem: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta

ISBN 978-80-244-2931-1 (brož.)

612.013 \* 364.624.4 \* 364.624.6:612.67 \* 179.7 \* 364-58 \* 364.642.8-785 \* 616-093.75 \* 159.9 \*  
159.964:111.11

- smrt
- osamělost
- strach ze smrti
- eutanazie
- hospice
- terapie zármutku
- paliativní péče – psychologické aspekty
- existenciální analýza
- monografie

159.98 – Aplikovaná psychologie [17]

1. vydání

© Martin Kupka, 2011

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2011

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní,  
správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

**ISBN 978-80-244-2931-1**

Neprodejné

# Obsah

|   |    |
|---|----|
| Úvod.....   | 7  |
| 1 Význam smrti v životě člověka.....                                    | 9  |
| 2 Smrt a osamělost.....   | 13 |
| 2.1 Existenciální osamělost.....  | 14 |
| 3 Vzájemné propojení života a smrti .....                               | 17 |
| 3.1 Probouzející zkušenost .....  | 18 |
| 3.2 Smrt – pozitivní příspěvek k životu .....                           | 19 |
| 4 Strach ze smrti.....  | 23 |
| 4.1 Primární zdroj úzkosti .....  | 24 |
| 4.2 Výzkum strachu ze smrti .....                                       | 25 |
| 5 Smrt a psychopatologie .....  | 27 |
| 5.1 Psychopatologické paradigma a dvě základní obrany proti smrti ..... | 28 |
| 5.1.1 Výlučnost.....  | 29 |
| 5.1.2 Absolutní zachránce.....  | 29 |
| 6 Smrt a psychoterapie .....  | 31 |
| 6.1 Smrt jako mezní situace v životě .....                              | 31 |
| 6.2 Terapeut a jeho vlastní postoje ke smrti .....                      | 32 |
| 7 Pojetí smrti v ontogenezi .....                                       | 33 |
| 7.1 Pojetí smrti u dětí .....   | 34 |
| 7.2 Psychoanalytické pojetí.....  | 34 |
| 7.3 Kognitivní pojetí.....  | 34 |
| 7.4 Faktory ovlivňující vývoj konceptu smrti.....                       | 37 |
| 7.4.1 Věk.....  | 37 |
| 7.4.2 Kognitivní zralost.....   | 37 |
| 7.4.3 Zkušenost se smrtí .....  | 37 |
| 7.4.4 Religiozita.....  | 38 |
| 7.4.5 Komunikace v rodině.....  | 38 |
| 8 Existenciální pojetí smrti.....                                       | 39 |
| 8.1 Téma smrti u dětí v kontextu existenciální analýzy .....            | 39 |
| 8.2 Stadia poznání.....   | 42 |
| 8.3 Dvě základní obrany proti smrti.....                                | 43 |
| 9 Umírání a smrt v historické perspektivě.....                          | 45 |
| 9.1 Umírání a smrt v minulosti a současnosti.....                       | 45 |
| 9.2 Přechodové rituály a jejich vztah ke smrti a umírání .....          | 48 |
| 9.2.1 Fáze přechodových rituálů.....                                    | 49 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 10     | Paliativní péče .....                                      | 51 |
| 10.1   | Definice paliativní medicíny .....                         | 52 |
| 11     | Psychické vyrovnávání se s terminálním onemocněním .....   | 55 |
| 11.1   | Emocionální stav umírajícího pacienta .....                | 58 |
| 11.1.1 | Obavy a strach .....                                       | 58 |
| 11.1.2 | Pocity viny .....  | 59 |
| 11.1.3 | Pocity bolesti.....  | 59 |
| 11.1.4 | Pocity zlosti .....  | 59 |
| 12     | Členění procesu umírání .....                              | 61 |
| 12.1   | Pre finem.....   | 61 |
| 12.2   | In finem.....  | 62 |
| 12.3   | Post finem .....   | 65 |
| 13     | Ztráta blízkého člověka .....                              | 67 |
| 13.1   | Rozhovor s pozůstalými.....                                | 67 |
| 13.2   | Truchlení, zármutek a žal .....                            | 69 |
| 13.3   | Vztahová ztráta a proces truchlení.....                    | 70 |
| 13.4   | Komplikované truchlení a jeho rizikové faktory .....       | 72 |
| 13.5   | Diagnostika komplikovaného truchlení .....                 | 73 |
| 13.6   | Rizikové faktory komplikovaného truchlení.....             | 74 |
| 13.7   | Krizová intervence u pozůstalých.....                      | 74 |
| 13.8   | Doporučené zásady .....                                    | 74 |
| 14     | Hospic.....  | 77 |
| 14.1   | Tři formy hospicové péče.....                              | 78 |
| 14.2   | Kritéria poskytnutí lůžkové hospicové péče.....            | 81 |
| 15     | Léčebny dlouhodobě nemocných.....                          | 83 |
| 15.1   | Charakteristika péče v LDN .....                           | 83 |
| 16     | Paliativní péče – jakožto zátěžová situace .....           | 85 |
| 16.1   | Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků .....        | 85 |
| 16.2   | Burnout syndrom .....                                      | 87 |
| 16.3   | Popis jednotlivých příznaků syndromu vyhoření .....        | 88 |
| 16.3.1 | Na úrovni psychické.....                                   | 88 |
| 16.3.2 | Na úrovni fyzické .....                                    | 89 |
| 16.3.3 | Na úrovni sociálních vztahů .....                          | 89 |
| 16.4   | Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhaslosti ..... | 90 |
| 16.5   | Diferenciální diagnóza syndromu vyhoření .....             | 90 |
| 16.6   | Stadia vyhaslosti.....                                     | 92 |
| 16.7   | Rizikové a protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti..... | 92 |
| 16.7.1 | Rizikové faktory vyhaslosti .....                          | 93 |
| 16.7.2 | Protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti.....            | 93 |
| 16.8   | Možnosti prevence syndromu vyhoření.....                   | 94 |
| 16.9   | Předpoklady pro práci v oblasti paliativní medicíny .....  | 95 |

|   |     |
|---|-----|
| 17 Eutanazie.....   | 97  |
| 17.1 Pojmy užívané v současné diskuzi.....  | 97  |
| 17.2 Pojmová nejasnost.....   | 98  |
| 17.3 Nezahájení či ustoupení od léčby.....  | 99  |
| 17.4 Možnosti lékaře.....   | 100 |
| 17.5 Současná situace ve světě.....   | 101 |
| 17.6 Marná léčba.....   | 101 |
| 18 Zkušenost blízkosti smrti – Near death experience.....                           | 103 |
| 18.1 Historie problému.....   | 104 |
| 18.1.1 Albert Heim.....   | 104 |
| 18.1.2 Výzkum Davida Rosena.....  | 105 |
| 18.1.3 Russell Noyes.....   | 105 |
| 18.1.4 Carl Gustav Jung.....  | 106 |
| 18.1.5 Výzkum Raymonda Moodyho.....   | 106 |
| 18.2 Výčet základních intrapsychických fenoménů jevu NDE.....                       | 106 |
| 18.3 Rámec jevu NDE.....  | 107 |
| 18.4 Blížší charakteristika čtyř základních intrapsychických fenoménů jevu NDE..... | 108 |
| 18.4.1 Opuštění vlastního těla.....   | 108 |
| 18.4.2 Fenomén světla.....  | 109 |
| 18.4.3 Panoramatický přehled dosavadního života.....                                | 110 |
| 18.4.4 Vliv zážitku NDE na další život.....   | 111 |
| 18.5 NDE u malých dětí.....   | 113 |
| 18.6 Nepříjemné zkušenosti.....   | 113 |
| 18.7 Koncepce vysvětlující jev NDE.....   | 114 |
| 18.8 Závěrečné zamyšlení.....   | 115 |
| Seznam použité literatury.....  | 117 |
| Jmenný rejstřík.....  | 125 |
| Věcný rejstřík.....   | 129 |
| Souhrn.....   | 131 |
| Summary.....  | 133 |



# Úvod

Cílem této knihy je čtenářku či čtenáře seznámit s některými hlavními oblastmi paliativní péče, které jsou nedílně propojeny s psychologií a psychoterapií. Text může pomoci se základní orientací v oblasti doprovázení umírajících a jejich rodinných příslušníků. Autor si rovněž klade za cíl, aby čtenářka či čtenář vstoupili do kontaktu s vlastní smrtí. Bez tohoto „živého“ vztahu k vlastní smrtelnosti je osobní angažovanost v oblasti paliativní péče značně problematická.

Text by měl vyvolat rovněž zájem čtenáře či čtenářky jít více do hloubky a pokusit se některé oblasti dále zpřehlednit vlastním studiem. Ono zpřehlednění bude dozajista nutné, pokud dotyčný či dotyčná bude mít zájem v oblasti paliativní péče pracovat, třeba právě jako psycholog, sociální pracovník či terapeut.

Myslím si, že na téma smrti nelze pohlížet pouze jako na tragický moment života. Smrt je, či může být, rovněž iniciační zkušeností. Vědomí vlastní smrti nás nutí žít autenticky, vědomí vlastní smrti může náš život obohatit v tom smyslu, že prožijeme v přítomném okamžiku neskonalý úžas, vděčnost a radost, že existujeme, že vůbec něco okolo nás může být. Zastavit se a vystoupit ze světa praktické nutnosti a vstoupit do světa prožitku, do světa okamžiku. Pokud čtete tyto řádky, můžete naráz pochopit a prožít, že právě teď jste tento okamžik! Vystoupit ze světa analýzy a objektivity a vstoupit do světa subjektivního souznění s okolím. Život nemusí být přípravou na něco, co se nikdy nestane.

Každý člověk chce být dozajista šťastný. Spousta lidí vidí štěstí pouze v dosahování cílů. Štěstí je něco, co je pro ně situováno do budoucnosti. Podobají se tak křečkům, kteří běhají v jistém zařízení stále dokola a ženou se za něčím, co nikdy nechytí. V tomto ohledu nás může vědomí vlastní smrtelnosti probudit. Je třeba se probudit!

Pokud se tak stane, můžeme naráz prožít, že káva, kterou právě pijeme, je dobrá, že slunce hřeje, že je prima být mezi lidmi či být sám, tvrdě pracovat, či lenořit, jít se projít nebo někomu uvařit večeři, koukat, jak padá sníh, zaplést se do pavučiny ve sklepě, chodit do práce, lehnout si do listí, promoknout v dešti, běžet lesem, vymalovat byt, hrát si s dětmi. Cokoli, co se týká přítomného okamžiku!

Člověk jistě žije ve všech třech časech najednou – minulost, přítomnost, budoucnost. Ovšem pouze přítomnost je „skutečná“. Starověký nápis na slunečních hodinách hlásá: „Hodiny se nepočítají, nejsou-li poklidné.“ A život uteče jako sen.

Smrt je jednou z mála skutečných jistot. Jsme schopni ji chápat jako přirozenou součást našeho života, pokud dokážeme opustit iluzi lineárního času a vstoupit do času cyklického. Nádech a výdech, střídání noci a dne, proměna roku v jednotlivých ročních obdobích. Myslím, že čím blíže byl člověk zemi, že čím blíže žil přírodě, tím plněji to byl schopen vnímat.

Vědomí smrtelnosti dává životu smysl. Myslet na smrt, prostě svědčí životu a jeho kvalitě. Tím nemám na mysli nějaké morbidní utápění se v myšlenkách na smrt, úzkost ze smrti je naprosto přirozená. Jenže právě ona úzkost může být vnitřním kompasem

člověka na jeho cestě životem. Myslím, že každý člověk chce prožít dobrý – úplný život. Pokud se tak stane, může přijmout vlastní i cizí smrt. Znamená to být blízko vlastní přirozenosti. Pokud takto dokážeme žít, můžeme si uvědomit, že kolem nás je spousta dalších cítících bytostí, nejen lidí. A to je základ pro praktickou každodenní etiku – být pozorný, bdělý a všímavý.

Rád bych tuto knihu věnoval všem lidem, kteří v životě hledají pevný bod. Místo, odkud se mohou vydat do světa. Archimédes ze Syrakus údajně prohlásil: „Dejte mi pevný bod ve vesmíru a já pohnu celou Zemí.“ Nuže, nesnažme se pohnout celou Zemí, myslím, že naší Zemi je dobře tam, kde je, že ona sama ví nejlépe, co a jak dělat. Jak jsme na tom my? Sám za sebe říkám, že vědomí vlastní smrti je pro mne pevným bodem, odkud se každý den mohu vydat do světa a do kterého se mohu kdykoli vrátit.



# 1 Význam smrti v životě člověka

*„Otázka po smyslu života nevyvstává nikdy naléhavěji a palčivěji než v okamžiku, kdy vidíme, jak poslední dech právě opouští dosud živé tělo.“*

**C. G. Jung**

Smrt je základní lidské téma. Každá kultura, každá doba se s ním vyrovnává jinak, každá hledá jeho smysl. V podstatě jakéhokoliv náboženství můžeme najít dvě základní otázky: „odkud jdeme“ a „kam se vrátíme“? Úzkost ze smrti je matkou všech náboženství, která se pokoušejí muka naší konečnosti mírnit (Yalom, 2008).

V tomto kontextu se nutně nabízí otázka, zda má život smysl, když stejně nakonec zemřeme? Má život nějaký smysl, který by nebyl zničen nevyhnutelnou smrtí, jež každého z nás očekává?

Smrt a smysl života jsou tak nerozlučně propojeny. Ovšem ono propojení by nebylo úplné, pokud bychom z něj vyloučili svobodu, odpovědnost a samotu. Vždyť co jiného, než rozhodnutí a následky, které každá volba přinese, nás vracejí ke smrti a smyslu. Každá volba, kterou učiníme, znamená, že něco se uskuteční, a tudíž něco přežije, zůstane zachováno, a něco jiného nikoli. Náznak smrti zažíváme rovněž prostřednictvím aktu zapomínání (Frankl, 1996, 1997, 1999; Längle, 2002; Yalom, 2006).

S každou volbou se pojí prožitek smyslu – posouzení, zda ona volba byla správná, lépe řečeno smysluplná. Frankl (1996) považuje za orgán smyslu svědomí člověka. Navíc nikdo se nemůže rozhodnout za nás a důsledky každé volby prožíváme opět my sami. Takto se život každého člověka podobá rozhovoru s akcentem osamělosti. Vědomí sebe sama nás od ostatních odděluje a zároveň s ostatními spojuje. Život se nás ptá a my odpovídáme. A odpovídat znamená zároveň pokládat otázku (Längle, 2002).

Technicky orientovaná civilizace, ve které žijeme, se snaží smrt si podrobit, zvítězit nad ní, získat nad ní kontrolu. Konzumní mentalita degraduje smrt na ztrátu možnosti užívat si. Kult mládí, výkonnosti a krásy se odvrací od stáří, smrti a ošklivosti. Smrt jakoby nepatřila k lidem, jejichž zásadní motivací je bavit se a užívat si bez ohledu na následky. Pěstování optimismu za každou cenu odmítá myšlenku na možné utrpení a smrt. Převládá názor, že zabývat se smrtí je morbidní. Kdo tak činí, není v pořádku (Ariés, 2000).

Vzpomínám si na zkušenost ze základní školy, kdy jsem si v 7. třídě vybral k recitaci báseň od Františka Branislava – Naposled. Jednalo se o domácí úkol. O volný výběr básně. Třídní učitelka, nejen že interpretovala výběr básně jako morbidní, ale pozvala si rodiče do školy a informovala je, že si myslí, že nejsem v pořádku a měl bych navštívit nějakého odborníka.

Huxley (2004) popisuje degradaci a bagatelizaci smrti ve světě zkonstruovaném inženýry štěstí. Život je pečlivě naplněn prací a dětinskými zábavami, lidé jsou vedeni k tomu, aby se chovali celý život stejně. Lékařská péče účinně brzdí vnější projevy stár-

nutí. Umírání je rychlé. Témata smrti, utrpení, tragédie a smyslu jsou dokonale podrobena cenzuře.

U širší laické i odborné veřejnosti převládá mínění, že zabývat se smrtí je nepatřičné či dokonce patologické. Prostě divné. Dle tohoto názoru je třeba od ní odvracet pozornost pacientů, zdravých dospělých a samozřejmě hlavně dětí. Když se nám pak toto téma jednou otevře, má podobu strachu či děsu, před kterým jsme bezbranní (Haškovcová, 2010).

V tomto měli naši předkové nespornou výhodu. Rození i umírání bylo v poměrně ještě nedávné minulosti mnohem spíše chápáno jako přirozená součást životního cyklu. Stálo v centru pozornosti, bylo více na očích. Děti se seznamovaly s rozením i umíráním přímo (Říčan, 2004).

Dnes je smrt i narození člověka zpravidla odsunuto do nějaké instituce mimo okruh rodiny. Dříve se musela rodina postarat o mnoho věcí. Počtem členů byla velká, více-generační. Rodina byla rovněž společenstvím, ve kterém probíhala tvorba. Dnes je rodina považována spíše za společenstvo konzumní (Sobotková, 2007). Potlačení myšlenek na smrt a umírání ovšem neodstraní jejich realitu. Místo toho hrozí oploštění života. Podobně jako v alegorii Konec civilizace, jejímž autorem je zmiňovaný Huxley.

Zde se opět můžeme vrátit k problematice smyslu v životě, který je s tématem individuální smrti nutně spojený. Obyvatelé preindustriálního světa byli obtíženi mnoha životními problémy, avšak zdá se, že neduh bezsmyslnosti mezi nimi nebyl. Smysl se získával různými způsoby. Navíc lidé byli často zaměstnaní úkolem uspokojovat jiné, základnější potřeby pro přežití. Bojovali s nouzí, trpěli a pracovali s minimem volného času, s minimem času pro sebe (Yalom, 2006).

Zdá se, že absence smyslu je nevyhnutelně spojena se snahou potlačit utrpení a těžkosti. Nikoli je přijmout či pochopit, ale odstranit. Je to paradoxní, protože málokdo by si přál v životě trpět a prožívat bolest.

Vzhledem k okolní nouzi a utrpení se i psychologie ve 20. století koncentrovala na osvobození se člověka od proměnných, které ho činí nešťastným a omezují jeho život. Psychologie se snažila osvobodit člověka od vnitřních pudových překážek, od strachu před autoritami či od špatného svědomí (Lukasová, 2009).

V druhé polovině dvacátého století se radikálně pozitivně změnila životní situace lidí v euroamerické kultuře. Většina obyvatel byla osvobozena od každodenní nouze. Narůstá množství volného času a snadno dostupné zábavy pro každého (Postman, 2010).

Očekávané absolutní štěstí se nedostavuje. Místo toho narůstá počet sebevražd, drogově závislých, kriminálních činů. Zvyšuje se rovněž počet mrzutých, neurotických a depresivních lidí (Lukasová, 2009).

Obyvatelé preindustriálního světa žili blízko Zemi, cítili se být součástí přírody. Orali, seli, sklízeli, vařili a přirozeně zajišťovali své pokračování v budoucnosti prostřednictvím plození a výchovy dětí. Uvědomovali si cyklus, kontext a celek svého života. Jejich každodenní práce byla tvořivá a spojená se základními potřebami. Tito lidé měli díky zemědělství přirozenou sounáležitost se širším celkem (Říčan, 2004).

Obyvatelé dnešního urbanizovaného, technického světa musí čelit životu často bez nábožensky podloženého kosmického významového systému. Jsou odříznutí od spo-

jení s přírodním světem a tím i základním řetězcem života. Máme jednoduše příliš mnoho času klást zneklidňující otázky, navíc většina práce postrádá vnitřní hodnotu a populační exploze relativizuje smysl plození a výchovy dětí (Yalom, 2006).

Nadměrná úzkost ze smrti se velmi často maskuje právě jako absence smyslu v životě. Jinak řečeno, absence smyslu v životě prohlubuje úzkost ze smrti. Na povrchní úrovni by se dalo očekávat, že nespokojení a zklamaní lidé by mohli uvítat odpočinek, který smrt přinese. Opak je pravdou. Pocit naplnění, že člověk život prožil dobře, že jeho život měl smysl, zmírňuje děsivost smrti. Člověk nedokáže čelit vyhlídce na nevyhnutelnou smrt, dokud nepoznal plný život (Yalom, 2008).

Výstižně to popisuje také v úvodu citovaný Jung (1993, 1994), když tvrdí, že existuje spousta mladých lidí, kteří mají strach ze života, kteří se bojí skočit do proudu dravé řeky, po které přece tolik touží. Existuje ovšem snad ještě větší počet stárnoucích lidí, kteří mají týž strach ze smrti. Mladí lidé, kteří se bojí života, trpí později právě tak stejným strachem ze smrti.

Co dodat závěrem této kapitoly? Snad to, že pokud chceme najít cesty vnitřním i vnějším světem, měli bychom být pozorní a všímaví. A k tomu potřebujeme všechny smysly. Co vidím, slyším, cítím, chutnám, hmatám?

Když užíváme naše smysly, je nám důvěrnější, co nás potkává. Co je důvěrnější, se nám otvírá. Co se nám otvírá, nám ukazuje své bytí. Co nám ukazuje své bytí, nám odkrývá kořen smyslu. Když se setkáváme s kořenem smyslu jiných životů, dotýkáme se našeho vlastního pocitu smyslu.

Co to znamená pro konkrétní život? Znamená to nebýt lhostejný! Smysly a smysl patří k sobě, stejně jako život a smrt. Hledání smyslu není pouze duchovním činem, ale zároveň každodenním jednáním celého člověka. Proto je rozdíl, zdali někdo život pouze pozoruje, nebo ho také objímá, zdali poslouchá koncert na kazetě nebo v koncertním sále, zdali zdraví se znuřeným ahoj nebo s vřelým stiskem ruky. Kdo jde životem s otevřenými smysly, tomu se otvírá smysl. Můžeme říci, že takový člověk je pozorný, všímavý k bytí vlastnímu i jinému.

Komu se otvírá smysl v životě, tomu se otvírá i cesta ke štěstí, třebaš tichému, ne hned viditelnému. Můžeme rovněž uvažovat, že takový člověk žije autenticky a přestává se bát smrti nepřiměřeně (Čálek, 1992, 2010; Batchelor, 2001; Benda, 2007; Lukasová, 2009; Böschemeyer, 2010).



## 2 Smrt a osamělost

*„Pro člověka v západním světě je opravdu vzácné, aby byl jednoduše sám se sebou a aby čas prožíval, nikoli zabíjel. Ceníme si strojů na úsporu času a tyto strojové hodnoty aplikujeme na sebe. Co ale můžeme udělat s časem, který uspoříme, kromě toho, že jej zabijeme?“*

**I. D. Yalom**

Yalom (2006) klasifikuje osamělost v existenciálním kontextu následovně:

1. Interpersonální osamělost: všeobecně prožívaná jako samota, týká se izolace od druhých lidí a závisí na mnoha okolnostech – geografická izolace, nedostatek vhodných sociálních dovedností, silně konfliktní pocity ohledně intimity, určitý osobnostní styl (schizoidní, narcistní). To vše a mnoho dalšího může zabraňovat uspokojivé sociální interakci. Významnou roli sehrávají také kulturní specifika. Hovoří se o proměně či úpadku rodiny, nedostatečných komunitních sousedských vztazích, převažující ateizaci společnosti. To vše alespoň v euroamerické kultuře od 19. století zvyšuje mezilidské odcizení (Genep, 1997; Ariés, 2000; Soukup, 2000, 2004; Sobotková, 2007; Haškovcová, 2010).
2. Intrapersonální osamělost: nastává v okamžiku, kdy člověk potlačuje dlouhodobě své vlastní pocity nebo touhy, nedůvěřuje svému úsudku nebo nerealizuje vlastní možnosti. Člověk se tak odcizuje sobě samému. Intrapersonální osamělost je široce používané paradigma a setkáme se s ním v dílech Maslowa (1954), Horneyové (2000), Fromma (1994), Rogerse (1998) či Asperové (2009).
3. Existenciální osamělost: znamená zásadní propast mezi člověkem a kýmkoli druhým, mezi člověkem a světem. Jedná se o osamělost, která přetrvává navzdory uspokojivým vztahům s druhými a navzdory dokonalému sebepoznání a integraci (Yalom, 2008). K prožitku existenciální osamělosti zásadně přispívá konfrontace se smrtí a svobodnou volbou. Rovněž tak situace, ve kterých jsme fakticky sami, na neznámých místech a kdy doslova ztratíme „klíče k realitě“, které nám poskytuje kultura, ve které jsme zabydleni („bytující ve světě“). Kulturní antropologové často hovoří o tzv. kulturním šoku, který prožije v podstatě každý začínající antropolog, který se vydá na terénní výzkum do cizí kultury (Soukup, 2000, 2004).

Interpersonální a intrapersonální osamělost jsou s existenciální osamělostí úzce propojené. Existenciální osamělost se často drží ve zvladatelných mezích pomocí interpersonální náklonnosti. Především interpersonální osamělost s existenciální sdílí společnou hranici (Yalom, 2006).

## 2.1 Existenciální osamělost

Heidegger (2002) hovoří o tom, že člověk si za určitých okolností může intenzivně uvědomit, že je smrtelný, že je nucen se rozhodovat (je svobodný), a že je na světě sám, protože at se k lidem přiblíží sebevíc, musí přesto čelit životu „na vlastní kůži“. Takovéto uvědomění dle Heideggera vede k úzkosti, kterou mírníme únikem od sebe k někomu či něčemu.

Jakýkoli přímý návrat k sobě samému nás vede k výše popsanému úzkostnému prožívání, kterého se můžeme buď zbavit únikem, nebo ho můžeme tvořivě využít a dát svému životu smysl, což úzkostné prožívání redukuje. Heidegger (2002) takto velmi dovedně rozpracovává základní východisko existenciální analýzy. Smrt, svoboda, odpovědnost, osamělost a smysl jsou takto propojeny.

Být blízko vlastní přirozenosti znamená návrat k sobě, návrat k vlastní podstatě existence. Pokud je člověk v kontaktu s vlastní přirozeností, zvyšuje se šance na to, že prožije smysluplný život (Kaisen, 2005).

Yalom (2006, 2008) se domnívá, že takováto reflexe činí člověka pozorným k bytí. Být pozorný k bytí jako celku znamená být pozorný k otázkám, které člověku klade každodennost. To také znamená být odpovědným – schopným odpovídat (Frankl, 1996, 1997). Uniknout od sebe k někomu či něčemu znamená vyhnout se základnímu atributu naší existence.

Slovo existence („ex – ist“) vyjadřuje diferenciaci, proces oddělování, stávání se oddělenou bytostí. Neoddělit se znamená nevyrůst, ovšem cenou za oddělení, růst a individuaci je osamělost (From, 1993). Problematika osamělosti nás nutně vede do oblasti mezilidských vztahů.

Problém vztahu je problémem splynutí – osamělosti. Na jedné straně se člověk musí naučit komunikovat s druhým člověkem, aniž by podlehl touze stát se součástí druhého, zároveň nesmí druhého člověka redukovat na nástroj proti vlastní osamělosti. Problematika mezilidských vztahů bývá velmi častou zakázkou terapeutů i poradenských pracovníků (Yalom, 2006; Sobotková, 2007; Kratochvíl, 2009; Fromm, 2010).

V případě úzkosti z osamělosti nemusí být atakována oblast mezilidských vztahů primárně, problém se může objevit v oblasti závislého chování jako takového. Základní úzkost, kterou Heidegger dává do souvislosti se smrtí, svobodou a samotou, může být redukována i jinými typy závislostí, než je závislost interpersonální – jídlo, ideologie, psychoaktivní látky, internet atd.

Poznání vlastní smrti přivádí člověka k pochopení, že nikdo jiný za něj nezemře a nikdo od něj nemůže smrt odejmout. Stejně tak je to s každou zkušeností, kterou v životě učiníme. Pokud čelíme osamělosti, dostáváme se často do kontaktu s vědomím vlastní smrti (Yalom, 2006).

Umírání je v základní rovině velmi osamělou zkušeností, kterou se pomáhající pracovníci v této oblasti snaží mírnit všemi dostupnými prostředky (Kübler – Ross, 1975, 1992; Hytych, 2002; Kupka, Řehan, 2008; Novák, 2009). Člověk je navíc sám na světě do té míry, nakolik je odpovědný za svůj život. Odpovědnost znamená autorství (minimálně spoluautorství) vlastního života (Yalom, 2006). Poznání vlastní odpovědnosti

je zároveň poznáním vlastní svobody a poznání vlastní svobody je zároveň poznáním vlastní odpovědnosti (Frankl, 1996; Lukasová, 2008).

Yalom (2006, 2008) je toho názoru, že smrtelnost je primárním zdrojem úzkosti v životě. Fromm (2010) takto chápal osamělost. Zdůrazňoval pocit bezmoci skrytý v základní odloučenosti člověka. Začátek života každého z nás je velmi dramatickým aktem. Člověk je vyčleněn z jednoty (sounáležitost s matkou) – stává se osamělým (stává se jedincem) a je vystaven zkušenosti vlastní zranitelnosti, tudíž i smrtelnosti (Winnicott, 1991; Grof, 2009).

Yalom (2006) se domnívá, že konec života – konec bytí (absolutní konec vědomí) je centrálním strachem ze smrti. Člověk se děsí, že sám sebe ztratí a stane se ničím. Ztratit se sám sobě – zde vidíme zajímavou paralelu k intrapersonální samotě.

Pokud přijmeme konfrontaci se samotou, může to výrazně změnit náš život k lepšímu. Jedná se především o možnost navazování autentičtějších mezilidských vztahů. Tato zkušenost rovněž může otevřít cestu k hlubšímu uchopení dalších základních atributů lidské existence. Frankl (1997) hovoří o odvaze k samotě, tvůrčím potenciálu samoty a o tvůrčím vytváření prostoru pro samotu, kterou chápe jako příležitost k meditaci či kontemplaci.





### 3 Vzájemné propojení života a smrti

*„Když konečně víme, že umíráme, a všechny ostatní bytosti schopné vnímat umírají s námi, začneme mít palčivý, takřka srdcervoucí smysl pro křehkost a vzácnost každého okamžiku, každé bytosti, a odtud může vzejít hluboký, čistý, nekonečný soucit se všemi tvory, které čeká stejný osud jako nás.“*  
**Sogyal Rinpoche**

V následujícím textu se budeme zabývat některými základními východisky existenciální analýzy, které se dotýkají tématu smrti a tím i zároveň života jako celku (Yalom, 2006).

1. Strach ze smrti hraje důležitou roli v našem vnitřním prožívání. Je temný, rušivý. Existující na okraji našeho vědomí.
2. Dítě v raném věku se intenzivně zabývá smrtí a jeho hlavním vývojovým úkolem je vypořádat se s hrozivým strachem ze zániku.
3. Tento strach musíme zvládnout, a tak proti vědomí smrti stavíme obrany, jež jsou založené na popření a formují charakterovou strukturu.
4. Smrt je původním zdrojem úzkosti a prvotním pramenem psychopatologie.
5. Život a smrt jsou spolu vzájemně propojeny, existují současně.

Každý velký filozof o smrti přemýšlel a psal. Mnozí tak došli k závěru, že smrt je neoddělitelnou součástí života a přemýšlení o smrti může život člověka obohatit. Přestože materiálnost smrti člověka ničí, myšlenka a uvědomění smrti jej zachraňuje (Yalom, 2008).

Frankl (1999) tento postoj vnímá jako výzvu k jednání. Pokud by člověk totiž byl nesmrtelný, mohl by každé jednání oddalovat do nekonečna. Takto však, tváří v tvář smrti jako nepřekročitelné hranici své fyzické budoucnosti a omezení svých možností, nachází se jedinec pod nátlakem. Je nucen využít času svého života a nenechat bez užitku projít kolem sebe jedinečné příležitosti, které se mu každý den, každou hodinu či sekundu nabízejí.

Yalom (2006, 2008) se domnívá, že uvědomění smrti činí člověka pozorným (všímavým) k bytí. Heidegger (2002) ve svém díle *Bytí a čas* došel k závěru, že uvědomění si vlastní osobní smrti může fungovat jako pobídka, která nás posune z povrchního způsobu bytí k hlubšímu způsobu bytí.

Heidegger (2002) rozlišuje dva základní způsoby bytí člověka ve světě – každodenní způsob a ontologický způsob.

1. **Každodenní způsob bytí – stav zapomnětlivosti bytí:** člověk žije ve světě věcí a vrhá se do každodenních životních zábav. Člověk se vydává všanc každodennímu světu a podléhá starostem o způsob existence věcí. Člověk je pohroužen ve svém okolí a vnímá či obdivuje, jaké to na tom světě je. Většinový člověk žije převážně v tomto

stavu. Jedná se o všední způsob existence. Heidegger ho označuje jako neautentický. Člověk si neuvědomuje, že je tvůrcem svého života a světa.

- 2. Ontologický způsob bytí – stav uvědomování si bytí:** člověk se nepodivuje nad způsobem existence věcí, ale tomu, že věci jsou. Člověk se pozastavuje a oceňuje zázrak bytí, obdivuje, že něco vůbec je, že něco vůbec existuje, že existuje on sám. Člověk si je vědom svého bytí, je si vědom jeho křehkosti i síly, a je si zároveň vědom odpovědnosti za vlastní bytí. V tomto stavu existuje autenticky, uvědomuje si sebe jako konstituujícího i konstituovaného. Přijímá své možnosti i omezení a zažívá úzkost, která je pro něj výzvou k existenci. Člověk je tak lépe připraven uskutečnit ve vlastním životě změny. Jeho život je postaven na zapojování, propojenosti, odpovědnosti, smyslu a svobodě.

Yalom (2006, 2008) k tomu dodává, že krizové (probouzející) zážitky nás mohou změnit právě v tom smyslu, že se změní náš postoj k sobě i ke světu. Dostaneme se tak z prvního stavu bytí (stav zapomnětlivosti) do stavu druhého (stav uvědomování si). Jaspers (2000) hovoří o limitních, hraničních situacích. V tomto případě je smrt první v pořadí.

*Vědomí smrti nám umožňuje žít svůj život autenticky a odpovědně.* Tím se v podstatě vracíme k první kapitole, která mimo jiné poukazuje na propojenost všech pěti základních východisek existenciální analýzy: smrti, smyslu, svobody, odpovědnosti a samoty.

### 3.1 Probouzející zkušenost

Yalom (2008) považuje za katalyzátory probouzející zkušenosti další naléhavé životní situace:

1. Zármutek ze ztráty osoby, na které nám záleželo.
2. Vážná nemoc, která ohrožuje život.
3. Rozpad důvěrného vztahu.
4. Významné životní milníky.
5. Traumatické životní události.
6. Odchod dětí z domova.
7. Ztráta práce.
8. Závažná životní rozhodnutí.
9. Odchod do penze.
10. Stěhování do domova pro seniory.
11. Silné emoční sny, které předávají důležitá poselství z vlastního nitra.

Stanislav Grof (2007, 2009) je navíc toho názoru, že k tomuto vnitřnímu přerodu může dospět člověk na základě prožitku změněného stavu vědomí. Což lze doložit opět na tématu osobní konfrontace se smrtí. Konkrétně se jedná o fenomén jevu NDE – Near Death Experience (Zkušenost blízkosti smrti), o kterém píše řada tanatologů v souvis-

losti se stavem klinické smrti (Moody, 1991; Ring, 1991; Kübler – Ross, 1992; Greyson, 2006; Staford, 2006).

Někteří lidé, kteří se dostanou do stavu klinické smrti, posléze referují o zvláštním prožitku, který je charakteristický řadou intenzivních zkušeností. Podstatné je to, že takovýto zážitek má vliv na jejich další život. Onen vliv v obecné rovině nápadně připomíná to, co Heidegger nazývá ontologickým způsobem bytí (Kupka, 2008).

Jevem NDE se budeme podrobněji zabývat na jiném místě. Grof (2007, 2009) vnímá změněné stavy vědomí, v jeho případech tzv. holotropní stavy vědomí, jako širokou kategorii mentálních stavů, které nejsou patologické a které mohou mít růstový či terapeutický potenciál. Vysvětluje termín **holotropní** jako **směřující k celistvosti** (holos – celek, trepein – směřovat k něčemu). Grof (2009) je rovněž zastáncem názoru, že v našem běžném stavu vědomí se ztotožňujeme pouze s malým zlomkem toho, čím skutečně jsme. Podobnou paralelu můžeme objevit i v díle Junga (1993, 1994).

V holotropních stavech (změněných stavech vědomí) si uvědomujeme širší možnosti našeho bytí. Během nich dochází ke kvalitativní, velmi hluboké a zásadní změně vědomí, které však není hrubě porušeno, jako je tomu například u schizofrenie, organických psychotických stavů či delirií. O této problematice psal podrobně již W. James (2007).

Věnovat se ovšem změněným stavům vědomí více je nad rámec této publikace. Nicméně změna postoje ke světu, k ostatním lidem a k sobě, kterou popisuje Heidegger (ontologické bytí), je dle mého názoru v některých případech velmi podobná tomu, co popisují badatelé, kteří se věnují právě změněným stavům vědomí, jež se vymykají psychopatologické klasifikaci (Kupka, 2008).

### 3.2 Smrt – pozitivní příspěvek k životu

Tento pohled se určitě nepřijímá snadno. Smrt vnímáme většinou jako strašné zlo, jako neštěstí, které by nemuselo být. Pokud bychom si ovšem představili život bez smrti, a pokud bychom takový život bez konce mohli žít, zjevně by onen život ztratil něco ze své dynamiky a naléhavosti (Yalom, 2006).

Podobný pohled na věc nalezneme překvapivě jak u Freuda, tak i Frankla. Freud (1998) tvrdí, že pokud je v životě přítomna smrt a je více na očích, život se stává zajímavým, napínavým, život dostává tímto smysl. Dodává k tomu, že právě omezení radostí a pomíjivost zvyšují cenu života a krásy.

Pro Frankla (1996) je smrtelnost výzvou k jednání a k uskutečnění hodnot. Základní charakteristikou člověka je podle Frankla to, že svým životem jedinec směřuje a ukazuje k něčemu jinému, než je on sám. Tím se život stává šťastným, a pokud ne, tedy alespoň smysluplným, protože to, co je příjemné, nemusí být smysluplné, a to, co je smysluplné, nemusí být příjemné (Längle, 2002).

Člověk potřebuje ke svému životu určitou míru napětí, nejistoty a utrpení. Díky nim roste. Lidský život tak někdy opravdu začíná až na druhém konci zoufalství (Sartre, 2006; Lukášová, 2009). Tyto myšlenky odkazují opět k Heideggerovi a k jeho dvěma

způsobům bytí člověka ve světě. Jung (1993) zmiňuje, že čínský znak pro „krizi“ je kombinací dvou symbolů: „nebezpečí“ a „příležitost“. Krize je tedy šancí. Křížovatkou v životě. Co rozhoduje o tom, jak naložíme a jak „přečteme“ onen životní podnět, kterou cestou se vydáme, záleží na nás. Lépe řečeno, na našem postoji k životu (Paulík, 2010).

Yalom (2006) tuto skutečnost uvádí rovněž a dodává, že při práci s nevyлéčitelně nemocnými zjistil, že řada z nich svou krizi a své ohrožení využívá jako příležitost ke změně a osobnímu růstu. Lidský život tak začíná na „druhém konci zoufalství“ či v okamžiku uvědomění si vlastní smrtelnosti.

Mohapl (1988, 1992) hovoří o tzv. „terciárním zisku“ z nemoci. Myslí tím skutečnost, že díky závažnému onemocnění či terminální diagnóze se u mnoha lidí vytvoří určité charakteristiky, zkušenosti a vhledy, které by jinak nevznikly, a které dotyční v rozhovorech hodnotí jako pozitivní změny v životě.

Yalom (2006) uvádí následující přehled tzv. „terciárních zisků“:

1. Přeskupení životních hodnot – odsunutí nepodstatného.
2. Pocit osvobození – schopnost dělat to, co chci a nedělat to, co nechci.
3. Život v přítomném okamžiku („tady a teď“) – uvědomění si, že jedinou skutečností je přítomnost. Život se neodkládá na „jindy“.
4. Radostné ocenění základních věcí v životě a prosté uspokojení z bytí, což se projevuje pozorností a všímavostí.
5. Hlubší komunikace a blízkost s milovanými lidmi.
6. Méně obav z mezilidských vztahů, méně strachu z odmítnutí, větší ochota riskovat.

Opět se na tomto místě nabízí srovnání s jevem NDE (Zkušenost blízkosti smrti). Tento fenomén zkoumal především Moody (1991). Před ním se této problematice věnoval rovněž americký psychiatr Russel Noyes (1977). Oba autoři shodně konstatují, že lidé, kteří se takto dostali do těsné blízkosti smrti, ještě o mnoho let později popisovali cennost své zkušenosti.

Hovořili o tom, že si uvědomili, jak je život křehký, cenný a krátký. Získali životní elán, schopnost ponořit se do přítomného okamžiku. Došlo u nich k přehodnocení životních priorit, zvýšila se empatie s ostatními lidmi.

Podobnou paralelu nacházíme v článku Rosena (1975), který přibližuje problematiku sebevražedného jednání. Tento autor se zajímal o jedince, kteří přežili sebevražedný pokus, a konstatoval, že tato zkušenost u většiny z nich změnila jejich život k lepšímu. V popisu oné změny zaznívaly podobné charakteristiky jako výše uvedené: opětovné nalezení smyslu, zázrak života, cit pro přítomný okamžik, blízkost k lidem a soucit s ostatními.

Pokud máme to „štěstí“ a potkáme smrt, dostaneme se možná na křížovátku života a můžeme se vydat po cestě, která nám říká, že bez ohledu na to, co děláme, nakonec se stejně smrti musíme postavit sami. Stejně jako životu. Nikdo se za nás nepřimluví, nikdo za nás nežije a nikdo za nás nezemře. Vyrosteme, rozhodujeme se a oddělujeme se od druhých. Životu i smrti čelíme nakonec sami.

Popření smrti je popřením vlastní podstaty, což vytváří rozsáhlá omezení pro uvědomování a prožívání. Člověk vlastně takto vytváří prostor pro intrapersonální osamělost.

Disociuje prožitky, které jsou spojeny s podstatou bytí. Přijetí smrti člověka naopak zachraňuje, nutí ho žít autenticky, smysluplně a zvyšuje pozornost ke každodennosti existence. Důkazem toho jsou zkušenosti lidí, kteří touto konfrontací či setkáním prošli.

Tělesnost smrti nás ničí, ale myšlenka smrti nás zachraňuje. Vědomí smrti dává životu smysl a hloubku. Nikoli naopak. Vhled v tomto duchu mění životní perspektivu a může přenést člověka ze způsobu života charakterizovaného konzumem, nesnášenlivostí, umrtvováním či drobnými obavami do autentičtějšího způsobu bytí (Yalom, 2006, 2008).

Život ze zorného úhlu konečnosti je plnější. Smrt, a s ní vědomí naší konečnosti, je organickou součástí života – nikoli jen nějakou událostí, která někdy nastane. Smrt je sice něco, co nastane v budoucnu, je ovšem také hybnou a formující silou našeho nynějšího života. Tedy přítomného okamžiku. Neustále totiž něco vzniká a zároveň zaniká – umírá.

Nejistota ohledně hodiny smrti nutí člověka žít tak, aby to, co dává jeho životu smysl, nespočívalo pouze v budoucnosti. Pokud chce člověk ve smrti obstát, je vybízen, aby si zařídil svůj život tak, že naplnění jeho smyslu bude obsaženo i v přítomnosti. I když se rozhoduje v kontextu minulosti a budoucnosti, smysl mého konání nezávisí na cíli, jehož mám dosáhnout, není závislý na úspěchu mého jednání, tedy na budoucnosti. Smysl spočívá v nepodmíněnosti mého sebenasazení, které je vždy ve spojení s přítomností (Wicky, 2007).



## 4 Strach ze smrti

*„Nejméně se bojí smrti ti, jejichž život má největší cenu.“*

**Immanuel Kant**

Strach ze smrti je všudypřítomný a tak velký, že člověk v průběhu života vynakládá značnou část své životní energie na popírání či vytěšňování smrti a myšlenek na ni. Transcendence smrti je důležitým motivem lidské zkušenosti. Setkáváme se s ní v osobní i společenské rovině (Ariés, 2000; Yalom, 2006).

Sebetranscendence – sebezpřesah je typický právě pro člověka. Člověk začíná u sebe, aby posléze na sebe zapomněl – sám sebe překročil. Právě tak se dle Frankla (1996) i Lukasové (2009) rodí prožitek smyslu. Smrt nutí člověka k sebezpřesah a tím i ke smyslu. Podobným způsobem lze interpretovat vývojovou teorii, kterou vytvořil Erikson a která je vhodným explanačním modelem pro teorii i klinickou praxi (Smékal, 2005).

Lifton (1973) popsal několik způsobů, jak se člověk pokouší dosáhnout symbolické nesmrtnosti. Jejich důsledky lze vnímat osobně i celospolečensky.

1. Biologický způsob: člověk žije dál prostřednictvím svých dětí, prostřednictvím řetězce biologických návazností.
2. Teologický způsob: člověk žije dál na jiné vyšší rovině bytí, důvěřuje, že po smrti bude kontinuita jeho vědomí dále existovat. Většina velkých světových náboženství má ve svém základu tento mýtus obsažen – život smrtí nekončí.
3. Tvořivý způsob: člověk po sobě zanechává své dílo a žije dál jeho prostřednictvím. Dílo může být materiální i nemateriální podoby. V případě materiální podoby je věc jasná. Nemateriální podobou je myšlen vliv na ostatní – učitelé, vychovatelé, přátelé, terapeuti.
4. Věčný koloběh přírody: člověk se po smrti propojí s věčným koloběhem přírody a stane se tak její součástí.
5. Transcendence prožitková: člověk žije v trvalé přítomnosti, ve které mizí čas i smrt. Smrt je dílem okamžiku, stejně jako opětovné znovuzrození, stejně jako nádech a výdech. O tomto stavu bytí se hovoří jako o trvalé kontemplaci. Tuto myšlenku můžeme najít v tradici buddhismu.

Yalom (2008) hovoří o transcendenci smrti na makrospolečenské rovině, která má podobu pomníků, teologie, ideologie, balzamování, plastické chirurgie, výpadů do vesmíru, závislosti na zábavách, víry v mýtus pokroku a lineárního růstu, touhy po věčné slávě a životě.

Yalom (2006) je také toho názoru, že strach ze smrti je primárním zdrojem úzkosti v životě. Podobné postřehy můžeme najít v díle Freuda (1999), také u jeho dcery Anny Freudové (1960), Melanie Kleinové (1961) i Stanislava Grofa (2009).

## 4.1 Primární zdroj úzkosti

Yalom (2006) uvažuje o smrti jako o primárním zdroji úzkosti. Toto stanovisko je dále rovněž prezentováno podrobněji v kapitole Pojetí smrti v ontogenezi. Psychopatologické poruchy jsou v řadě případů reakcemi na úzkost. Konkrétní porucha je potom pokusem, jak si s úzkostí poradit.

V případě psychopatologie je tento pokus maladaptivní. Psychopatologie je tedy výslednicí úzkosti a individuálních obran na její potlačení. Terapeut obvykle začíná pracovat s manifestní úzkostí, která je vyjádřena v případě neurotických reakcí konkrétním strachem, konkrétní obavou, konkrétními symptomy (Yalom, 2007).

Badatelé, kteří zkoumají tento problém, se domnívají, že strach ze smrti je složen z několika menších, oddělených strachů. Jiný problém je potom strach a obavy konkrétních, nevléčitelně nemocných lidí, kteří mají blízko ke smrti. O nich budeme hovořit na jiném místě tohoto textu. Například studie, kterou vypracovali Furer a Walker (2008), ukazuje následující rozvrstvení běžných obav ze smrti u zdravé populace.

1. Má smrt způsobí zármutek a ztrátu mým blízkým.
2. Všechny mé plány a projekty skončí.
3. Umírání může být bolestivé.
4. Mé vědomí skončí, už nebudu moci dále nic prožívat.
5. Nebudu se moci dále starat o ty, na kterých mi záleží a kteří mě potřebují.
6. Bojíme se možných důsledků, pokud existuje život po smrti.
7. Bojím se toho, co se stane s mým tělem po smrti.

Choron (1973) rozlišuje tři druhy strachu ze smrti:

1. Co bude po smrti.
2. Jak bude vypadat mé konkrétní umírání – umírání jako událost.
3. Konec života – konec bytí.

Yalom (2006) se domnívá, že právě třetí strach, konec života – konec bytí (absolutní konec vědomí) je centrálním strachem ze smrti. Člověk se děsí, že sám sebe ztratí a stane se ničím. Kierkegaard (1993) hovoří o strachu a úzkosti. Staví je do protikladu v tom smyslu, že strach je spojen s něčím konkrétním, úzkost nikoli. Yalom (2006) je toho názoru, že s úzkostí se dá bojovat jedině tak, že se stane strachem. Úzkost usiluje stát se strachem. Pokud dokážeme přeměnit „strach z ničeho“ na „strach z něčeho“, můžeme zahájit sebezáchrannou operaci. Můžeme se obávané věci vyhnout, vyhledat proti ní vhodné spojení a obrany, vymyslet usmířující postupy, vymezit hranice.

Podobně definuje problematiku úzkosti a strachu i Freud. Klasická psychoanalýza operuje s pojmy latentní a manifestní. V našem případě takto můžeme zacházet s pojmy úzkost a strach. Úzkost je latentní a konkrétní strach či obava potom manifestní (Freud, 1991, 1994).

Identifikovat primární zdroje úzkosti je pro terapeuta obtížné. S primární úzkostí ze smrti v její ryzí formě se setkáváme zřídka. Úzkost se rychle stává strachem. Již u malého



ho dítěte se vyvíjejí obrany, jež jsou založeny na popření. Budeme o nich hovořit později v následujících kapitolách.

V souladu s Heideggerem (2002) se Yalom (2006) domnívá, že pouze závažné či ohrožující životní prožitky mohou obrany narušit. Úzkost ze smrti se dostane do vědomí, ovšem toto narušení je velmi rychle opraveno. Heidegger (2002) v této souvislosti hovoří o probouzejícím zážitku. I to je samozřejmě možná reakce člověka, který se takto dostává autentičtější k bytí. Ovšem to, co následuje, můžeme s velkou pravděpodobností chápat jako adaptivní obranu proti faktu vlastní konečnosti.

Strach ze smrti se dá prožívat na mnoha různých úrovních. Člověk se může obávat okamžiku umírání, bolesti při umírání, ztráty vlastní autonomie, ztráty vlastní hodnoty, opuštěnosti, může litovat nedokončených záležitostí, truchlit nad koncem vlastního prožívání atd.

Nelze ovšem zapomínat, že tyto reakce jsou vědomými úvahami dospělých lidí. V žádném případě nejsou totožné s nestrukturovaným primárním děsem ze smrti, který je součástí bytí. Můžeme ho nepřímou pozorovat v boji o sebezáchovu. Utváří se záhy v životě, ještě před vznikem schopnosti formulovat pojmy, existuje před jazykem i obrazem (Yalom, 2006; Raban, 2008; Grof, 2009).

Strach ze smrti je spojen s primární úzkostí. Smrt je prvotním zdrojem úzkosti. Tuto prožitkovou komponentu lze s těžší odstranit, je součástí bytí člověka ve světě a vyplývá ze samotné přirozenosti člověka a jeho pobytu ve světě (Tillich, 2004; Yalom, 2008).

Primární zdroj úzkosti je přítomen již v raném dětství, napomáhá při tvorbě charakterové struktury a po celý život nepřestává vyvolávat úzkost, jež se projevuje manifestními obavami a stavbou psychologických obran (Yalom, 2006).

Existenciálně orientovaný terapeut doufá, že ničivou míru úzkosti sníží, nedoufá, že úzkost odstraní. Život se nedá žít a smrti se nedá čelit bez úzkosti. Úzkost může ukazovat cestu k autentickému bytí – k realizaci smyslu v životě. Úkolem terapeuta je snížit úzkost na přijatelnou úroveň a pak tuto stávající úzkost využít ke zvýšení uvědomování smyslu a vitality (Frankl, 1996; Yalom, 2006; Lukasová, 2008).

## 4.2 Výzkum strachu ze smrti

Zajímavá studie se zaměřovala na budoucí adepty lékařství. Autoři pracovali s vědomým strachem ze smrti. Výsledky poukázaly na skutečnost negativního vztahu mezi autoritářstvím a strachem ze smrti. Tedy čím více autoritářství, tím méně strachu ze smrti. Navíc studenti medicíny, kteří si zvolili jako specializační oblast psychiatrii, se smrti báli nejvíce (Livigston, Zimet, 1965).

Některé výzkumy se shodují v tom, že věřící lidé se bojí smrti méně (Westman, 1992; Roff, Butkeviciene, Klemmack, 2002). Existují ovšem rovněž studie, které poukazují na nesignifikantní souvislost mezi strachem ze smrti a náboženskou příslušností (Rasmussen, Johnson, 1994). Jiné výzkumy hodnotily vliv pohlaví na strach ze smrti. Několik takto koncipovaných projektů prokázalo, že ženy mají větší vědomý strach ze smrti

než muži (Chiappetta, Floyd, McSeveney, 1976; Cole, 1978; Depaola, Griffin, Young, Neimeyer, 2003).

Frazier, Foss-Goodman (1988) zjistili, že strach ze smrti pozitivně koreluje s neuroticismem a depresivním laděním. Templer (1971) poukázal na podobnou skutečnost u seniorů. Výsledek interpretoval tak, že zvýšený strach ze smrti u starých lidí se vyskytuje jako součást depresivního syndromu.

Adolescenti mají tendenci bát se smrti více než jiné věkové kategorie. Alexander a Adlerstein (1958) testovali kožní galvanickou reakci, kterou lze považovat za fyziologickou míru úzkosti. Zkoumali děti ve věku 5 až 16 let, kterým administrovali slova týkající se smrti. Tato slova byla rozptýlena mezi jinými – neutrálními výrazy.

Výsledky ukázaly, že děti ve věku 5 až 8 let a 13 až 16 let měly na slova související se smrtí mnohem větší emoční reakce než děti, které badatelé z hlediska věku zařadili do intervalu 9 až 12 let. Autoři interpretovali výsledky v tom znění, že věk 9 až 12 let (v psychoanalytické terminologii se jedná o dobu latence) je vlídné období, ve kterém jsou děti příliš zaujaty pravidelným během života a jeho průvodními radostmi, než aby se zabývaly smrtí. O tomto výzkumu budeme hovořit také v kontextu ontogenetického vývoje a strachu ze smrti podrobněji.

## 5 Smrt a psychopatologie

*„Ani na slunce, ani na smrt se nepodíváš zpřítma“.  
François de la Rochefoucauld*

Yalom (2006, 2008; Längle, 2002) vycházejí z předpokladu, že značná část psychopatologie je vlastně reakcí na úzkost. Bytí člověka jako takové můžeme v tomto kontextu chápat jako adaptivní či maladaptivní. Existenciální paradigma předpokládá, že úzkost pramení z konfrontace člověka se základními záležitostmi bytí, kterými jsou smrt, samota, smysl, svoboda a odpovědnost. Přičemž za primární zdroje lze považovat právě smrt a osamělost (Yalom, 2006; Fromm, 2010).

Primární úzkost je vždy latentní. Díky tomu může nabývat rozmanité manifestní podoby, které se ve většině případů dotýkají našeho sebepojetí. Úzkost usiluje o to, stát se strachem (Tillich, 2004). Längle (2007) spojuje prožívání úzkosti s nebezpečnými situacemi. Ty mohou být nebezpečné konkrétně či potencionálně. Úzkost nám tak zprostředkovává zkušenost útoku na vlastní bytí, ukazuje nám, že jsme zranitelní, že můžeme zemřít.

Situace ohrožení se netýkají pouze přežití fyzického. V naší kultuře nejsou lidé často vystaveni momentům, které by ohrožovaly jejich život bezprostředně. Většina běžného nebezpečí se týká našeho sebepojetí. Takto posléze vzniká rovněž anticipační úzkost (Frankl, 1996, 1997; Längle, 2002).

Všichni lidé se potkávají s úzkostí ze smrti. Většina z nás si vybuduje adaptivní postupy zvládnání, které smrt a vědomí smrti učiní snesitelnými. Zpravidla se jedná o postupy, které jsou založeny na nějaké formě popření skutečnosti – potlačení, vytěsnění, víra ve vlastní všemohoucnost, náboženské zanícení. Lidé se také vždy snažili smrt překonat dosažením symbolické nesmrtelnosti a realizací smysluplných činností (Lifton, 1973).

Následkem mimořádného stresu – mimořádné životní události nebo na základě nefunkčnosti obranných strategií může dojít k vytvoření aktuálního psychopatologického obrazu. Psychopatologie je potom neúčinným způsobem obrany, který je maladaptivní (Yalom, 2006).

Rank i Jung popisují člověka s neurotickými reakcemi podobně. Shodují se v tom, že člověk s neurózou vlastně odmítá konfrontaci se životem, čímž nezíská dostatečnou sílu, aby se mohl posléze konfrontovat se smrtí (in Plháková, 2006). Rovněž Tillich (2004) ve své knize *Odvaha být* vnímá neurózu jako útěk před bytím, kdy člověk se tak snaží obelstít smrt. Člověk se vyhýbá bytí, a myslí si, že se tak vyhne nebytí.

Problém, na který upozorňuje Yalom (2008), je ten, že čistá úzkost ze smrti nebude snadno zjištělná. Zde se existenciální analýza potkává s psychoanalýzou. Primární úzkost v její čisté formě je viditelná vzácně. Obranné struktury existují právě za účelem maskování. Povaha ústředního dynamického konfliktu je skryta vytěsněním a dalšími manévry na snížení dysforie.

Tento problém můžeme ilustrovat následujícím příkladem. Člověk se může chránit před úzkostí ze smrti tím, že symbioticky splyne s druhým člověkem v partnerském vztahu, ve kterém pohrbí vlastní ambice, vlastní směřování, vlastní individuaci. Tato rigidní symbióza může být za určitých okolností životaschopná dlouhodobě. Rovněž ovšem může dojít k tomu, že druhý z dvojice začne být ze svého protějšku, který se nikam v životě neposouvá, zklamán až znuděn.

Komunikace mezi oběma lidmi se oploští, život bude jednotvárně předvídatelný a vztah začne selhávat. Nezávislý člověk bude mít tendenci tento pro něj neuspokojivý vztah proměnit či ukončit. U symbiotického partnera se v tomto okamžiku může začít rozvíjet celá plejáda příznaků, která může mít povahu sociální úzkosti s doprovodnou psychosomatickou produkcí.

Tento velmi schematický a jednoduchý příklad ukazuje, že průvodní jevy ústřední konflikt obklopí a odhalení primární úzkosti je problematické. Terapeutické snahy jsou zaměřeny spíše tedy na manifestní než primární úzkost. Terapie vždy začíná na úrovni pacientových starostí (Yalom, 2007).

## 5.1 Psychopatologické paradigma a dvě základní obrany proti smrti

Způsob, jak se dítě vyrovnává s vědomím smrti, je postaven na popření. Dvě hlavní nárazníkové zóny tohoto popření jsou přesvědčení, že člověk je buď osobně neporušitelný (výlučnost), nebo stále a navěky chráněný nějakým absolutním zachráncem. Tato dvě přesvědčení jsou posilována díky událostem v raném dětství a díky kulturně schvalovaným mýtům, jež v sobě zahrnují nesmrtelnost a existenci angažovaného božstva (Yalom, 2006).

Tyto dvě obrany představují rovněž dva základní přístupy k životu a lidskému osudu. Člověk může usilovat buď o splynutí či odloučení. Může se chtít buď schovat, nebo naopak chtít vyčnívat (Fromm, 2001). Yalom (2006) tuto skutečnost jasně dokladuje na některých svých terapeutických kazuistikách. Je toho názoru, že právě životní krize člověka, který se přímo setká s faktem vlastní smrtelnosti, nevyvolá nové obrany (zpravidla), ale spíše zvýrazní stávající způsob bytí, což může vyústit do maladaptivní rigidity. Podobného názoru je rovněž Watzlawick (1998), který popisuje rigidní styl při zvládání obtíží, nazval ho „více téhož“. Místo aby došlo k řešení, tak pokus o řešení problém neustále prohlubuje a člověk se marně pokouší situaci zvládnout, protože vlastně pokusem o řešení problém fixuje a zároveň vytváří. Jedná se tak o cirkulárně kauzální smyčku.

Nyní se podrobněji zaměříme na dvě základní obrany. Je potřeba zdůraznit, že obě mohou mít adaptivní či maladaptivní formu. Každý z nás jde více či méně jednou z níže popsanych cest a tak čelí smrti. Někdy dokonce dokážeme účinně využít obě obrany zároveň.

### 5.1.1 Výlučnost

Prakticky každý člověk lpí na vlastní jedinečnosti, která může nabývat iracionální povahy v případě, že meze možností, stárnutí, smrti nejsou brány jako osobní záležitosti, ale záležitosti, které se týkají jiných. Řekněme, že „přirozený“ narcismus je vždy frustrován v případech choroby, úrazu či jakékoliv jiné nedostačivosti (Mohapl, 1992).

V hloubi duše je člověk přesvědčen o své vlastní nezranitelnosti. V tom lepším případě je pro každého člověka počátek života obdobím intenzivního egocentrismu, kdy rodiče dítěti věnují maximální pozornost a každá potřeba novorozence je uspokojena bez váhání (Yalom, 2006; Längle, 2006). Erikson (1999) hovoří o vytvoření bazální důvěry ke světu, která je odrazovým můstkem pro další život. Takto vtisknutá výlučnost je první obranou proti úzkosti ze smrti.

Všichni víme, že v základu se náš život neliší od života ostatních. Na vědomé rovině toto nikdo nepopírá. Přesto téměř každý člověk odmítá připustit, že zákon smrti platí konkrétně pro něj (Yalom, 2008).

Když se člověk dozví, že má nějakou vážnou nemoc, první reakce je zpravidla nějaká forma popření (pokud pomineme fázi šoku). Popření je snahou vypořádat se s úzkostí, jež souvisí s ohrožením naší celistvosti – našeho života. Je to ovšem také vyjádření hlubokého přesvědčení o vlastní neporušitelnosti (Kübler – Ross, 1992). Člověk velmi obtížně přijímá, že když přijde na stárnutí a umírání, tak jeho přání, jeho vůle s tím nemají vůbec nic společného (Tillich, 1994).

Přijmout vlastní smrt znamená podívat se na řadu obtížně uchopitelných faktů: jsem konečný a můj život jednou opravdu skončí, svět přetrvává i po mé smrti, jsem jeden z mnoha, vesmír neuznává mou výlučnost a navíc to nemohu nijak ovlivnit – má přání s tím nemají co do činění (Yalom, 2008).

### 5.1.2 Absolutní zachránce

I tato obrana je spojena s ranými dětskými zkušenostmi. Je opět založena na rodičovské pozornosti a péči. Dítě se učí pohybovat ve světě, kde se ocitlo záhy po porodu. V režii vývojového zrání se rozvíjí jeho motorika a mentální dispozice. Dítě zkoumá svět, odvažuje se někdy příliš daleko, nezná ještě nebezpečí. Od možných úrazů a zranění je zachráněno pozornými rodiči. Rodič je mocným hybatelem i věrným služebníkem zároveň (Yalom, 2006).

Žádná kultura nikdy nevěřila, že lidé jsou sami v lhostejném vesmíru. V každé kultuře nacházíme mýtus o absolutním zachránci – o božstvu, které může být dokonce zlé, kruté, s mnoha vrtochy, může člověka vystavovat zkouškám a pokušením, ale přesto nakonec umožní individuální či kolektivní spásu (Soukup, 2004).

Někteří lidé objevují svého zachránce samozřejmě v sociálním okolí a ne v nadpřirozeném světě. Může se jednat o politickou ideologii či konkrétního sociálního vůdce. Lidé takto překonávají strach ze smrti, vlastně obětují svou odpovědnost a svobodu (Fromm, 1994).

Yalom (2006) se domnívá, že obrana prostřednictvím důvěry v absolutního zachránce je méně účinná než víra ve vlastní výlučnost. Podobnou úvahu lze nalézt i u Junga (1994), který důvěřuje budování zkušenosti v první polovině života skrze aktivní vstup

do rizika, skrze vstup do zkušenosti. Rovněž Adler (1999) spatřuje odvahu jako významný činitel životní spokojenosti a smysluplnosti. Riskování, odvaha či vstup do zkušenosti v tomto případě znamenají vydělení se, cestu k výlučnosti a individuaci. Ve stejném duchu argumentují Frankl (1996), Lukasová (2008) i Längle (2002).

Zůstat vnořený v druhém (neriskovat) vystavuje člověka velkému nebezpečí, které můžeme nazvat ztrátou sebe, ztrátou své cesty. Zde vlastně hovoříme o intrapersonální osamělosti. Prostřednictvím této obrany člověk uniká smrti tím, že odmítá žít (Yalom, 2006).

## 6 Smrt a psychoterapie

*„Na tmavém pozadí smrti se vykreslují pastelové barvy života naprosto jasně.“*  
**George Santajána**

Yalom (2006, 2008) je toho názoru, že skutečnost smrti je pro psychoterapii důležitá. Uvědomění si smrti může vystupovat jako mezní situace a podnítit radikální posun v pohledu na život. Tuto myšlenku jsme již probírali dříve v souvislosti s přístupem Heideggera (2002) a rovněž jsme hovořili o tom, že smrt může být pojímána jako primární zdroj úzkosti (Tillich, 2004).

### 6.1 Smrt jako mezní situace v životě

Konfrontace s vlastní smrtí je zásadní mezní životní situace, která má sílu způsobit obrovský posun z hlediska toho, jak člověk žije. Smrt může působit jako podnět změny postoje ke světu, k ostatním lidem a k sobě samému. Když si naplno uvědomíme, že zemřeme, že náš život není nikdy nekončící cestou, můžeme se přestat zabývat malichernostmi a náš život může získat hloubku (Yalom, 2008). Smrt nás může probudit a my najednou máme pocit, že poprvé vidíme, slyšíme, cítíme, že poprvé opravdu žijeme (Kaisen, 2005).

Dle mého názoru jsou prakticky každému člověku dopřána prožít dvě základní mysteria. Tím prvním je narození dítěte a druhým smrt někoho blízkého. Navíc každý z nás se jednou narodil a jednou zemře. Narození a smrt nás může prožitkově přiblížit k ostatním. Objevuje se soucit a pochopení, že v základu bytí je náš osud stejný, ať jsme kýmkoli a kdekoli. V tomto prožitku je blízkost k lidem. Blízkost i přesto, že každý z nás je na světě sám. V tomto ohledu je paradoxně krásné, že to, co nás odděluje, nás zároveň sblížuje. V tomto prožitku je klid. Život má najednou jinou hloubku a jinou perspektivu. Koneckonců podobně uvažoval Heidegger (2002), který tvrdil, že právě krizové situace nás mohou přivést z jednoho stavu bytí do stavu druhého. Dostaneme se tak z úvah o tom, jaké věci jsou, k prožitku úžasu, že jsou, že něco vůbec existuje.

Smrt nám připomíná, že život nelze odsunout na později, že ho nelze odkládat, že ještě existuje čas na život, čas na uskutečnění toho, co je smysluplné. Vždy také existuje prostor dívat se na to dobré. Prožití vděčnosti či úžasu, že můžeme zakoušet elementární životní skutečnosti: změny ročních období, krásu okolní přírody, zrak, sluch, hmat, lásku.

Právě to je východisko stoiků, které je kondenzováno v poselství: „Rozmýšlej o smrti, pokud se chceš naučit žít.“ Nejde tedy o to morbidně se zabývat smrtí. Cílem je udržet pozornost u základní skutečnosti života, která znamená, že vše prochází změnou, že bytí je dynamické, že vše se mění, že i já se měním, že vše nakonec pomine. Pokud se

nám podaří toto v životě uchopit, naše každodennost bude bohatší (Tillich, 2004; Kaizen, 2005; Yalom, 2006).

Vědomí této zásadní skutečnosti rovněž může přispět k redukci úzkosti v situacích, jež nevypadají na to, že by úzkost vůbec mohly vyvolávat. Problém je v tom, že u řady lidí je velmi nejistý základní pocit bezpečí. Úzkost je signálem nebezpečí, je signálem hrozby.

Úzkostný člověk je natolik nejistý, že svůj obranný poloměr natahuje daleko do prostoru. Ochraňuje neustále nejen své jádro, ale stejně intenzivně brání i mnohé další charakteristiky (práci, výkonnost, sociální role, prestiž). Někteří lidé se tak dostávají do nadměrného stresu, je-li ohrožen jeden či více jejich atributů. Takoví lidé vlastně věří, že oni jsou to, co k nim v průběhu života přibylo, že vlastně oni jsou kariéra, sexuální výkonnost, tělesná kondice (Längle, 2002; Yalom, 2006; Längle, 2007).

Umírající či chronicky nemocný člověk, který svou situaci dobře zvládá, často podobným procesem prochází spontánně. Uvědomuje si, že existuje i nadále, bez svých atributů a vlastně i bez všech svých vlastností (Längle, 2002).

Lze konstatovat, že tento proces, který Yalom (2006) nazývá desidentifikace, je starobylým mechanismem změny. Jasně přítomný je v praxi zen buddhismu. Zde adept při meditačním cvičení směřuje k uvědomění si vlastní bytostné podstaty, která existuje mimo všechny společenské role a konvence. Právě uvědomění si smrti, která je stejně jako život přítomna v každém okamžiku (nádechu a výdechu), umožní člověku rozlišit mezi podstatným a nepodstatným. První posílit a druhého se zbavit (Watts, 1995; Frýba, 2008; Chang, 2008).

## 6.2 Terapeut a jeho vlastní postoje ke smrti

Má-li terapeut pomáhat pacientům konfrontovat a začlenit smrt do jejich života, musí být sám s tímto tématem v osobním kontaktu. Často sám musí projít bolestnou, přesto probouzející zkušeností, která jasně hovoří o tom, že smrt se bezprostředně dotýká jeho samotného. Zajímavá paralela se dá najít v iniciačních obřadech šamanů u přírodních národů. Pokud se z člověka má stát šaman, musí projít velmi bolestnou a náročnou zkušeností, která zahrnuje utrpení, smrt a znovuzrození (Eliade, 1997).

Názorně to ukazuje Yalom (2006) na příkladu z vlastního profesního života. S kolegy vedl skupinu pacientů, kteří trpěli rakovinou. Během prvních měsíců byly diskuze ve skupině velmi povrchní. Tuto skutečnost terapeuti respektovali a považovali ji za obranný postoj, který vypovídá o hloubce strachu a obav pacientů. V souladu s touto skutečností probíhala terapie – velmi opatrně. Teprve mnohem později oba pochopili, že právě oni sehráli aktivní úlohu v tom, že skupina zůstala na povrchu. Jejich vlastní strach a obranné postoje způsobily vznik malého či žádného prostoru pro závažná témata, která by se bezesporu týkala smrti.



## 7 Pojetí smrti v ontogenezi

*„Chceš-li vydržet v životě, připravuj se na smrt.“  
Sigmund Freud*

Vztah člověka k faktu vlastní konečnosti – k smrti, prochází v průběhu života vývojem. Zatímco například mladší lidé pohlížejí na smrt spíše neutrálně, smrt pro ně není ničím aktuálním, ve středním věku dochází k jejímu dalekosáhlému popírání. Teprve až starší lidé si skutečnost smrtelnosti uvědomují silněji. Vedle postojů akceptujících smrt, nalézáme mnohé tendence vyhýbat se tématům, která s ní souvisejí (Feldmann, 1992).

Smrt je pro nás velkou neznámou v rovnici života. Toto neznámé v nás vzbuzuje úzkost a této úzkosti se nejčastěji bráníme racionalizacemi a především popřením, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost. Vědomí sebe sama je velkou předností člověka, stejně tak ovšem jeho slabinou. Cena, kterou platíme, je vysoká – vědomí toho, že jednou zemřeme. Naše existence roste ve stínu poznání vlastní konečnosti (Yalom, 2006, 2008).

Jinou možností vztahu ke smrti je její přijetí. Vystavíme se jí myšlenkově i prožitkem. Vědomá akceptace smrti bývá např. u lidí, kteří se dostali či dostávají do její těsné blízkosti. Tito lidé mají možnost přestat se smrti bát nepřiměřeně. Vlivem zkušenosti mohou fakt vlastní konečnosti přijmout. Postavit se smrti nám umožní nikoli otevřít naplno dveře děsu bezesmyslnosti, ale vrátit se do života bohatší. Vždyť co jiného nás spojuje s ostatními než vědomí, že všichni jsme byli malými dětmi a jednou všichni zemřeme (Slaughter, Lyons, 2003; Yalom, 2006; Kupka, 2008).

Snad nejčastěji se do blízkosti smrti dostávají pracovníci ve zdravotnictví – ať už se jedná o lékaře nebo zdravotní sestry. Proto je důležité, aby právě oni se s touto základní charakteristikou a údělem člověka, tedy i svým vlastním údělem, vyrovnali a vědomě s ní vstoupili do kontaktu. Proměna vztahu ke smrti pak povede k odpovědnému vážení času a samozřejmě i k odpovědnému vedení života s důrazem na autentičnost vyjádření a hloubku prožitku při péči o pacienty (Yalom, 2006; Grof, 2009).

Rovněž lze předpokládat, že zdravotní pracovník, který si takovýto postoj ke smrti vytvoří, je teprve potom schopen se o umírajícího a jeho blízké starat všestranně, rozumět jim. Takovýto zdravotník se nebude tématu smrti vyhýbat a nezavede umírajícího či jeho nejbližší k osamělosti, která bývá s umíráním v naší kultuře často spojena (Hytych, 2002, 2008; Novák, 2009).

Vztah ke smrti a představa o ní se začínají vyvíjet už v dětství. Představa dětí o smrti je modifikována nejen věkem, ale také jejich mentálními kapacitami, zkušenostmi, které se smrtí samy učinily – smrt v rodině, úmrtí domácího zvířete. Dále nesmíme opomenout působení rodičů, sociokulturní začlenění a hodnotovou orientaci (Vymětal, 2003; Slaughter, Griffiths, 2007).

## 7.1 Pojetí smrti u dětí

Velmi často se můžeme setkat s názorem, že děti smrti nerozumí, že ji nechápou tak jako dospělí. Z čehož se vyvozuje, že se děti smrti nebojí, že smrt je neděsí. Zvláště pak před rozvojem abstraktního uvažování (Vymětal, 2003; Piaget, Inhelderová, 2007). Studium dítěte poskytuje jedinečnou příležitost zkoumat boj člověka se smrtí a pochopit, jaké místo tato skutečnost zaujímá v našem životě (Yalom, 2006, 2008; Loučka, Vančura, 2011).

Tzv. vyspělý koncept smrti vzniká, jak bylo uvedeno výše, v závislosti na mnoha faktorech. Cicirelli (2001) rozlišuje při zkoumání konceptu smrti jeho objektivní a subjektivní složku. Subjektivní koncept smrti vystihuje osobitý, jedinečný význam smrti pro konkrétního jedince – zda a jak se smrti bojí, co od ní očekává, co pro něj znamená.

Objektivní koncept smrti poukazuje v této otázce na něco společného, nadindividuálního. Jedná se o pochopení toho, že smrt je nevratné ukončení života. Právě objektivní koncept bývá často předmětem zkoumání (Loučka, Vančura, 2011).

## 7.2 Psychoanalytické pojetí

První práce, které se týkají dětského chápání smrti a umírání, se objevují ve 30. a 40. letech 20. století. Výzkum byl orientován převážně psychoanalyticky (Slaughter, 2005).

Nagy (1948) jako první odvodila určitá stadia vývoje konceptu smrti:

1. První fáze (do pěti let věku dítěte): děti nerozlišují smrt jako svébytný stav, ztotožňují ji s určitou podobou spánku, vnímají smrt jako reverzibilní.
2. Druhá fáze (od pěti do devíti let): děti si začínají uvědomovat, že smrt existuje, že je trvalá, nepřipouští si ovšem její univerzalitu.
3. Třetí fáze (devět let a dále): děti ví, že smrt existuje, že je trvalá a univerzální.

## 7.3 Kognitivní pojetí

V 60. a 70. letech 20. století vznikají především kognitivně laděné výzkumy této problematiky. Emoční prožívání bylo ponecháno stranou. V základu stála operacionalizace konceptu smrti, která umožňuje zachytit jednotlivé charakteristiky smrti (Slaughter, 2005).

Piaget (2007) se domníval, že téma smrti napomáhá při vývoji zralého pojetí kauzality. Zpočátku jsou neživé objekty všeobecně považovány za obdařené životem a vůlí. Zhruba na začátku sedmého roku dítě přisuzuje život pouze věcem, které se pohybují. Od osmi do dvanácti let dítě připisuje život věcem, které se hýbou samy od sebe. Od tohoto okamžiku se názor dítěte na svět (tedy i smrt) stále více podobá názoru dospělého.

V raném myšlení dítěte je motivace považovaná za zdroj a vysvětlení existence věci a každá příčina je tedy propojena s motivací dítěte. Dítě si začne uvědomovat smrt v okamžiku, kdy pochopí, že zvířata i lidé umírají a jejich smrt nelze vysvětlit jako důsledek jejich motivů. Dítě začíná chápat, že smrt je přírodním zákonem, který je neosobní (Vymětal, 2003).

Speece a Brent (1984, 1992, 1996) uvádějí následující přehled komponent objektivního konceptu smrti.

1. Nevratnost: pochopení, že smrt je konečným, nezvratitelným faktem. Dítě chápe, že když někdo zemře, není žádný způsob, jak by se onen člověk mohl vrátit zpět k životu.
2. Nefunkčnost: pochopení, že smrt znamená zástavu životních funkcí. Dítě chápe, že mrtvý člověk nedýchá, nebije mu srdce, nemyslí, nemůže se hýbat.
3. Univerzálnost: pochopení, že smrt se týká všech živých tvorů. Dítě rozumí tomu, že jednou zemře, že jednou zemřou všichni.
4. Příčinnost: pochopení, že za určitých okolností může dojít ke smrti.
5. Pokračování života mimo tělo: vztahuje se k náboženským představám o posmrtném životě.

Velmi podobně sumarizuje vývoj vztahu ke smrti Vymětal (2003):

1. Děti ve věku do tří let – nerozlišují mezi živým a neživým. V tomto věkovém rozpětí je typické vyžadování přítomnosti dospělé osoby, na kterou je dítě zvyklé. Dítě často projevuje separační úzkost.
2. Děti ve věku od tří do šesti – počínají stále více rozlišovat mezi živým a mrtvým, přičemž mrtvé bývá spojováno s nehybností a spánkem. Smrt je považována za přechodný reverzibilní stav, což je posilováno a rozvíjeno dospělými („odcestoval“, „spí“ atd.). Děti se v tomto věkovém období setkávají se smrtí v pohádkách a vyprávěních, avšak berou ji neosobně – jich se netýká, považují se za nesmrtelné. Bývá zde nesoulad mezi verbálním projevem a pojmovým chápáním. Například dítě řekne: „Já vím, že babička umřela, ale proč mi nepřišla dát dobrou noc?“ Smrt zvířat děti vnímají jako nehybnost. Pro toto období je typické magické myšlení a dětem je blízká představa o proměně jedné skutečnosti ve druhou. Dítě je stále těsně vázáno na rodiče, bývá zde proto také přítomna separační úzkost.
3. Děti ve věku od šesti do deseti (jedenácti) let – jedná se o období mladšího školního věku až do počátku dospívání. Děti začínají postupně a nerovnoměrně chápat smrt jako něco konečného, nevratného a také nevyhnutelného. U menších dětí bývá přejímána představa smrti z pohádek a vyprávění (smrtka, kostra apod.), avšak jejich vztah ke smrti je spíše distancovaný a neosobní, i když mohou prožívat silný strach až hrůzu (pokud jsou strašené) z bytostí představujících smrt. Děti již chápou souvislost zástavy životně důležitých funkcí a konce. V tomto věkovém období je velmi důležitá osobní zkušenost se smrtí (např. úmrtí blízkého příbuzného, známého dítěte). I u dětí vážně a letálně nemocných se nedostavuje strach ze smrti v pravém slova smyslu. Vysvětlujeme to nejen absencí abstraktního myšlení, nýbrž především

vývojem vlastní identity a vztahovou situací. Obrazně řečeno jsou ještě „nesené“ rodiči, které vnímají jako velmi mocné, až všemocné.

4. Od počátku dospívání do dospělosti – vytváří se pojem smrti postupně a diferencovaně. Strach ze smrti se dostavuje souběžně s tím, jak se dítě a posléze mladý člověk „vnitřně“ osamostatňuje a vnímá sebe jako autonomní individualitu. Na rozdíl od mladšího dítěte je na smrt subjektivně „sám“, pokud ovšem není věřící, pro kterého je Bůh bezpečnou jistotou v jakékoliv situaci a individuální smrt je začleněna do smysluplného řádu. S nástupem abstraktního myšlení si člověk vytváří představu a pojem smrti postupně až do „dospělé“ podoby se třemi charakteristikami: **nevratností** – jde o definitivní konec, **univerzálností** – týká se bez výjimky všech a je nevyhnutelná, **zástavou životních funkcí** – srdeční činnost, dýchání. Avšak na úrovni prožívání a fantazie jsou u dospívajících i dospělých představy smrti různorodé. Shledáváme zde zbytky nejen „dětského“ pojetí (např. z období magického myšlení), ale i vlastní názor vycházející ze světónázorového stanoviska, jež má v evropské kultuře pro většinu silně křesťanské akcenty, zejména pokud jde o smrt a regulativy meziosobních vztahů (etika, morálka).
5. U dospělých lidí – smrt bývá spojována s neznámem, nebytím, prázdňem a „ničím“, tedy nicotou a úzkostí, nebo s klidem a pokojem (spánek beze snů). Kromě představ „definitivního konce“ bývají časté představy a myšlenky o dalším pokračování existence ve změněné podobě (křesťanský pohled, splývání s univerzem, reinkarnace apod.).

Vyhnálek (in Říčan, Krejčířová, 2006) vývoj pojmu smrti u dětí charakterizuje rovněž v kontextu objektivního vymezení. Způsob, jak dítě smrt chápe, závisí na věku a úrovni intelektuálních schopností. Během prvních dvou let života chybí porozumění smrti, ale je přítomen vývojově daný strach ze separace.

Většina tří až pětiletých dětí chápe smrt jako něco, co se přihodí druhým. Pojem smrti je v této době stále neurčitý, je spojován se spánkem a nepřítomností světla nebo pohybu, smrt není pokládána za něco stálého. Děti věří, že smrt je náhodná, že ony samy nikdy nezemřou.

Přibližně od šesti let věku se zdá, že děti se pomalu přizpůsobují tvrzení, že smrt je konečná, nevyhnutelná, všeobecná a osobní. V raném školním věku mnoho dětí interpretuje smrt jako osobu, což je podporováno řadou kulturně stabilních mýtů a pohádek (kostra, smrtka atd.).

Teprve ve věku 10 až 11 let se základní atributy konceptu smrti stabilizují. Souvisí to s vývojem pojmu času a prostoru, pochopením rozdílu mezi vzpomínkou a fantazií, mezi smrtí a nepřítomností, mezi umíráním a odchodem. Tím je položen základ vnímání nevyhnutelnosti smrti jako přirozeného konce lidského života, jako zástavy všech tělesných funkcí. Uvedený vývoj pojetí smrti vrcholí v pubertálním období, kdy se začíná obohacovat o dimenzi filozofických a náboženských úvah o smyslu života a o tom, co následuje po smrti.

## 7.4 Faktory ovlivňující vývoj konceptu smrti

V následujícím textu se pokusíme čtenáře seznámit s faktory, které s největší pravděpodobností ovlivňují vývoj konceptu smrti u dětí. Výčet uvedených proměnných nemůže být kompletní. Zmíníme pouze ty faktory, které byly v zásadě identifikovány jako důležité. Pouze pro didaktické účely nyní připomeňme, že základními komponentami konceptu smrti jsou: nevratnost, nefunkčnost, univerzálnost, příčinnost, pokračování života mimo tělo.

### 7.4.1 Věk

Věk je logicky vnímán jako jeden z hlavních prediktorů dětského konceptu smrti. Přehledové studie (Speece, Brent, 1984; Kenyon, 2001) uvádějí, že k pochopení jednotlivých komponent dochází většinou mezi čtvrtým až sedmým rokem, přičemž celkové uchopení konceptu smrti v jeho komplexnosti se objevuje až kolem devátého až desátého roku.

Obecně se předpokládá, že porozumění univerzalitě a nevratnosti smrti předchází pochopení nefunkčnosti a příčinnosti (Kenyon, 2001). Hunter a Smith (2008) upozorňují na to, že většina studií vývoje konceptu smrti byla provedena v období od 70. do 80. let 20. století, což může vytvářet jisté zkreslení oproti situaci dnešních dětí. Jejich výzkum ukazuje značně nižší věk pochopení všech komponent konceptu smrti.

### 7.4.2 Kognitivní zralost

Předpokládanými kognitivními schopnostmi nutnými pro pochopení smrti jsou: klasifikace, chápání stálosti, času a reverzibilních operací (Kenyon, 2001). Ve výzkumných měřeních je vhodné oddělovat kognitivní zralost a věk. Kognitivní zralost a chronologický věk nemusí mít lineární vazbu (Cotton, Range, 1990).

### 7.4.3 Zkušenost se smrtí

Dalším důležitým činitelem může být osobní zkušenost dítěte s různými podobami smrti. Mnoho dětí se může potkat se smrtí na velmi osobní úrovni – úmrtí prarodičů, rodičů, kamarádů, sourozenců, sousedů. Častá je rovněž zkušenost úmrtí domácího zvířete (Tremblay, Israel, 1998).

Zkušenost se smrtí nemusí být přímá. Pokud dítě sleduje televizi dvě až čtyři hodiny denně, uvidí velké množství vražd a jiných násilných úmrtí. V mnoha počítačových hrách se umírá opakovaně (Knight, 2003).

Zkušenost se smrtí může vývoj konceptu podpořit nebo zpomalit. Klinická pozorování dokládají, že děti, které zažijí smrt v blízké rodině nebo vážně onemocní, mají rozvinutější pochopení smrti než jejich vrstevníci bez této zkušenosti a rovněž si lépe uvědomují vlastní smrtelnost (Adams, Corr, Davies, Deveau, 1999; Kübler – Ross, 2003; Hunter, Smith, 2008).

Na druhé straně může blízkost smrti v některých případech vést také k celkově horšímu pochopení konceptu smrti. To může být způsobeno dobře míněnou útěchou rodičů ve stylu popření nebo aktivací psychologických obran dítěte. Význam osobní

zkušenosti není jednoznačný. Hunter a Smith (2008) zjistili horší uchopení konceptu smrti u dětí, které zažily úmrtí blízkého člena rodiny, než u dětí, jimž zemřel vzdálený příbuzný nebo domácí zvíře.

#### 7.4.4 Religiozita

Některé studie (Speece, Brent, 1992; Anthony, Bhana, 1988–1989) ukazují, že v rodinách, kde byl přítomen spirituální akcent ve výchově a byl také kladen důraz na posmrtný život, děti lépe chápaly komponentu „pokračování života mimo tělo“, což se ovšem odrazilo na problematickém chápání „nevratnosti“.

Výzkum, který provedli Ens a Bond (2007), neprokázal vztah mezi religiozitou a strachem ze smrti u adolescentů ve věku 11 až 18 let a nebyl zde prokázán ani vztah mezi úzkostí ze smrti a zkušeností s ní.

Některé další práce poukazují na menší strach ze smrti u věřících lidí (Wink, Scott, 2005; Fortner, Neimeyer, 1999). Nalezneme ovšem i studie s opačnými výsledky. Matalon (1998) zjistila, že věřící židovští rodiče vykazovali vyšší míru úzkosti ze smrti než rodiče, kteří se k židovství nehlásili. Již zmiňovaní Wink a Scott (2005) zkoumali vztah mezi úzkostí ze smrti a praktikovanou vírou. Nejnížší úzkost vykazovali lidé, kteří praktikovali víru plně. Dále ovšem také lidé, kteří uvedli, že nevěří vůbec.

#### 7.4.5 Komunikace v rodině

Existují konkrétní studie, které se zaměřují na komunikaci s dětmi v situacích zármutku a truchlení (Willis, 2002; Goldman, 2004; Holland, 2004). Ta může významným způsobem ovlivnit průběh zármutku a případně zabránit nebo naopak podpořit problematické truchlení (Taročková, 1999).

Matalon (1998) zjistila pozitivní korelaci mezi otevřeností komunikace o smrti a rozvinutostí dětského konceptu smrti. Dále negativní vztah mezi otevřeností komunikace a rodičovskou úzkostí ze smrti. V jiných kontextech již tyto závěry byly výše prezentovány. Zajímavé je také zjištění, že nejsilnějším prediktorem rozvinutosti dětského konceptu smrti byla víra rodičů v posmrtný život. Závěry práce uvádí do souvislosti s možným vzděláváním dětí v oblasti smrti a umírání. O těchto možnostech pojednáme v následující kapitole.

Zajímavé jsou dále studie, které zjišťují představy dospělých o vývoji konceptu smrti u dětí. Velká většina dospělých uvádí přesvědčení, že děti na smrt nemyslí a že jí nerozumí. Podstatu smrti si začnou děti podle nich uvědomovat nejdříve v sedmi nebo osmi letech (Vianello, Lucamante, 1988). Zmínění autoři interpretují výsledek jako snahu dospělých vyhnout se obtížnému a emočně náročnému tématu. Tento výsledek je v souladu s klinickými studiemi Yaloma (2006, 2008). Paradoxní je, že strach ze smrti patří mezi velmi časté dětské strachy (Muris, Merckelbach, Meesters, Lier, 1997).

## 8 Existenciální pojetí smrti

*„Viděno z té lepší stránky, je smrt jednou z mála věcí, kterou lze realizovat pohodlně vleže.“*  
**Woody Allen**

Tomuto pojetí věnujeme samostatnou kapitolu z několika důvodů. Tím prvním je určitě zásadní odlišnost v uchopení tématu smrti v kontextu existenciální analýzy. Smrt zde představuje jedno ze stěžejních témat. Úzkost ze smrti je zde pojímána jako významný činitel vzniku psychopatologie.

Druhým důvodem je důraz na jedinečnost člověka a vliv životních situací, které mají charakter otřesu a které umožňují plné prožívání existence s důrazem na autentické bytí nebo mohou být zdrojem intenzivního traumatu. Tím je zde myšleno především fenomenologické uchopení tématu, které se v zásadě liší od objektivního uchopení skrze konstrukt, kterým je právě tzv. dospělý – objektivní koncept smrti.

### 8.1 Téma smrti u dětí v kontextu existenciální analýzy

Dítě se musí se smrtí vyrovnat už v raném dětství a potřebuje k tomu pomoc rodičů. Pokud smrt zasáhne do života dítěte příliš brzy, může to mít negativní vliv na jeho další utváření a přizpůsobení. Důležité jsou rovněž vnitřní zdroje dítěte (Adams, 1999; Yalom, 2006).

Freud (1991, 1994) se domníval, že tiché sexuální zvidání, zabývání se otázkou „odkud jdeme?“ je pro děti typické. Dle Yaloma (2006, 2008) existuje ovšem množství důkazů, že rovněž otázka „kam směřujeme?“ intenzivně dětské myšlení zaměstnává.

Yalom (2006) je toho názoru, že u dítěte existuje správné načasování. Dítě, které je konfrontováno tvrdě se smrtí dříve, než si vytvořilo vhodné obrany, může být traumatizováno, což se v jeho následujícím životě může projevit různými formami maladaptace, které na sebe berou rozmanitou podobu psychopatologických reakcí.

K podobnému závěru došla již mnohem dříve Anthonyová (1939), která zkoumala pojetí smrti u dětí ve věku 5 až 10 let. Při výzkumu používala metodu doplňování příběhů. Tato autorka uvádí, že přibližně 50 % dětí se při doplňování příběhů odkazovalo na smrt, pohřby, vraždy nebo duchy. Rovněž přibližně 35 % dětí se při doplňování konkrétního příběhu o stárnutí vyjádřilo tak, že by raději zůstaly malé, což je v rozporu se všeobecně sdílenou představou, že děti se nemohou dočkat, až vyrostou a budou silné. Dle této autorky se děti smrtí zabývají vcelku brzy. Smrt je pro ně zdrojem úzkosti a obav.

Výzkum této problematiky je náročný a naráží hned na začátku na velmi silnou překážku, kterou popisuje Yalom (2006): pohled na mláďata téměř každého savčího druhu v člověku evokuje něhu a péči. Za těchto okolností je těžké jít proti biologickému proudu a vystavovat dítě pravdě o smrti – třeba prostřednictvím výzkumu.

Další překážka se týká toho, že dospělí lidé prožívají vcelku tísnivě okamžiky, kdy se děti (především vlastní) potýkají s myšlenkou na smrt. Těchto myšlenek se snažíme děti zbavit, ulevit jim. Děti mohou vnímat úzkost dospělého a na základě této indukce dochází k závěru, že je nezbytné obavy ze smrti potlačovat (Yalom, 2008).

Všeobecně se rodiče snaží strach dítěte utišit tím, že mu předloží nějakou formu popření. Tato forma popření může mít individuálně – jedinečnou charakteristiku vztahující se ke konkrétnímu dítěti a jeho rodičům. Nebo se může jednat o kulturně uznávaný mýtus o nesmrtelnosti s vazbou k určité konfesi. Navíc je nutno podotknout, že pokud rodič sám vytěšňuje myšlenky na smrt, nebude schopen dítěti odpovědět plnohodnotně, protože jeho vlastní představy o smrti mohou být dosti mlhavé. Takto se problém může generačně opakovat (Anthony, 1972; Kastenbaum, 2000). Erikson (1999) k tomu poznamenává, že pouze rodiče, kteří svou smrtelnost nemají zatíženou rigidním popíráním, mohou ve svých dětech indukovat pocit důvěry.

Pro praxi je rovněž užitečný postřeh, že právě přístup rodičů ke smrti je důležitý při utváření postojů dětí k této skutečnosti. Toto pozorování přináší některé důsledky pro léčbu umírajících pacientů. Jedním ze způsobů, jak realizovat smysl v životě do samotného konce, je pamatovat na to, jaký vzor člověk ukáže ostatním a jak si ostatní budou jeho poslední dny pamatovat (Frankl, 1996, 1997; Lukasová 2008).

Kleinová (1961) dochází k závěru, že již velmi malé děti mají úzký vztah ke smrti. Tento vztah předchází koncepčnímu uchopení, tak jak byl popisován výše v souvislosti s objektivním konceptem. Strach ze smrti je součástí raných životních prožitků malého dítěte. Kleinová strach ze smrti vnímá jako prvotní zdroj úzkosti. Dle jejího názoru existuje v nevědomí strach ze zničení života. Strach, že budu pohlcen – zničen, předchází všem ostatním obavám.

Eissler (1955) je podobného názoru. Myšlenky malého dítěte na sexualitu lze chápat jako odvozené vzhledem k dřívějšímu uvědomění si smrti. Zájem dítěte o rozmnožovací procesy je odvozený od dřívějšího krátkodobého zájmu o smrt, protože ten mu poskytuje obranu od naprostého zoufalství a bezmocnosti. Rozmnožování, a tudíž i předávání života je možno vnímat jako obranu a podobně lze pohlížet i na princip slasti.

Rovněž Anna Freudová (1960) se domnívala, že malé děti, bez ohledu na intelektové dispozice, chápou podstatu smrti. Tato autorka pracovala s malými dětmi, které zažily nálety na Londýn. Dále je nutno zmínit Ernu Furmanovou (1974), která pracovala s dětmi, jež přišly o rodiče. Ve své knize uvádí, že v průběhu druhého roku života dokážou děti v základu porozumět smrti, což může být úspěšeno dřívějším prožitkem, který dítěti umožní, aby si vytvořilo nezbytnou mentální kategorii.

Stejně tak Freudovo pojetí smrti se začalo radikálně měnit, když objevil existenci jevů, jež nebyly ovládány principem slasti – násilné sebevraždy, masochismus, sebe-mrzačení, potřeby trestu. Freud tedy došel k přesvědčení, že tyto jevy nelze pochopit a vysvětlit, aniž by byla vzata v potaz problematika smrti. Freud vnímal vztah mezi libidem (eros) a pudem smrti (thanatos). Viděl hluboký vztah mezi těmito skupinami instinktivních sil a dvěma základními biochemickými procesy lidského organismu – anabolismem a katabolismem. Můžeme k tomu snad přidat úvahu o přirozenosti dechu, který jako celek rovněž sestává z nádechu a výdechu.



V tomto novém pojetí, které vzniká spíše v závěru jeho profesního života, uvádí agresi do souvislosti právě s instinktem smrti. Pud smrti působí v lidském organismu od samého počátku a postupně jej přetváří v anorganický systém. Tento destruktivní pud (vlastně údělem člověka je stát se neživým) by se měl odvést od jeho prvotního účelu a namířit proti jiným organismům. Cílem tohoto pudu je tedy ničení. Tato koncepce dominovala ve Freudově myšlení v posledních letech jeho života a považoval ji za definitivní formulaci svých myšlenek. Nutno dodat, že mezi jeho stoupenci příliš kladnou odezvu nevyvolala.

Jistou míru souhlasu můžeme objevit u Karen Horneyové, která se domnívala, že nepřátelskost a agresivita dětí jsou přímo úměrné tomu, do jaké míry má dítě pocit, že je ohroženo jeho přežití (Freud, 1997, 1999; Horney, 2000; Plháková, 2003).

Grof (2000, 2007, 2009) v řadě svých knih hovoří o tom, že porod představuje potencionálně život ohrožující situaci. Tuto myšlenku hájil rovněž Otto Rank, který patřil k prvním žákům Freuda. Téměř dvacet let byl jeho blízkým spolupracovníkem, poté však přišel s vlastní teorií porodního traumatu, kvůli níž odešel z psychoanalytického kruhu ve Vídni a přesídlil do Paříže (Plháková, 2006).

Dle Grofa (2009) se dítě v situaci porodu vlastně takto poprvé setkává se smrtí. „Umírá jako vodní bytost“ a proměňuje se v organismus radikálně odlišný. Porod je zpravidla první velkou život ohrožující situací.

Dítě vstupuje do jiného vztahu s matkou a posléze i celým světem. Tím je vytvořena hluboká spojnice mezi narozením a smrtí. Míra emočního a tělesného stresu, kterému je dítě při porodu vystaveno, zcela jistě převyšuje míru stresu spojeného s jakýmkoli postnatálním traumatem v raném i pozdějším dětství.

Výjimkou mohou být samozřejmě různé extrémní formy týrání a zanedbávání právě narozených dětí. Základním zdrojem úzkosti je prvotní situace ohrožení existence – tedy porod (Grof, 2009).

Mimo tuto teorii porodního traumatu vlastně Yalom (2006, 2008) hájí stejnou myšlenku. Smrt je primárním zdrojem úzkosti v životě člověka. Můžeme tedy spekulovat, že tato primární úzkost vzniká při porodu, který je život ohrožující jak pro dítě, tak pro matku.

Tato primární úzkost může být rovněž emočně tělesným prožitkovým korelátém, který je vlastní všem živým organismům, pokud mají vůbec zůstat na živu a v ohrožujících situacích tedy bojují o sebezáchovu.

Rovněž Winnicott (1991) má obdobný pohled na věc. Dle jeho názoru ve chvíli normálního porodního termínu je už v děloze matky normální lidská bytost, schopná prožívat zážitky a hromadit tělesné vzpomínky a dokonce organizovat obranná opatření k vyrovnání se s traumaty. Winnicott rovněž ve vzpomínce na Freuda uvádí, že zakladatel psychoanalýzy poznamenal, že model úzkosti by měl být určen osobním zážitkem narození. Winnicott rovněž zmiňuje, že Freud spekuloval o tom, jak si každý člověk uchovává tělesné vzpomínky vlastního porodního procesu.

Paralelu k tomuto tématu nacházíme (kromě Yaloma) i v dílech dalších existenciálních analytiků. Längle (2007) spojuje prožívání úzkosti s nebezpečím, s tělesným ohrožením. Úzkost nám zprostředkovává nesmazatelnou zkušenost útoku na vlastní bytí,

ukazuje nám, že jsme zranitelní, že můžeme zemřít. V pozdějším věku lze situace ohrožení identifikovat nikoli pouze s bytím, se životem, ale rovněž se sebepojetím. Takto posléze vzniká základna anticipační úzkosti (Mohapl, 1988, 1992; Frankl, 1996, 1997; Längle, 2002).

## 8.2 Stadia poznání

Yalom (2006, 2008) se domnívá, že dítě již v raném věku objeví smrt, je tímto objevem a prožitkem první úzkosti zaskočeno a musí se s ní vyrovnat. Při formulaci této myšlenky vychází z výzkumu Alexandra a Adlersteina (1958). Oba zmínění autoři testovali kožní galvanickou reakci, kterou lze považovat za fyziologickou míru úzkosti. Zkoumali děti ve věku 5 až 16 let, kterým administrovali slova týkající se smrti. Tato slova byla rozptýlena mezi jinými – neutrálními výrazy.

Děti rozdělili do tří skupin:

1. 5 až 8 let
2. 9 až 12 let
3. 13 až 16 let

Výsledky ukázaly, že děti v první a třetí skupině měly na slova související se smrtí mnohem větší emoční reakce než děti, které badatelé z hlediska věku zařadili do skupiny druhé. Autoři interpretovali výsledky v tom znění, že věk 9 až 12 let (latence) je vlídné období, ve kterém jsou děti příliš zaujaty pravidelným během života a jeho průvodními radostmi, než aby se zabývaly smrtí.

Yalom (2008) uvažuje tak, že v útlém věku si děti nemohou nevšimnout záblesků smrtelnosti, které je obklopují – uschlé listí, mrtvá zvířata, hmyz, mizející prarodiče, truchlící rodiče, hřbitovy. V souvislosti s tímto se objevuje již zmíněná úzkost. Pokud ji dítě dokáže otevřeně vyjádřit, rodiče často znejistí a nabídnou rychle slova útěchy.

Strach ze smrti se stáhne do pozadí v tzv. období latence, které lze vymezit právě mezi 9. až 12. rokem. S nástupem puberty a adolescence je potom úzkost ze smrti pocíťována opět v plné síle. Dospívající jsou smrtí velmi zaujatí a v rámci denního snění se ve fantazii často objevují témata sebevraždy či vlastního pohřbu. Dnes mohou mnozí dospívající reagovat na úzkost tak, že hrají násilné hry na počítači a v nich se úzkosti zbavují společensky přijatelným způsobem. Dospívající rovněž rádi sledují akční filmy a horory, rádi podstupují troufalé riziko adrenalinových aktivit. Dospívající se také často dopouštějí různých antisociálních aktivit.

V pozdějším věku jsou adolescentní obavy ze smrti opět odsunuty stranou díky náležitým životním úkolům – kariéra a rodina. Zhruba o tři desítky let později propuká krize středního věku – děti opouštějí domov, člověk může vnímat hraniční body svého kariérového růstu a v plné síle se může znovu objevit úzkost ze smrti. Od tohoto okamžiku se obavy ze smrti z vědomí člověka již nevzdálí nikdy natrvalo (Yalom, 2006).

Yalom (2008) se domnívá, že dítě při uvědomování smrti prochází nárazovým procesem. Zpravidla poznává příliš mnoho a příliš brzy a pak hledá způsoby, jak toto poznání zvládnout. Obrany proti tomuto uvědomění jsou založeny na popření. V pojmu popření je obsažena existence předchozí vědomosti, protože člověk může popřít jen to, co je mu již známé.

Běžné útěchy, které děti slyší, pokud vysloví přímo obavy ze smrti, se týkají popření. Jedná se o výroky typu: „Mladí neumírají, smrt se týká pouze starých lidí a stáří je nyní velmi daleko.“ Smrt je tak dospělými odsunuta mimo dětskou představivost do stáří.

Rovněž je nutno počítat s úzkostí rodičů, která poznání dětí o smrti a jejich vztah k ní modifikuje. Rodiče mají spíše tendenci se konverzaci s dětmi o smrti a umírání vyhýbat. Samotná úzkost rodičů bude ovlivňovat jejich schopnost vysvětlit dětem, co smrt znamená, nebo poskytovat oporu při zvládnutí emocí, které téma smrti vyvolává (Tomer, 1992; Fortner, Neimeyer, 1999; Abdel – Khalek, 2002).

Smrt bývá rovněž personifikována. V rámci personifikace dítě rekapituluje kulturní evoluci. Každé preliterární – přírodní etnikum antropomorfizuje přírodní síly ve snaze získat nad vlastním osudem větší podíl kontroly (Soukup, 2000, 2004).

Yalom (2006) píše rovněž o tzv. výsměchu smrti. Starší dítě ve věku devíti až desíti let se snaží potvrdit svou životaschopnost, čímž zmírňuje strach ze smrti. V tomto věku se děti smrti často vysmívají a tropí si z ní žerty. Mnoho dětí, zejména chlapců, vyvádí lehkomyšlné lumpárny. Je docela dobře možné, že v některém delikventním chování dospívajících se může odrážet tato přetrvávající obrana proti úzkosti ze smrti.

Nagyová (1948) je toho názoru, že dítě považuje smrt za dočasnou, nebo ji zcela popírá – srovnává ji s odchodem nebo se spánkem. Děti často kladou rovnítko mezi spánek a smrt. Stav spánku je pro nás tou nejbližší zkušeností ke stavu nebytí a zároveň tedy jedinou dostupnou představou pro to, co znamená být mrtvý.

V řecké mytologii smrt (Thanatos) a spánek (Hypnos) byla dvojčata (Bailey, 2006; Yalom, 2008). Yalom (2006) dále uvádí, že toto symbolické spojení se ukazuje v klinické praxi cenným explanačním modelem pro terapii poruch spánku. Strach ze smrti může být důležitým faktorem při nespavosti jak u dospělých, tak u dětí.

### 8.3 Dvě základní obrany proti smrti

Dítě má proti strachu ze smrti v lepším případě dvě základní obrany, které se formují na samém začátku života. Jedná se o víru ve vlastní výjimečnost (neporušitelnost) a víru v existenci osobního, absolutního zachránce. Tyto obrany jsou vytvářeny díky rodičovské péči či náboženské výchově (je možná samozřejmě kombinace obojího) a jsou rovněž opřeny o rané životní zkušenosti dítěte (Yalom, 2006, 2008). V souladu s existencí základních náboženských systémů lze rovněž konstatovat, že každý systém víry má tyto dvě obrany obsaženy v ideovém základu nauky (Říčan, 2007).

Víra v jedinečnost (výjimečnost – neporušitelnost) a absolutního zachránce slouží dobře rozvíjejícímu se dítěti pro vytvoření si bazální důvěry ke světu. První základní motivací je vyrovnat se s bytím a jeho ohrožením. Tato motivace je tedy podstatná pro

porozumění základní úzkosti a zážitkům, které jdou proti ní, které mohou snad odkazovat k porodnímu traumatu, a tedy i k první situaci ohrožení života. Pojetí základních obran jsme v textu již přiblížili v předchozích kapitolách (Erikson, 1995; Längle, 2007; Grof, 2009).

V závěru lze konstatovat, že:

1. Když se badatelé rozhodnout tuto oblast dětského prožívání zkoumat, zjistí, že se děti smrti zabývají hodně. Obavy dětí ze smrti jsou časté a mají vliv na jejich prožívání světa. Badatelé, kteří zkoumali (Anthony, 1972) velmi malé děti, téměř jednoznačně docházejí k závěru, že děti mají hodně co do činění se smrtí. Teoretická námitka, kterou formulovali například Piaget (2007) a Vymětal (2003), že dítě mladší osmi až deseti let nemůže rozumět abstraktním pojmům, je extrémním zjednodušením, protože dle Yaloma (2008) přece existuje jisté kontinuum mezi „žádné porozumění“ a „plné abstraktní uchopení“. Existuje jistě mnoho způsobů, jak může dětská mysl vstoupit do vztahu s tímto tématem, a to prostřednictvím přímé či nepřímé zkušenosti (úmrtí v rodině, úmrtí zvířete, nalezení mrtvého zvířete při hře, televize, zvadlá květina). Navíc je možno předpokládat, že zkušenosti není zapotřebí, protože každý z nás má intuitivní poznání smrti (Scheler, 2003).
2. Obavy začínají dříve, než se všeobecně předpokládá, tedy dříve před rozvojem abstrakce.
3. V uvědomování si smrti a v postupech, které děti používají při vyrovnávání se s tímto faktem, procházejí uspořádanou řadou stadií.
4. Dítě se propracovává k pochopení smrti za optimálních okolností po malých krocích. Tak jak získává zkušenost se svým tělem a s mrtvými zvířaty, jak si osvojuje jazyk a kulturu.
5. Adaptační strategie dětí, vzhledem k tématu smrti, jsou vždy založeny na nějaké formě popření.
6. Strach ze smrti patří mezi časté dětské strachy. Muris, Merckelbach, Meesters, Lier (1997) zjišťovali četnost nejruznějších strachů a obav na souboru 394 dětí ve věku 7 až 12 let. Ve výsledcích tohoto výzkumu figurovala smrt na předních pozicích.
7. Úzkost rodičů a jejich vztah, emoční reakce spojené se smrtí se budou přenášet na děti a promítnou se zjevně ve výchovném působení (Matalon, 1998).

## 9 Umírání a smrt v historické perspektivě

*„Zachovejme klid, neboť za sto let to všechno bude jedno.“*

**R. W. Emerson**

Smrt znepokojuje člověka svou nezměnitelnou neodvratností na straně jedné a samozřejmě i nejistým načasováním na straně druhé. Zdravý, mladý člověk myšlenku na smrt zpravidla potlačuje a vytěsňuje. Smrt mu připadá jako něco vzdáleného, co se jej momentálně netýká (Konečný, Bouchal, 1979; Grof, 2009).

Umírání a smrt jsou pro každého člověka bezesporu významným zážitkem. Je to základní jistota, kterou máme, je to univerzální zkušenost kterou každý z nás podstupí. V průběhu života odcházejí naši blízcí, až nakonec i my sami staneme tváří v tvář vlastnímu biologickému zániku (Grof, 2009). Lidský život je vymezen zrozením a smrtí. Před a po je sféra, kterou nemůžeme běžnou zkušeností uchopit. Člověk nemůže volit své zrození, nemůže volit svoji nesmrtelnost. Smrt je něco, co je naprosto skutečné (Haškovcová, 1975).

Ti, kteří očekávají svou smrt v dohledném čase, stejně jako jejich rodinní příslušníci, zcela pochopitelně hledají informace a poznatky, jak tu stejnou situaci prožívali a jak se s ní vyrovnávali jiní lidé (Haškovcová, 2007).

V minulosti se setkával člověk s umíráním tváří v tvář. Tato osobní konfrontace mizí stále více. Je to způsobeno tím, že smrt se institucionalizuje (Raban, 2008). Řada podstatných skutečností, co se smrtí souvisí, je díky tomuto faktu předmětem tabu. To brání osvojit si alespoň základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících. Bez znalosti problematiky je pak konkrétní pomoc pouze iluzorním přáním (Haškovcová 2010).

Je zarážející, že až do konce 60. let 20. století nejevila západní průmyslová společnost o téma smrti a umírání téměř žádný zájem. Tento postoj byl typický jak pro širokou veřejnost, tak pro akademickou obec – lékaře, psychiatry, psychology (Yalom, 2006, 2008; Raban, 2008; Grof, 2009).

### 9.1 Umírání a smrt v minulosti a současnosti

Lze konstatovat, že v preindustriálním období se ke smrti a umírání přistupovalo odlišně. Smrt lidskou představivost uchvacovala již od dob prastarých kultur a stávala se inspirací mnoha jejich uměleckých či architektonických děl (Bailey, 2006). Společným jmenovatelem řady pohřebních obřadů u přírodních národů je jejich nezlomná víra v posmrtný život a zároveň ambivalentní postoj k mrtvým. Na jedné straně můžeme spatřit tendenci usnadnit zemřelým cestu do světa duchů a na straně druhé jim zabránit v návratu (Ariés, 2000; Soukup, 2000, 2004).

Již v úvodu této kapitoly bylo řečeno, že smrt se stala předmětem tabuizace. Dnešní technicky vyspělá medicína je charakteristická tím, že velmi intenzivně bojuje o ohrože-

ný život každého jednotlivce, což je samozřejmě skvělé a obdivuhodné. Vyspělé technologie vznikají proto, aby sloužily svým uživatelům, ale uživatelé jsou většinou nakonec nuceni přehodnotit vlastní cíle právě kvůli moderním technologiím, které díky svému působení otevírají otázky, na které lidé původně nebyli, a ani nemohli být připraveni (Cassel, 2000).

Ve snaze nedovolit smrti vítězit ji dnešní lékařská věda tabuizovala. Smrt se do našeho pojetí života v euroamerické kultuře dá začlenit obtížně. Pro dnešního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně, co nejšťastněji (Postman, 2010). Stejně samozřejmé je spoléhání na mocnou medicínu, která v současnosti umí skutečné zázraky. V takovémto kontextu je však velmi obtížné zemřít. Na této skutečnosti nemění nic ani fakt, že svou smrtelnost dovedeme na racionální rovině přijmout – každý dospělý člověk ví, že jednou zemře. Jenže je zde právě to „jednou“. Současná ustálená představa je taková, že smrt by měla přijít nejen na konci dlouhé a řekněme úspěšné cesty životem, ale také optimálním způsobem: rychle, bezbolestně a s pomocí profesionálů, kteří vědí, jak na to (Haškovcová, 2007).

Fenomén tabuizované smrti se po druhé světové válce stává obecným jevem. Stalo se to, co se v kontextu vyspělých ekonomik a vítězné medicíny stát muselo (Haškovcová, 2001). Smrt je vnímána jako nutný, ale nepatřičný fenomén, který se vlastně nehodí do světa ovládaného vědou, technikou, médií a zábavou (Postman, 2010).

V postmoderní době se dá těžko mluvit o trendu. Přesto mediální image života je orientováno na mládí, sex, úspěch. Navíc v pokřivené, většinou nereálné podobě. Smrt je skrývána, je vhodné o ní mlčet, popřípadě ji představit v podobě mediálně vděčné zprávy o tragédii (Bělohradský, 1997).

Taktika strkání hlavy do písku je jistě možná, ale pravidelně selhává tehdy, pokud smrt udeří někde blízko. Když onemocní a umírá někdo nám drahý, když zdravotník opakovaně zažívá konfrontaci s umírajícím. V takovýchto situacích není možné a ani účelné smrt zakrývat (Haškovcová, 2001).

Akcentovaný strach ze smrti vedoucí až k současnému stavu se rodí v 19. století. Díky zmíněnému pokroku vědy lidstvo začíná nad smrtí vítězit. Prodlužuje se délka života, smrt už není na očích tak jako kdysi. Předmětem zájmu se stává život. Život se díky rozvoji výrobních sil zrychlil a zrychlují se také pohřební rituály. Když zemře člověk, je stále rychleji pohřbíván, stále méně lidí se pohřbu účastní. Na smrt není čas. Koncem 19. století se začíná hovořit o komercializaci smrti – „americká cesta ke smrti“. Pohřební rituál se stává předmětem byznysu. Dřívější nákladné, výpravné pohřby – pohřební průvod, vůz tažený koňmi, průvod příbuzných a známých. To vše je zkráceno, urychleno. Koně nahrazuje automobil, pohřební rituál i obřad se zkracuje. Černé šaty jako symbol smutku jsou viděny na pohřbu pak už jen výjimečně. Zármutek nad ztrátou se nezvnějšňuje. Není registrován okolím. A tak prostě není. Není nic, co by připomínalo smrt. Smrt ztrácí charakter přirozenosti, který měla dříve (Ariés, 2000).

Ve století dvacátém se v průmyslových a technicky nejvyspělejších oblastech západního světa objevil naprosto nový způsob umírání. Tento trend má dvě základní charakteristiky. První je naprostá novost, protiklad ke všem předchozím způsobům umírání. Společnost vyhnala smrt, kromě smrti důležitých státních činitelů a jiných významných

osob. Ve městě většinou nepoznáte, že někdo zemřel. Někdejší černostříbrný pohřební vůz se proměnil ve všední limuzínu, kterou v hustém městském provozu téměř nikdo nepostřehne. Pohřeb už nemá šanci společnost zastavit, zpomalit. Smrt jednotlivce už nenaruší její běh. Život ve městech plyne tak, jakoby nikdo neumíral (Ariés, 2000; Grof, 2009).

Tou druhou charakteristikou nebo rysem je fakt rychlé změny. Záležitosti týkající se smrti se měnily neustále, avšak velmi pomalu. Vypadá to, že v dnešní době došlo k hlubokému převratu za života jediné generace. Změna byla velmi rychlá, můžeme říci bezohledná, a lidé si ji uvědomili. Jevy, o nichž v minulosti nikdo příliš nepřemýšlel, jsou najednou všeobecně známé a diskutuje se o nich, stávají se námětem pro knihy, sociologická šetření, televizní pořady, lékařské a právnické diskuze. Lidé vyhnali smrt a ona se k nim velmi rychle vrátila (Ariés, 2000).

Člověk dnes už většinou neumírá doma. Umírá v instituci tomu určené. V instituci vládne praktikismus a profesionalita. Smrt je vnímána jako prohra. Přesto je s ní potřeba se vyrovnat. Nejjednodušším způsobem je cesta izolace. Zvyk izolovat umírajícího se datuje od počátku třicátých let minulého století (Haškovcová, 2007).

Tehdy vládlo přesvědčení, že takovýto postup je správný a humánní. Dnes se ukazuje, že to není pravda, umírající svou situaci prožívá, nechce být sám, touží po přítomnosti druhého člověka. Co se týče odborných vědomostí, je na tom medicína daleko lépe než dříve. K umírajícímu přichází profesionál s nemalou, ale vesměs neosobní pomocí (Haškovcová, 2001).

Lidé umírají jiným způsobem než kdysi – na jiných místech v jiném životním čase. Historicky vzato o nemocné a umírající pečovala především rodina. Postava lékaře vstupuje na scénu domácího ošetřování umírajícího relativně pozdě, tj. až v 18. století. Je nutno pominout bohaté či jinak privilegované jedince (Ariés, 2000).

Umírání doma mělo po staletí stejný scénář, každý věděl, jaká je jeho role. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo samozřejmé, samozřejmá byla i smrt. Většina zúčastněných přijímala roli pečujícího bez reptání. I umírající věděl, co se bude dít, až přijde čas. Vždyť i on sehrál ve svém životě nejednou roli doprovázejícího. A samozřejmě také věděl, že se do podobné situace jednou dostane sám. Lidé se takto učili nejen o umírající pečovat, ale také chápali, co je to umírání a smrt zblízka. Už dítě se nejen učilo akceptovat smrt, ale i poznávat detailně roli, kterou bude opakovaně hrát jako osoba doprovázející a pomáhající a jedinkrát jako osoba umírající (Kupka, 2008; 2008).

Člověk nebyl nejistý ve svém chování vůči umírajícímu. Životem školený jedinec zvládal to, co bychom dnes pojmenovali adekvátním psychologickým přístupem k umírajícímu. Není pochyb o tom, že člověk se smrti bál. Osobní zkušenost vedla k poznání toho, jaké formy může umírání mít (Haškovcová, 2007).

Byla smrt dříve skutečně tak důstojná, jak se traduje? Nelze propadat omylu, ne všichni měli to štěstí zemřít ve své posteli v náručí svých blízkých. Umíralo se na ulici, pod mostem. Z předchozích řádků nutně vyplynulo, že péče o umírající byla především laická. Dlouhodobým a naléhavým problémem společnosti se stal úkol zajistit každému umírajícímu alespoň základní materiální zázemí a pokrýt nejdůležitější fyzické potřeby. Péče o nemocné a umírající se postupně ujímaly obce, šlechta, církve. Historický vývoj

chudobinců, chorobinců, špitálů, pastoušek dobře ilustruje snahy o vznik funkční a dostupné sítě pomoci potřebným lidem. Tendence k systémové změně jsou zřetelné už od středověku (Ariés, 2000; Haškovcová, 2001).

Dnes rozumíme pojmu důstojná smrt jinak než dříve. Závěr života bez velkých bolestí, bio-psycho-sociální komfort. Dovedeme dnes zajistit teplou postel, jídlo, léky tlumící bolesti. A zase nejsme spokojeni. U lůžka umírajícího bude stát neznámý profesionál nebo člen rodiny, který neví, co má dělat. Profesionální zdravotník má povinnost udělat v biosociální úrovni pro umírajícího mnohé. Není však v jeho silách zajistit každému umírajícímu komfort psychický. Je však v jeho silách zajistit podmínky a vytvořit tak prostor pro jeho naplnění (Haškovcová, 2007).

Syntéza moderních poznatků medicíny spolu s prostorem pro účast příbuzných umírajícího se jeví jako možná cesta pro řešení tohoto problému. Tato snaha se v současném přístupu k umírajícím alespoň určitou formou realizuje skrze hospicové hnutí. O tomto trendu v péči o terminálně nemocné bude pojednáno později.

Smrt dříve nastávala většinou po ritualizovaném rozloučení. Umírající měl možnost předjímat svůj fyzický skon, mohl svolat příbuzné a přátele, rozloučit se, promluvit s knězem, přijmout poslední pomazání. Tyto ritualizované postupy jsou transkulturně typické, jejich hlavním cílem bylo pomoci umírajícímu přijmout snesitelným způsobem konec, dosáhnout řeckně smíření – vyrovnání (Kübler – Ross, 1975, 1992; Haškovcová, 2007). Důležité je rovněž zmínit, že skutečnost blížící se smrti nebyla umírajícímu zastírána. Jak píše Frankl (1996, 1997), pokud chceme něco změnit, musíme to nejprve přijmout, což platí i pro osudové události, které změnit nemůžeme. V takovémto případě můžeme projít osobní transformací – vlastní proměnou. Dále se budeme blíže věnovat problematice rituálu v souvislosti s umíráním; v obecné rovině tuto problematiku velmi dobře popsal Genep (1997).

## 9.2 Přejímové rituály a jejich vztah ke smrti a umírání

Genep (1997) uvádí, že tzv. přechodové rituály představují významný příklad společensky uznaných obřadů, které poskytovaly prožitkový nácvik umírání u starověkých civilizací a přírodních národů. Jejich hlavním účelem je změnit a přetvořit postavení jedince uvnitř vlastní kultury. Načasování připadá na dobu zásadních fyziologických a společenských změn, jako je například: narození dítěte, křest, dospívání, svatba, menopauza, umírání a pohřeb.

V euroamerické kultuře je v současnosti čas hlavních přechodů z jednoho životního období do dalšího spojen obvykle s negativním hodnocením. Určitě to platí o dospívání, středním věku, staří a samozřejmě i o umírání a smrti. Dokonce i porod dostává v naší kultuře mírně zápornou nálepku. Rodička je degradována do role pacientky a porodit odchází do nemocnice. Staří lidé jsou rovněž vnímáni jako přítěž a umírání jako ekonomické a společenské břemeno (Haškovcová, 2010; Grof, 2009).



### 9.2.1 Fáze přechodových rituálů

Gennep (1997) si povšiml, že ve všech kulturách, které studoval, obřady přechodu vykazují podobný algoritmus, jenž lze rozčlenit do tří kroků: odloučení, přechod a začlenění v jiném kontextu. Díky nim lidé dosahují nového statusu ve společnosti (Soukup, 2004).

1. Odloučení: zasvěcované osoby jsou vyděleny ze společnosti od rodiny, klanu, ostatních členů kmene. Odloučení může být úplné, sdílené či symbolické. Jedná se o nacházení se ve stavu hraniční prázdnoty. Obvyklá reakce zasvěcovaných je hluboký žal provázený nejistotou a obavami. V tomto okamžiku dochází k poučení kompetentními osobami – šamanem, stařešinou kmene, radou starších, lidmi s podobnou zkušeností apod. Toto poučení je přípravou na následující fázi. Většinou akcentuje nadčasový charakter prožitku, univerzálnost a smysl rituálu, redukuje úzkost a nejistotu.
2. Přechod (pomezí): intelektuální poučení první fáze je nyní nahrazeno přímým zážitkem, který je evokován konkrétními postupy. Jedinci nacházející se v této fázi unikají klasifikační síti, která za běžných okolností vymezuje jejich status. Tato prahovost je často připodobňována ke smrti či návratu do lůna. Cílem je dosažení přímého prožitku, což umožní vhled do povahy následné skutečnosti a připraví adepta na další životní období a jeho úskalí.
3. Začlenění: Jedná se o začlenění do jiného kontextu vzhledem k nastávající fázi života. Jedinec prožije zánik své původní existence a vznik existence nové, vázané ovšem na jiný sociální rámec.

Z hlediska výše uvedeného lze v kontextu situace smrti a umírání pohlížet na přechodové rituály jako na adaptační mechanismus, který umožní zmírnit truchlení a zármutek při ztrátě blízkého člověka. Rovněž v některých kulturách existovaly přímo ritualizované postupy, jejichž cílem bylo zmírnit strach z fyzického zániku a smrti jako takové už za života. Jedinec, který podstoupil a přežil přesvědčivý zážitek osobního zničení, přesáhl ztotožnění se s vlastním tělem a egem, redukoval tím svůj strach ze smrti a získal nový postoj k životu. Příkladem mohou být tzv. Eleusinská mysteria, která se konala pravidelně bez přerušování každých pět let po dobu téměř dvou tisíciletí (Eliade, 2008; Grof, 2009).

Stejným způsobem může fungovat určitý postoj k životu, tak je popisován v dílech existenciálních analytiků a logoterapeutů. Postoj k životu, který je založen na sebeodstupu a sebetranscendenci, umožňuje prožívat vlastní činy jako smysluplné. Takovýto přístup k životu vede k desenzitizaci strachu z vlastního nebytí. Můžeme říci k silnější integritě, která vzniká paradoxně díky nezototožnění se člověka pouze s vlastním tělem a egem, ale s tím, co dotyčného přesahuje (Frankl, 1996, 1997; Lukasová, 1998; Erikson, 1999; Längle, 2002; Yalom, 2006).

Rovněž se ukazuje, že schopnost empatického porozumění je závislá na schopnosti osvobodit se od lpění na pojmech a představách osobní identity a místo toho si všimnout skutečných procesů změn v sobě samém a v druhém člověku (Frýba, 2008).



## 10 Paliativní péče

*„Každý den je malý život – každé probuzení a vstávání je malé narození, každé čerstvé jitro je malé mládí, každé uléhání a usínání je malá smrt.“*

*Arthur Schopenhauer*

Dá se říci, že paliativní péče neboli útěšná péče je jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín. Ještě v nedávné minulosti mohli lékaři jen zcela výjimečně postupovat u onemocnění kauzálně a léčba byla zaměřena především na zmírnění obtíží nemocného. V současnosti je výuka lékařů a sester často zaměřena na technologicky pojatou medicínu využívající komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a léčebné postupy. Jedná se o orientaci na jednoznačný cíl a tím je uzdravení nemocného. Jiná možnost je pak automaticky považována za neúspěch či selhání. V popředí tedy stojí snaha o tzv. „vítězskou medicínu“ (Vorlíček, Adam, 1998).

Pro technicky vyspělou medicínu je charakteristické, že bojuje o ohrožený život každého jedince. Pro dnešního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně a šťastně. Stejně samozřejmé je spoléhání na medicínu, která, pokud je naše očekávání narušeno, umí pomoci. V takovém kontextu je však vrcholně nesamozřejmé a obtížné zemřít. Každá individuální smrt se zdá být předčasná a nespravedlivá. Lékaři (a je to zcela pochopitelné) nelibě snášejí limity svých dovedností a rodiny nevyléčitelně nemocných, umírajících jsou konfrontovány s faktem, že nelze kdekoli a kdykoli nad nemocí zvítězit (Haškovcová, 2010).

Péče o nevyléčitelně nemocné – chronicky nemocné a pacienty v terminální fázi života – stojí ve stínu „vítězné medicíny“. Nebývá v popředí širšího zájmu. Přitom je nepochybné, že výše zmíněných pacientů je většina a potřebují lékařskou, ošetrovatelskou, potažmo samozřejmě psychologickou péči nejvíce. Hlavním cílem paliativní léčby je tedy zlepšení kvality života nevyléčitelně nemocných lidí, a to jak po stránce tělesné, tak duševní, sociální i duchovní. Jedná se tedy o komplexní bio – psycho – sociálně – spirituální přístup. Péče je vedena interdisciplinárně, podílejí se na ní lékaři různých specializací, zdravotní a dietní sestry, dále také sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psychiatr, psycholog, duchovní. Výrazný podíl mají také členové rodiny pacienta, přátelé a dobrovolníci (Vorlíček, Adam, 1998).

Stále existuje řada chorob, které neumíme léčit kauzálním způsobem a jejichž terapie je od počátku paliativní. Paliativní léčbu používají všechny obory lékařství. V dnešní době je poskytována především pacientům s nádory (Jakoubková, 1998).

Bylo by mylné se domnívat, že paliativní péče znamená omezení, zmenšení či zjednodušení léčby v případě, když přestane být naděje na uzdravení nemocného, a že se dotýká jen menší části pacientů. Pravý stav věcí je takový, že například u onkologicky nemocných pacientů s maligními chorobami je paliativní péče poskytována v 75 % případů.

Paliativní péče je primárně zaměřena na chronicky nemocné pacienty. Tím je myšleno, že se jedná o onemocnění, která se nedají vyléčit. U nevyлéčitelně nemocných je primární snahou zmírnit až odstranit obtíže pacienta. Intenzita paliace je modifikována tak, aby se jejími nežádoucími účinky nezhoršil celkový stav nemocného (Jakoubková, 1998).

Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- Podporuje život a považuje umírání za normální proces
- Ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- Začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- Vytváří podpurný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti (Haškovcová, 2007).

Pokud pomineme tělesné obtíže, můžeme říci, že každé chronické onemocnění traumatizuje svého nositele i psychicky a sociálně, proto integrální součástí paliativní péče je samozřejmě psychoterapie s cílem zlepšení kvality života po všech stránkách (Vorlíček, Adam, 1998).

Ačkoli se paliace snaží především o zmírnění symptomů, nelze ji ztotožňovat čistě s léčbou symptomatickou. Symptomatická léčba je integrální součástí paliativní medicíny. Je zaměřena na pacienty v terminálním stadiu, kdy jakákoliv jiná forma péče nemůže přinést příznivý efekt a je kontraindikována, protože svými nežádoucími účinky by dále zhoršovala kvalitu života člověka. V symptomatické péči je kladen důraz především na dokonalou terapii bolesti (Pacovský, 1981).

Péče o terminálně nemocné je v ČR zajišťována formou lůžkovou, ambulantní a domácí. Do lůžkových zařízení patří především LDN – léčebny dlouhodobě nemocných, hospice formou budov. V současnosti je poskytována rovněž domácí hospicová péče. Ambulantní péče o terminálně nemocné je zajišťována obvodním lékařem, domácí péčí nebo pečovatelskou službou či přidruženým stacionářem hospice (Jakoubková, 1998; Svatošová, 1999).

## 10.1 Definice paliativní medicíny

Jak už to bývá, naprosto uspokojivá definice nějakého problému neexistuje. Stejně je tomu tak i s pokusy definovat paliativní medicínu či paliativní péči. V USA se termín „hospice“ často používá pro paliativní péči, ale mnoho lidí si pod pojmem hospice představují budovu nebo instituci, kde je nemocný umístěn. Uvedme nyní pro ilustraci několik definic paliativní medicíny:

1. Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezena a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. (*Velká Británie*)

2. Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. (WHO)
3. Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči o umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé – bereavement. (*National Hospice Organisation USA*)

Definice obsahují všechny aspekty péče, lékařské i nelékařské, pro nemocného i jeho rodinu, a to trvale po dobu nemoci. Jinými slovy, paliativní péče může být popsána jako celková totální léčba a péče. Je zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému, ať už je péče poskytována v hospici, nemocnici nebo doma. Definice se nezmiňují o terminální péči nebo o péči o umírající, protože principy a praktická aplikace paliativní péče by měly být používány i před konečnými dny či týdny nemocného. Léčba nemocných v terminálním stavu a péče o umírající jsou dvě tváře či stadia pokračující paliativní léčby a péče, která celkově často trvá dlouhé měsíce (Vorlíček, Adam, 1998).



## 11 Psychické vyrovnávání se s terminálním onemocněním

*„Milióny lidí touží po nesmrtelnosti a přitom nevědí, co mají dělat, když v neděli odpoledne prší.“*

*Susan Ertz*

Již velmi dlouhou dobu se věnuje pozornost psychickým problémům nevyлéčitelně nemocných. Pokud se má jedinec vyrovnat s faktem nevyлéčitelného onemocnění a nadcházející smrti, musí urazit dlouhou cestu. Tato cesta je charakterizována několika stadii, můžeme také říci reakcemi na náhlou změnu, kterou nevyлéčitelná choroba do života člověka přináší (Křivohlavý, 1985, 2002; Vymětal, 2003).

Při setkání s fatálně závažnou informací (sdělení terminální diagnózy) může jedinec na čas ignorovat důsledky z ní vyplývající. Může se chovat tak, jakoby stále byl úplně zdravý, plný síly. Může také začít zoufale navštěvovat jednoho lékaře za druhým, obracet se k alternativním způsobům léčby. Může sám sebe začít přesvědčovat, že jeho diagnóza byla stanovena chybně. Často má jedinec v takovéto situaci dojem, že by měl chránit své blízké před skutečností (Vymětal, 2003).

Dříve nebo později bude ovšem muset svou pozici akceptovat se všemi důsledky. Stane takto tváří v tvář realitě, která v něm probudí zlobu a ta je doprovázena většinou myšlenkami, které můžeme shrnout do věty: „Proč právě já?!“ Nyní je velmi důležité, aby lidé, kteří v této chvíli přicházejí s dotyčným člověkem do těsnějšího kontaktu, nechápali jeho agresivní projevy jako něco osobně zaměřeného. Tím mu pomůžeme projít touto fází.

Umírající člověk pak může dospět do stadia, kdy začíná smlouvat. Sám se sebou, Bohem, osudem, životem. Člověk může slibovat, že pokud bude zachráněn, bude žít lépe, udělá něco pro všeobecné dobro. Další možností je prosté smlouvání o čas, kterého je potřeba k dokončení důležitých záležitostí – výchova a zaopatření dětí, splnění úkolu (Křivohlavý, 2002).

Poté se jedinec dostane teprve ke skutečnému uvědomění si svého stavu, uvědomí si, že toto vše se skutečně děje jemu a ne někomu jinému. Člověk začíná chápat, co všechno ztrácí. Přichází velmi silná psychická bolest, ztráta zájmu o vnější svět, přestávají ho zajímat venkovní události, začíná ztrácet zájem o kontakt s ostatními, chce vidět stále méně a méně lidí. Stav toho silného smutku je velmi důležitý. Pokud mu v tomto zármutku není bráněno a pokud zejména jeho blízcí najdou dost sil dát mu volný průběh, neuzavrou se před ním, jen potom může terminálně nemocný dojít smíření s vlastním osudem, dojít k akceptaci, klidu (Kübler – Ross, 1992).

Základní členění průběhu přizpůsobování se faktu nevyлéčitelného onemocnění lze vyjádřit pomocí několika následujících stadií. Autorkou tohoto členění je Elisabeth Kübler Rossová, která v něm shrnula výpovědi 450 terminálně nemocných. Jednotlivá stadia prožívání onemocnění byla formulována takto:

1. **Zjištění nemoci.** Jedná se o období šoku; takto definovala toto stadium řada jejich předchůdců. Toto období je většinou dlouhé několik dnů. Nemocný není schopen pochopit, že taková událost potkala právě jeho, proč právě jeho, proč nepřišla později.
2. **Popření a stažení se do izolace.** Toto stadium bývá výrazné zvláště u těch jedinců, kteří v průběhu svého onemocnění nezakoušejí nepříjemné pocity – mají minimum obtíží, žádné bolesti atd. Zdá se jim velmi málo pravděpodobné, že tak závažné onemocnění, které u nich diagnostikoval lékař, by mohlo být provázeno tak nepatrnými nebo doposud vůbec žádnými příznaky. Převážně až 20% nemocných po dobu 14 dnů popírá, že by jim diagnózu někdo sdělil. Lidé se domnívají, že jde o omyl, který se nějakým způsobem nakonec vysvětlí. Jak již bylo napsáno výše, lidé se také snaží diagnózu ověřit jinde, takže navštíví i jiné lékaře.
3. **Období zloby, hněvu či agrese.** Jde především o agresivní a hostilní chování, které je zaměřeno vůči okolí. Může se jednat o projevy závisti zdraví jiných osob – rodinní příslušníci, zdravotníci. Časté jsou stížnosti, které se týkají naprostých banalit – bílá káva místo černé, málo oslazený čaj. Důležité je za těmito projevy vidět prožívanou životní krizi, úzkost, zoufalství umírajícího člověka a vystupňovaný pocit nespravedlnosti či krivdy.
4. **Období smlouvání.** Nemocný začíná smlouvat o čas. Často se ptá na názor lékaře, zda má šanci dožít se pro něj osobně nějak významné životní události. Toto je racionální rovina tohoto stadia. Na úrovni iracionální se jedná o regresi do dětství. Nemocný může hledat domnělé viny, kterých se dopustil. Slibuje, že pokud se uzdraví, vše odčiní. Chápe nemoc jako zlo, které bylo něčím zaviněno, že si je zasloužil, že je to trest za provinění. Často dochází k situacím, kdy pacient vyhledává alternativní způsoby léčby. Může konvertovat k víře atd.
5. **Deprese.** Také v této fázi přetrvávají iracionální pocity provinění, které jsou ovšem postupně nahrazovány plným uvědoměním si ztráty všech dosavadních životních hodnot. Člověk by v umírání neměl zůstat sám a opuštěn. To platí obecně vždy, tedy ve všech zmíněných etapách. V období deprese to platí tím více. Spoluúčast s nemocným může být častěji projevována nonverbálními způsoby. Zvláště je důležité, aby blízcí umírajícího i zdravotníci dokázali dát v projevení tohoto smutku volnost. Bez této možnosti nemůže umírající dojít do stadia posledního.
6. **Akceptace skutečnosti.** Nemocný se na své cestě dostal až k poznání pravého stavu věcí a smířil se s ním. Pacienti, kteří dospějí k vnitřnímu vyrovnání, do stadia akceptace, působí dobře patrným dojmem vyrovnanosti, klidu, míru. Je možno také pozorovat aktivitu v uspořádání si posledních důležitých záležitostí.

Je potřeba zdůraznit, že všechna stadia vyrovnávání se s faktem nevyléčitelného (terminálního) onemocnění jsou doprovázena nadějí na zlepšení stavu. Tato naděje nemusí být nutně racionální povahy, může být vystřídána obdobími naprosté beznaděje. Pokud se ovšem vytratí trvale, může to být znamením toho, že v blízké době nastane smrt (Mohapl, 1990).



Bylo by velmi naivní očekávat, že průběh a posloupnost jednotlivých stadií musí proběhnout v pevném časovém sledu podle naznačeného schématu. Průběh je často individuální a je ovlivněn jak osobnostními charakteristikami pacienta, tak i specifikou jeho onemocnění. Modelové šestibodové schéma není v praxi lineární, a pokud ano, tak jen velmi výjimečně. Jednotlivé fáze se opakují a prolínají. Některá může být zeslabena, jiná bude silnější, někdy některá může chybět úplně (Haškovcová, 2007).

Fáze vyrovnávání se s terminální nemocí se podobají v mnohém průběhu psychické krize těžce nemocného pacienta. Ten se také musí vyrovnat se zásadně změněnou životní situací, ale ne nutně s letálním koncem. Následující model se snaží postihnout, co se děje v psychice člověka, který je vystaven faktu závažného onemocnění – náhlý zvrat v životní cestě. Tedy jde o to, jak jedinec celou situaci prožívá od chvíle, kdy rozpozná, že je vážně nemocen. Může jít například o situaci standardního operačního zákroku, při kterém byla zjištěna skutečnost, která v histologickém obrazu přesně určila výskyt malignity.

To co se v psychice pacienta děje, je možno dle Křivohlavého (2002) rozdělit do pěti údobí:

1. Výkřik – silná citová reakce (panika), stav náhlého zaplavení velmi silnou úzkostí, může mít různou formu. Jedná se o náhlé zděšení, zmatek, extrémní vyhocení pocitů obav a strachu, naprosté selhání všech psychických způsobů zvládnání těžkých životních situací (copingové strategie). Navenek se projeví vždy emocionálním extrémem. Může jít o hysterický nářek, křičení, pláč. V jiných případech to může být náhlá psychická slabost a ochablost – záchvaty mdlob, upadnutí do bezvědomí, stav naprostého emočního otupění.
2. Popření – tento projev je třeba chápat jako snahu vytěsnit z vědomí či podvědomí pacienta vše, co se váže ke krizové situaci. Jedná se o úspěšnou snahu potlačit existenci krizové situace. Daný člověk jedná a myslí, jako by se nic nestalo, jako by nebyla pravda to, co se stalo, jako by to byl jen sen, který je potřeba odlišit od skutečnosti.
3. Intruze – jedná se o nutkavé, vtíravé vzpomínky na kritickou událost. Nutkavé myšlení směrem ke krizové události má charakter obsese, překračuje meze normality. Vzpomínky jsou doprovázeny city, které jsou s nimi neoddelitelně spjaty. Vůči těmto myšlenkám a citům se člověk nemůže bránit. Přicházejí samy a znovu a znovu. Neustále připomínají to, co je nesnesitelně těžké.
4. Vyrovnávání – pacient vystavený radikálně změněné situaci musí nutně najít postup, jak se s ní vyrovnat. Musí zvládnout změnu. Musí se pokusit nalézt jiné pokračování svého životního příběhu. V tomto období dochází k zvažování možností a zkoušení nových cest. Nejde o jednorázový čin, ale o sérii pokusů, proto mluvíme o vyrovnávání. Mnohé z těchto pokusů nevyjdou a ukáže se jejich nereálnost, to protože člověk musí častokrát zmahat dosud nikdy nezažité obtíže, které mu nikdy předtím ani nepřišly na mysl.
5. Smíření – podaří-li se úspěšně vyřešit předcházející fázi, je možno v této poslední fázi sledovat konečné řešení psychické krizové situace, kterou u daného pacienta byl a často i nadále je jeho nepříznivě změněný zdravotní stav. Pacient je schopen myslet

na kritickou životní událost, aniž by ho to příliš deprimovalo, a zároveň je schopen nemyslet na krizovou situaci, když na ni myslet nechce. Pacient se může smířit s tím, že nebude vidět, stejně jako s faktem, že je terminálně nemocný a umírá.

## 11.1 Emocionální stav umírajícího pacienta

Haškovcová (2002) je toho názoru, že proces umírání vyvolává v prožívání pacienta výraznou odezvu. Je to možno sledovat ve všech důležitých psychických oblastech. V myšlení (o čem přemýšlí), v oblasti emocí (které city se zde objevují a s jakou naléhavostí), samozřejmě také v oblasti motivace (co je pro něj důležité).

Podívejme se nyní blíže na to, co se děje v oblasti emocí, a to jak u pacienta, tak toho, kdo mu stojí nejbliže. Je důležité přitom upozornit na jev emocionální indukce. Jedná se o to, že obava jednoho indukuje ve druhém též obavu, ale i naděje jednoho indukuje (navozuje) naději v druhém (Marek, Kalvach, Sucharda a kol., 2001).

### 11.1.1 Obavy a strach

Pokud se budeme v té nejobecnější rovině snažit charakterizovat situaci umírání, a to jak na straně pacienta, tak i toho, kdo mu stojí nablízku, pak je to skupina negativních emocí, označovaných termíny úzkost a strach.

V souvislosti s umíráním se setkáváme s konkrétními strachy, které vznikají na pozadí úzkosti ze smrti. Úzkost ze smrti je složitým jevem a ukazuje se, že v ní můžeme diagnostikovat řadu složek (Yalom, 2006; Haškovcová, 2007).

- Strach z bolesti – obava z velkých bolestí.
- Strach z opuštěnosti – obava z toho, že v těch nejtěžších chvílích zůstane umírající člověk osamělý, nikdo mu nebude stát nablízku, bude opuštěn všemi.
- Strach ze změny vzezření – obava z toho, že nemoc, operace, bolesti, umírání samotného člověka změní tak, že se nepozná.
- Strach ze selhání – obava, že pacient celou situaci nezvládne, neobstojí v nejtěžší zkoušce, že se projeví jako zbabělec a slaboch (ztratí tvář), s tím se spojuje i strach z regrese, že se člověk začne chovat nedůstojně (ne jako zralá osobnost).
- Strach ze ztráty samostatnosti – obava, že se člověk nebude moci chovat tak, jak byl zvyklý, nebude moci dělat to, co chce, a naopak že bude muset dělat jen to, co mu někdo přikáže (lékař, zdravotní sestra).
- Strach o rodinu – obava o finanční zabezpečení blízkých, strach z toho, že to bez něj doma nezvládnou.
- Strach z nedokončení práce či životního díla – nebude dokončeno to, co by dokončeno být mělo.

Strach se projevuje řadou typických příznaků, a to jak v oblasti tělesné, psychické i sociální. Přesáhne-li strach určitou únosnou míru, hovoříme o panice. S tou se můžeme setkat jak u umírajícího člověka, tak i u zdravotního personálu. Panika je sociálně nakažlivá.

Je dobré si uvědomit, že v takovýchto situacích je strach naprosto normální reakcí. Člověk ztrácí kontrolu, je bezmocný a bezradný. Důležité je, aby měl pacient možnost své pocity ventilovat, aby měl možnost se někomu svěřit. Přitom zjišťuje s úlevou, že i tomu, komu se svěřuje, je úzko, že mu rozumí (Haškovcová, 2007).

### **11.1.2 Pocity viny**

Na konci života může umírající pociťovat to, že ne vše se mu podařilo, že něco nezvládl, něco udělal špatně. Opět velkou úlevou je, že pokud má umírající člověk pocity viny, bude zde někdo, kdo si s ním o nich bude ochoten promluvit. Někdo, komu bude důvěřovat. Vždy je dobré vyzvat pacienta a zeptat se ho, zda ho něco netrápí, o čem by chtěl mluvit, zda se nechce s něčím svěřit (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995).

### **11.1.3 Pocity bolesti**

Ukazuje se, že často míra utrpení a bolesti pacienta je přímo úměrná jeho míře obav a strachu. Strach je překážkou, která nám zabraňuje do jisté míry vidět věci reálně. Tato překážka umožňuje vyhocení pocitů bolesti a utrpení.

Abychom mohli utrpení i bolest zmírnit, musíme je nejprve přijmout. Je to něco, co je skutečné. To se týká jak pacienta, tak ošetřujícího zdravotního personálu. Pacient by měl dostat příležitost, aby svou bolest cítil. Žádný zdravotník by mu neměl říkat, že ho to nemůže bolet nebo že to nic není. Bolest je příliš subjektivní věc, nemůžeme si na ni sáhnout, dotknout se jí (Haškovcová, 2007).

### **11.1.4 Pocity zlosti**

Pokud si připomeneme jednotlivé fáze, kterými umírající člověk prochází, pak si jistě vzpomeneme na období zlosti, můžeme říci vzteku, agrese. Je potřeba si uvědomit, že pacient se snaží zvládnout bolesti, bojuje s utrpením, řadu svých potřeb nemá šanci uspokojit, je frustrován. Bylo také řečeno, že v mysli člověka, který je postaven před skutečnost časového omezení života, se velmi intenzivně objevuje otázka, proč se to děje právě jemu, proč zrovna on a ne ti druzí. Objevují se pocity zlosti na ostatní zdravé (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995).



## 12 Členění procesu umírání

*„Smrt by měla být klidným přitakáním, láskyplným rozloučením se starými přáteli, se světem. Neměla by v ní být obsažena ani stopa tragédie.“*

**Osho**

Synonymem terminálního stavu je v lékařské terminologii pojem umírání. Definice terminálního stavu nám říká, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik jednotlivce, tj. smrt. Je nutno říci, že umírání nemůžeme redukovat pouze na terminální stav (Jedlička, 1991).

Umírání je především proces, což souvisí s výše uvedenými fakty. V klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Z praktického a metodického hlediska mnozí odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období: pre finem, in finem a post finem (Holeksová, 2002; Haškovcová, 2007).

### 12.1 Pre finem

Toto období začíná ve chvíli, kdy dojde ke zjištění, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Umírání jakožto proces v tomto smyslu začíná sdělením diagnózy vážné, dlouhodobé a prognosticky neblahé nemoci. Takový stav může trvat dny, měsíce, ale také léta. Pacient může být trvale nebo pouze přechodně hospitalizován. Po celé toto období je přítomna snaha o dosažení remise, nebo alespoň zmírnění obtíží strádajícího. S ohledem na pravděpodobnost neblahého konce je potřeba vést pacienta úskalími nemoci (Haškovcová, 2007).

Nemocný musí vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude nabídnuta též péče psychologická a hlavně lidská. Nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky. Tato myšlenka musí být velmi důležitým cílem péče o pacienta. Smrti se usnadní vstup, pokud pacient bude prožívat psychickou beznaděj a zoufalství. Jak tomu zabránit a jak se tedy k umírajícímu chovat, aby nedošlo k právě popsanému jevu?

Především je třeba respektovat jednotlivé fáze psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci, tak jak byly popsány výše. Je nutno usilovat o to, aby redukce činností a individuálních cílů nemocného byla minimální. Tam kde to možné není, je samozřejmě omezení nutné (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995).

Profesionální pomoc v takovéto situaci by měla být pravidlem. Výběr způsobů pomoci by neměl být ponechán náhodě – v této činnosti může lékaře zastoupit psycholog, sociální pracovník. Lékař ovšem zůstává koordinátorem všech typů pomoci. Není tedy vyvázán z odpovědnosti za kvalitu života nemocného mimo oblast péče o fyzické zdraví (Vorlíček, Adam, 1998).

V situaci pre finem dochází nejen k uvědomování si závažného stavu, ale také k adaptabilní negligaci neboli vytěšňování nepříjemného a úzkostně prožívaného ohrožení ži-

vota. Toto popření hrozící smrti bývá tím výraznější, čím více se člověk blíží k faktické smrti. Další zvláštnost souvisí s prožíváním strachu z umírání a ze smrti. V období pre finem jsou úzkostné stavy z ohrožení a manifestní strach ze smrti intenzivnější a někdy i častější než ve fázi in finem. Nabízí se vysvětlení, že dokud člověk žije, byť vážně nemocen, nezemřel, a tudíž chce uskutečnit pro něj důležité cíle. Strach ze smrti je potom v podstatě strachem o ztrátu dosavadního způsobu života a nelze jej zaměňovat se strachem z vlastní smrti, nebytí (Yalom, 2006; Haškovcová, 2007).

V situaci in finem je jistě také strach přítomen, ale má jiný obsah, ovšem s často stejným nebo podobným projevem. V situaci in finem je člověk unaven, soustředěn na základní fungování své biologické existence, popřípadě jeho vědomí je zastřené nebo jinak alterované (Haškovcová, 2007).

Umírání se nedá ztotožnit pouze s terminálním stavem. Bylo řečeno, že se jedná o proces. Záměna obou pojmů způsobila častou a milnou interpretaci, že klasická forma psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné, zejména maligní nemoci, začíná až ve fázi in finem (Jedlička, 1991).

Důležitým faktem zůstává, že nemocného je třeba vést odborně úskalími jeho nemoci po celé období pre finem. Poskytovat mu trvalou či náhle potřebnou emoční podporu. Mnozí pacienti právě v tomto období chtějí o své situaci otevřeně hovořit. Nejsilněji cítí osamělost a izolaci od okolí právě ti umírající lidé, kteří nemohou se svými blízkými otevřeně hovořit o blížícím se konci. Panuje shoda v tom, že nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit a který bude respektovat oprávněný nárok na otevřenou komunikaci (Hennezel, 1997; Hytych, 2008).

## 12.2 In finem

Situace in finem je totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Žádný člověk by neměl umírat sám. Narození člověka ještě úplně neztratilo charakter sociálního aktu, závěru života, naše technicko-průmyslová-urbanistická společnost tuto dimenzi upřela. Rodíme se v nemocnicích a je téměř jisté, že v nemocnici také zemřeme. Smrti byl upřen charakter sociálního aktu a někteří odborníci se shodují, že člověk nebyl nikdy v umírání tak osamělý jako v současnosti (Jedlička, 1991; Hytych, 2008; Grof, 2009).

Obecně známý trend je přeložit neperspektivního nemocného do léčeben pro dlouhodobě nemocné. Je také známo, že některá pracoviště tohoto typu dále předávají nebo by si přála mít takovou možnost, umírajícího poslat jinam. Všechny aktivity, jejichž podstatou je přeložení umírajícího, prozrazují především úzkost zdravotnických pracovníků a tendenci smrt vytěsnit (Kupka, Řehan, 2008).

Speciální vzdělání může samozřejmě každému pomoci získat dovednosti týkající se péče o umírající, ale úzkost, kterou v nás smrt vzbuzuje, tím nezredukujeme. Proto je potřeba se zabývat tématem lidské konečnosti, vyrovnat se, pokud je to možné, s faktem smrti a respektovat, že také umírání by mělo opět získat charakter sociálního aktu, podobně jako tomu bylo dříve (Haškovcová, 2002).

Východiskem a perspektivním řešením je vytvořit nový model umírání v podmínkách hospitalizace. Bylo již řečeno, že přístup zdravotníků nemůže nabýt takového charakteru, že by se s každým umírajícím člověkem loučili jako s vlastním příbuzným. Vztah zdravotníka zůstává v prvé řadě profesionální a samozřejmě vstřícný. S respektem k potřebám umírajícího, jeho psychickému stavu, kvalitě života jako takové. Hovoří se proto o znovuzapojení rodinných příslušníků do péče o umírajícího (Svatošová, 1999).

Způsobů řešení je celá řada a aktuálně dominuje snaha nalézt ten nejvhodnější. V některých institucích se začíná uplatňovat přístup, že každý nemocný, právě tak jako umírající, má právo na přítomnost svých blízkých. Jednou z možných cest je tzv. kombinovaná hospitalizace, což znamená, že do péče je přijat nejen pacient, ale také jeden člen jeho rodiny. Tento způsob se uplatňuje především v případech, kdy těžce nemocným nebo umírajícím je dítě (Haškovcová, 2002).

V odůvodněných případech je dobré zvážit, zda umírající nemá jít raději zemřít domů, rodina však při tomto přístupu nesmí zůstat osamocena. Důležitá je častá návštěva profesionálů v takovéto domácnosti (Svatošová, 1999).

Další možností, jak skloubit dřívější rodinný model umírání s moderní lékařskou péčí a pomocí, je péče o umírající formou hospice. Hlavní prioritou péče v hospici je mírnění bolesti. Nejen fyzické, ale i psychické, a zajištění materiálního i sociálního komfortu. Důležité je nepřipustit izolaci nemocného, návštěvy příbuzných a přátel jsou povolovány trvale. Praktikuje se přístup důrazu na přítomnost a naděje drobností. Podrobně bude o péči formou hospice pojednáno v samostatném oddílu (Haškovcová, 2007).

Formy znovuzapojení rodinných příslušníků do péče o umírající mohou být různého druhu. Jedná se například o kontinuální nebo prodloužené návštěvy a již zmíněnou domácí péči. V některých případech je skutečně potřeba zvážit, zda nebude vhodnější, aby pacient mohl odejít ze světa v domácím prostředí, na které je zvyklý.

Obě alternativy narážejí v našich podmínkách na určitý odpor. První variantě se brání především zdravotní sestry. Mají dojem, že příbuzní na oddělení vyrušují, narušují svou přítomností plynulost práce. Je jistě pravdou, že příbuzní umírajícího v některých případech žádají nemožné, někdy je také přítomnost rodinných příslušníků skutečně nežádoucí – velké pokoje s mnoha lůžky, traumatizující stavy těžkého umírání apod. (Vorlíček, Adam, 1998).

Paradoxem je, že zdravotníci, pokud jsou dotázáni na to, jak oni by si představovali závěr svého života, pak automaticky požadují přítomnost někoho blízkého u vlastního lůžka. Titíž zdravotníci odmítají tuto možnost ostatním poskytnout. Právě přítomnost a návštěvy příbuzných poskytují samozřejmě útěchu umírajícímu, ale také úlevu ošetřujícímu personálu, ze kterého je alespoň částečně snato břemeno podávání psychické podpory (Haškovcová, 2002).

Uplatňování druhé varianty naráží na zaběhlé soukolí stereotypního uvažování, které lze postihnout zjednodušeně způsobem, že nemocným – umírajícím – je v péči profesionálů lépe. Tato představa je potencována samotnými zdravotníky. Dále skutečností, že zmíněný rodinný způsob umírání přestal v našich podmínkách fungovat. Do situace se promítá úzkost příbuzných, která souvisí s velmi silnou psychosociální zátěží (vážný

zdravotní stav blízkého člověka) a navíc také musíme počítat s tím, že rodinní příslušníci jsou konfrontováni se závěrem lidského života jako takového, a tudíž i s danou konečností svého vlastního života (Yalom, 2006, 2008).

Mnozí staří nemocní ovšem nemají nikoho. Rodina buď chybí, nebo se nechce na péči podílet. I v takové situaci by umírající neměl zůstat osamocen. V současnosti je stále aktuálnější otázka přítomnosti psychologa na somatických odděleních v nemocnici. Zejména na odděleních, kde je velký počet vážně nebo nevléčitelně nemocných, popřípadě starých a umírajících osob. Předpokládá se, že právě psycholog by měl s koordinací zdravotního personálu erudovaně zvládnout psychotherapeutickou péči o nemocné a osaměle umírající. Je třeba zdůraznit, že psycholog bude vždy členem fungujícího týmu, nemůže na svá bedra převzít veškerou odpovědnost a všechny nepříjemné stránky umírání. Mnohem efektivnější je ta praxe, kdy psycholog pomáhá sbližovat jednotlivé úhly pohledu, nebo řekněme verze příběhu – příběh nemocného, zdravotníků, rodinných příslušníků. Psycholog by měl perspektivně sehrát především úlohu metodika a garantovat odborně správné psychologické vedení nemocného školenou zdravotní sestrou (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Haškovcová (2007) uvádí, že ve fázi *in finem* má člověk stále méně fyzických i psychických sil. V důsledku této zákonitosti umírající:

- Více se soustředí na vlastní prožívání, vlastní nitro, což se projevuje jako vzdalování se od vnějšího světa.
- Klesá zájem o jiné lidi, noviny, televizi, knihy apod.
- Nemusí stát vždy o návštěvy vzdálenějších příbuzných a známých.
- Chce mít u sebe jen své nejbližší.
- Často hodně spí nebo naopak stále bdí.
- Někdy chce být sám.

Trvalá přítomnost příbuzných u lůžka umírajícího je sporná. Umírající má potřebu samoty. Často v polospánku nebo ve snech rekapituluje svůj život, někdy je vděčný za možnost rozjímat o samotě (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995).

Umírající má stále menší potřebu hovořit, slova pro něj ztrácejí na důležitosti. Není proto vhodné za každou cenu nutit nemocného ke konverzaci. Umírajícímu často méně chutná jídlo, popřípadě se u něj chutě střídají. Podle častých zkušeností umírající odmítá nejprve maso, pak další těžce stravitelné potraviny, dále zeleninu a nakonec vše. Je velmi těžké respektovat přání umírajícího, že nechce jíst, ale je to nutné (Haškovcová, 2007).

Bylo řečeno, že umírající potřebuje chvíle klidu, často spí, rozjímá. Někdy může docházet k náhlým a časově omezeným projevům neklidu. V takové situaci umírající člověk bezcílně pohybuje nohama a rukama, kroučí prsty, dostává se do nezvyklých poloh, někdy se svléká, má pocit, že nesnese nic na sobě, dovede potrhat či jinak poškodit osobní nebo ložní prádlo. Jako možnost pomoci se osvědčuje v první řadě zachovat klid, posadit se k umírajícímu a vysvětlit mu, nebo mu dát jiným způsobem znát, že není sám. Výsledkem bývá zklidnění (Jedlička, 1991).



Haškovcová (2007) je toho názoru, že příbuzní umírajícího by měli být poučeni o tom, že smrt se ohlašuje následujícími projevy:

- Slábne puls nebo se mění.
- Klesá krevní tlak a mění se tělesná teplota.
- Dýchání bývá nejen ztížené, ale i nepravidelné, dech je buď velmi rychlý, nebo pomalý, popřípadě přerývaný.
- Umírající má studené ruce i nohy.
- Lokty a kolena mívají tmavší barvu.
- Oči jsou otevřené nebo pootevřené, ale umírající nevidí.
- Ústa bývají pootevřená nebo otevřená
- Špičatí se rysy tváře.

Dalším průvodním jevem je předsmrtná euforie. V některých případech několik dní před smrtí dochází zpravidla k poslednímu rozkvětu všech životních sil. Umírající je náhle bdělý, plný života, dobře slyší, odpovídá na otázky a sám je klade, vyslovuje různá přání. Může mít potřebu posadit se, někdy i vstát. Umírající jakoby naposledy přijímal podíl na životě. Je velmi dobré, pokud se umírající může v této chvíli těšit ze společnosti svých nejbližších. Podle odborníků se tato euforie objevuje zpravidla 2 až 3 dny před samotným koncem (Mohapl, 1988).

Euforie je střídána fází nazývanou smrtelné kóma. Umírající už nereaguje na podněty z okolí, ale může slyšet. Měli bychom proto v přítomnosti člověka v tomto stavu hovořit tak, jako kdyby byl stále plně při vědomí. Tímto směrem je nutno také poučit příbuzné, kteří se nacházejí v blízkosti umírajícího. Nyní může být vysloveno to, co se považuje za důležité ke sdělení a nebylo tak učiněno dříve (Vorlíček, Adam, 1998).

### 12.3 Post finem

Tato fáze je charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též možnost péče o pozůstalé. Fáze post finem nebývá v popředí zájmu zdravotníků, s výjimkou péče o mrtvého. Je potřeba věnovat pozornost problematice zármutku a žalu, procesy zármutku a žalu začínají většinou mnohem dříve, než dojde k očekávanému úmrtí (Kubíčková, 2001; Haškovcová, 2007).

Mnozí odborníci se shodují v tom, že první okamžiky po smrti jsou pro pozůstalé mimořádně významné. Rozhoduje se o tom, zda jejich zármutek bude mít fyziologickou nebo patologickou podobu. Zármutek, žal nad ztrátou, může proběhnout normálním způsobem. Výjimkou však nejsou ani patologické formy zármutku a žalu. Postižení nejsou schopni zvládnout náročnou krizovou situaci. Někdy nemusí umět požádat o pomoc (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Dle výše uvedené autorské trojice můžeme rodinným příslušníkům nabídnout několik praktických rad:

1. Nepospíchat, nebýt hned aktivní.
2. V souladu s tradicí i z hygienických důvodů otevřít okno.
3. Nechat na sebe působit zvláštnost a výjimečnost této chvíle.
4. Věřící lidé se mohou pomodlit, jinou možností je nechat si v mysli probíhat vzpomínky na společně strávené chvíle, na společné zážitky
5. Pokud je příbuzným, příbuznému těžko zůstat u lůžka zemřelého, potom může nabídnout pomoc profesionál, přítel, který už v podobné situaci byl.
6. Každý projev zármutku je přirozený, člověk by ho měl nechat volně proběhnout. Mohou se projevit i neobvyklé reakce na ztrátu, například smích.

Zdravotníci musí splnit předepsaný postup předání pozůstalých věcí, vyplnit úmrtní list. Tento postup by měl probíhat taktně. Každý pozůstalý by měl být ujištěn, že pro zemřelého bylo vykonáno vše, co vykonáno být mohlo, že netrpěl (Jedlička, 1991).

Závažné etické problémy spojené s fází *in finem* lze shrnout do několika následujících vět. V praxi je někdy velmi obtížné zvolit vhodné místo pro povinný dvouhodinový klid zemřelého. Kam mrtvého umístit a respektovat důstojnost vůči mrtvému i vůči spolupacientům? Vhodná místnost zpravidla chybí. Pokud nechybí, je nutno si položit další otázku. Je možné, vhodné a eticky přijatelné přeložit právě umírajícího člověka na samostatný pokoj, nebo ho nechat naposledy vydechnout mezi ostatními? To jsou jen některá zamyšlení, která je potřeba brát v úvahu (Haškovcová, 2002).

Další problém souvisí se způsobem, jakým se příbuzným sděluje úmrtí. Stručné a neosobní sdělení vyvolává zpravidla rozladu nebo dokonce šok. Nezřídka vyvolává u příbuzných pocity viny, že právě v okamžiku smrti zůstal umírající sám. Bez problémů není ani zmiňované předávání pozůstalých věcí a kontakt se zdravotníky, který je redukován v praxi na pouhou instrumentální záležitost (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Pokud nebude vytvořen prostor alespoň pro rozhovor o posledních chvílích zesnulého, zvyšuje se pravděpodobnost výskytu patologických forem žalu. Měl by být vybudován na každém nemocničním oddělení alespoň minimální rituál, který by respektoval základní poznatky, které již máme k dispozici, které se týkají způsobu reakce a prožívání ztráty (Haškovcová, 2002).

## 13 Ztráta blízkého člověka

*„Ticho před narozením, ticho po smrti: život je hluk mezi dvěma neprozkoumatelnými obdobími ticha.“*

*Isabel Allendeová*

Smrt blízkého člověka představuje extrémní zásah do života pozůstalých. V jediném okamžiku se radikálně mění celý jejich život. Doposud existující jistota je otřesena a život již nikdy nebude stejný jako dříve (Taročková, 1999).

Prožitek ztráty je nevyhnutelnou součástí života dospělých lidí. Jak člověk stárne, zvyšuje se frekvence této zkušenosti. Způsob zpracování ztráty blízkého nazýváme právě truchlením. Jedná se o dynamický proces, který má své obecné i specifické projevy, ty se v čase mění a jejich intenzita kolísá (Špatenková, 2008).

Úmrtí blízkého člověka je pro pozůstalého zátěžovou životní situací, klade nároky na jeho psychiku, odráží se v tělesném fungování, zasahuje do sociálních vztahů a většinou má přesah také do oblasti duchovní. Zde se jedná především o otázky osobní víry a smyslu v životě (Křivohlavý, 2002).

Pozůstalý často potřebují pomoc a podporu při utváření dalšího života a při znovuzískání osobní rovnováhy. Hlavním zdrojem pomoci pozůstalým při nekomplikovaném truchlení by měla být především jejich primární členská skupina – rodina, přátelé, sousedé (Kupka, Řehan, 2008).

Mnoho lidí se od pozůstalých distancuje, jednoduše neví, jak se k nim chovat. Obávají se, že by truchlícího mohli zranit. Selhávání tradičních zdrojů sociální opory vede k tomu, že se stále více pozůstalých obrací se svými problémy na odborníky a zde se otevírá prostor pro poradenství či psychoterapii (Haškovcová, 2007).

Při práci s pozůstalými je nutné především aktivní naslouchání, musíme rovněž umět mlčet, projevit soustrast a nepospíchat rychle ke zvládnutí a vyřešení problému. Každý pozůstalý člověk prochází obdobím, kterému říkáme truchlení. Navíc je nutné mít na paměti, že pokud nám zemře někdo blízký, je to zároveň připomínkou smrti vlastní. I toto uvědomění hraje důležitou roli při procesu vyrovnávání (Yalom, 2006).

Truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu někoho blízkého. Může nabývat rozmanitých podob, může být přirozené i patologické. Je nutné mít na paměti, že mluvit o trápení je bolestné, ale je také zároveň nutné (Taročková, 1999).

### 13.1 Rozhovor s pozůstalými

Sdělování špatných zpráv zůstává a patrně i zůstane velkým problémem současné medicíny. Ať už se jedná o nevíтанé změny léčebného režimu, závažné nálezy vyžadující radikální léčebné postupy, a samozřejmě jednání s pozůstalými. V případě jednání s pozůstalými má lékař možnost výjimečně opustit profesionální postoj, vyjádřit soucit a soustrast příbuzným zemřelého pacienta (Reichmannová, 2003).

Tento druh rozhovoru vyvolává nejvíce nejistot a úzkostí především z toho důvodu, že se jedná o konečnou diagnózu, která navozuje pocit selhání medicíny nejen u pozůstalých, ale také u zdravotníků. Navíc obě strany jsou konfrontovány s vlastní smrtelností a také s pocity, které z této situace nutně vyplývají. V prvé řadě je důležité, aby lékař danou situaci důstojně zvládl. Ošetřující lékař si musí uvědomit, že rozhovor s pozůstalými nemůže převést na nikoho jiného ze zdravotního personálu. Nemůže se mu také za žádných okolností vyhnout. Pokud tak učiní, působí jeho jednání jako útěk před zodpovědností. Mohou se tak zbytečně vyvolávat různé domněnky a podezření (Kopřiva, 1997; Vymětal, 2003).

Je nepřijatelné, aby informace o úmrtí blízkého člověka byla předávána vstoje na chodbě mezi dveřmi. Platí jednoduchá zásada, že lékař by si měl na takto závažné sdělení a následný rozhovor zvolit klidné a bezpečné místo. Opačný postup má za následek nejen psychický diskomfort pozůstalých, ale nejednou je skutečnou příčinou následujících stížností.

Samotný fakt úmrtí by neměl být sdělován jinak než osobně. Bohužel se tato zásada neustále přehlíží. Jako vhodnější se ukazuje rodinu nejprve informovat telefonicky o zhoršení stavu pacienta, přeložení na jednotku intenzivní péče a podobně (Haškovcová, 2007).

Po příchodu do nemocnice je potřeba uvést pozůstalé na klidné místo, kde budou moci nepříznivou zprávu vyslechnout. Je vhodné zachovat všechny společenské rituály – představit se, posadit se společně, zajistit, aby nedošlo k nevhodnému vyrušení, vyjádřit pozůstalým soustrast (Vymětal, 2003).

Dále je vhodné popsat okolnosti úmrtí, je užitečné si je předem zjistit, aby nedocházelo ke zbytečným rozporům, pokud by si příbuzní přáli hovořit ještě s dalšími členy ošetřujícího týmu. Při rozhovoru se doporučuje vyjadřovat věcně, nesnažit se o zmírňující opisy. Zvláště pokud se jedná o náhlé úmrtí, je potřeba pozůstalým nechat dostatek času, aby mohli zprávu nejen slyšet, ale také ji přijmout a srovnat se s ní. Pozůstalí často nejsou schopni v první chvíli uvěřit zdrcujícímu faktu, proto by měl lékař mluvit co nejsrozumitelněji, jednoduše a neměl by používat eufemismy (např. už netrpí, spí věčným spánkem, teď je mu mnohem lépe) a vyvolávat tak prvky falešné naděje (Vymětal, 2003; Haškovcová, 2001).

Lékař také při rozhovoru nesmí pospíchat, může tak působit dojmem, že chce mít vše brzy za sebou. Dobré je nebránit se diskusi. Být připraven na to, že v krizovém psychologickém stavu nebudou otázky pozůstalých vždy logické (Pacovský, 1981).

Po zklidnění se teprve přistupuje k seznámení příbuzných se všemi nezbytnými formalitami, které budou následovat a kterým musí vyhovět. Mohl by pomoci i krátký tištěný informační text. V dalším postupu může být nabídnuta pomoc psychologa, sociálního pracovníka, popřípadě duchovního. První část rozhovoru však vždy zůstane na ošetřujícím lékaři (Honzák, 1997).

Zmiňovaná základní pravidla rozhovoru s pozůstalými by se měla stát standardem. Pozůstalý příbuzný žádá nejen informace o tom, co se stalo, ale také chce být ujištěn, že smrt byla klidná, bezbolestná, že bylo učiněno všechno, co učiněno být mohlo. Neposkytne-li takovou informaci zdravotník, neznárodně se pozůstalí vyptávají spolupacientů

na pokoji, vzniká tak opět možnost zbytečných nedorozumění, traumatizace pozůstalých (Haškovcová, 2001).

Lze předpokládat, že adekvátní způsob sdělení ohledně úmrtí blízkého člověka usnadní celkový proces truchlení, který vždy následuje. Jakým způsobem tuto fázi zdravotníci zvládnou, bude mít vliv na dynamiku prožívání pozůstalých.

## 13.2 Truchlení, zármutek a žal

Procesu zármutku a žalu byla v odborné literatuře věnována překvapivě malá pozornost. Teprve až v posledních letech se situace mění k lepšímu a vzniká speciální poradenství s cílem pomoci pozůstalým.

Většina odborníků se shoduje, že otevřený žal se snáší snadněji než dlouhodobě potlačovaná bolest a smutek. Otevřené projevení zármutku nad ztrátou blízkého člověka, otevřený pláč, zahajuje proces dlouhodobé obnovy psychických a fyzických sil (Špatenková, 2004).

První reakcí, která je vyvolána závažnou ztrátou, je tzv. ohlušení nebo také oněmění. K této reakci dochází především u nečekaných úmrtí. Nevyhne se ovšem ani pozůstalým, kdy jejich blízký zemřel po dlouhodobé nemoci, a smrt byla avizována. Význam má vše, co může přispět k akceptaci ztráty. Tiché, krátké rozloučení u lůžka, kde k úmrtí došlo. Dříve bylo běžnější vystavit tělo nebožtíka při posledním rozloučení. Dnes je tato možnost většinou odmítána. Tradičně ovšem tento postup sloužil nejen k akceptaci ztráty, ale také patřil běžně k rituálům, které byly s umíráním nerozlučně spojeny (Haškovcová, 2007).

Převládajícími pocity bezprostředně po ztrátě je směsice lítosti, hněvu, bezmoci a strachu. Někteří lidé pláčou, jiní toho bezprostředně nejsou schopni. Prožívání zármutku je naprosto individuální a rovněž jeho vnější projevy jsou velmi pestré. Časté jsou paradoxní projevy žalu, můžeme se setkat s hlasitým smíchem, střídání pláče a smíchu (Svatošová, 1999).

Intenzita zmíněného ohlušení se postupně snižuje, trvá zpravidla až do doby pohřbu. Většina pozůstalých v prvních hodinách a dnech vítá přítomnost účastných přátel, sousedů a známých. Někteří naopak potřebují být sami. Nejbližší příbuzní se potřebují rozdělit o své pocity a je potřeba je v tom podpořit. Projevy pláče snižují tenzi, zmírňují žal. Příbuzní jsou zaměstnání přípravou pohřbu, který se koná většinou za 3 až 5 dnů. V době pohřbu je základní akceptace ztráty realitou a začíná období truchlení (Taročková, 1999).

Truchlení je namáhavé a někteří lidé ho bez pomoci nemohou zvládnout. Pozůstalí nejen oplakávají mrtvého, ale hledají i novou identitu a nový způsob života. Zde může pomoci speciální poradenství, které pomáhá zvládnout proces zármutku a žalu. Poradenství provádějí odborníci (psychologové, sociální pracovníci, kněží, faráři) nebo poučení laici. Organizačně je toto poradenství spojeno především s hospicovým hnutím (Svatošová, 1998, 1999).

Za normální se pokládá proces zármutku v délce trvání jednoho roku, který je zakončen nalezením a akceptováním nové identity. Prvních 6 až 8 týdnů má pozůstalý právo na otevřený žal. Okolí by mělo tolerovat jeho pláč, smutné nálady, nejružnější rozlady a určitou nedostačivost při vykonávání domácích povinností.

Také v zaměstnání dochází zpravidla k poklesu výkonnosti. Je rozhodně vhodnější, pokud jsou spolupracovníci informováni o situaci. Vedoucí by měl takovému zaměstnanci zadávat, pokud je to organizačně možné, vhodný druh práce – zejména mechanické činnosti.

Zhruba po dvou měsících by měl být pozůstalý schopen dostat všem nezbytným pracovním povinnostem a měl by být schopen zvládnout tradiční fungování v rodině. V této době se také obnoví fyzická kondice u těch, které unavila vysilující péče o těžce nemocného. Proces zármutku však pokračuje, byla překonána pouze jeho nejtěžší etapa. Jak bylo uvedeno výše, většinou až po roce dochází k celkové adaptaci a akceptování nové identity (Špatenková, 2004).

V minulosti ustálený zvyk nosit černé šaty po dobu jednoho roku jako znamení, že jejich nositel truchlí, jistě nebylo náhodné. Okolí bylo jednoznačně informováno a volilo vhodné a ohleduplnější způsoby komunikace. Později se doba smutku zkrátila na šest týdnů. Černé šaty střídá černá stužka, kterou původně nosili pouze ti pozůstalí, kteří byli se zesnulým ve vzdálenějším příbuzenském poměru. Tato praxe je v současnosti zcela opuštěna (Ariés, 2000).

Proces zármutku může probíhat taktéž patologicky. Na vzniku patologické formy žalu se podílí především nadměrná heroická snaha po jeho překonávání. Truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu a musí proběhnout, aby byl položen základ k vytvoření nové identity. Některé skupiny pozůstalých označujeme jako rizikové proto, že lze očekávat výskyt patologické formy truchlení s velkou pravděpodobností. Jedná se například o malé děti, jimž zemřel jeden z rodičů nebo dokonce oba. Rodiče, kteří ztratili jediné dítě, staří lidé, kterým zemřel životní druh a nemají další příbuzné (Špatenková, 2008).

Je potřeba zdůraznit, že ani malé děti, v rodinách kde někdo zemřel, by neměly být ponechány stranou z účasti na akceptaci ztráty ani z procesu truchlení. Děti by měly být přítomny i na pohřbu, dítě se při takovýchto příležitostech učí nejen zvládat zármutek, ale také pochopit, že lidský život je konečný (Haškovcová, 2000).

### **13.3 Vztahová ztráta a proces truchlení**

Smrt milovaného člověka patří k nejtěžším ztrátám, které nás v životě mohou postihnout. Je normální, že pozůstalí v takové situaci prožívají hluboký zármutek, cítí se opuštěni, zoufalí či bezmocní. Ztráta blízkého člověka představuje výrazný zásah do sebepojetí pozůstalých, jejich identity a integrity (Špatenková, 2008).

Truchlení nad ztrátou milovaného člověka může připomínat v mnoha charakteristikách nemoc: pozůstalí se cítí subjektivně špatně, mohou trpět poruchami spánku, ztrácejí chuť k jídlu, může dojít k narušení jejich sociální i pracovní integrity. I přes tyto

aspekty je ovšem nutno mít na paměti, že truchlení nemoc není, jedná se o přirozený způsob zpracování ztráty (Marková, 2010).

Truchlení pochopitelně může být i komplikované, zármutek může být prožíván abnormálně s intenzivním dopadem na život pozůstalých. O této formě reakce pojednáme samostatně později.

Truchlení je komplexní emocionální, sociální a somatickou reakcí na ztrátu. Dle Kubíčkové (2001) se projevuje následovně:

1. Konfliktní záplava emocí:
  - Smutek, zármutek, žal.
  - Obavy – nejistota ohledně budoucnosti, ohledně smyslu v životě, ohledně vlastní smrti.
  - Hněv, vztek, agrese – mohou být zaměřeny na ostatní (rodina, zdravotníci, zemřelý, na sebe sama).
  - Pocity viny – vina za přežití, domnělá i skutečná provinění z minulosti.
  - Pocity opuštěnosti, ulehčení i vysvobození (např. u terminálně a dlouhodobě nemocných – úleva, že to již skončilo).
2. Somatické potíže: únava, nechutenství, nespavost, sevřené hrdlo, svírání u srdce či jiné vegetativní dysfunkce, narušení funkce imunitního systému (častější nachlazení, horší hojení ran). Tyto potíže byly konstatovány v několika domácích studiích (Machačová, 1997; Vymětal, 1997; Šolcová, Kebza, 1998).
3. Dezorganizace denních zvyklostí.
4. Impulzivní, chaotické jednání.
5. Zahlcení představami o zemřelém.
6. Identifikace se zemřelým (přebírání určitých vzorů a modelů jednání z repertoáru zemřelého).
7. Vyhýbání se sociálním kontaktům.

Truchlení lze popsat jako proces, který má několik fází:

1. Šok a otrěs: objeví se bezprostředně po ztrátě a může trvat několik hodin až dva dny. Pozůstalí si připadají zmatení, otupělí, omráčení. Často reagují zautomatizovaně, nevěřicně – „to přece nemůže být pravda“.
2. Sebekontrola: trvá většinou do pohřbu. Příprava a organizace pohřbu znemožňuje pozůstalým, aby zcela podlehli smutku. Teprve až smuteční hosté odejdou, plně na ně dolehne bolest ztráty.
3. Regrese: jeden až tři měsíce. Truchlení je provázeno pláčem, intenzivním smutkem. Pozůstalí ve svém chování vykazují prvky regrese – chovají se jako děti. Stadium je provázeno apatií, uzavřeností, úzkostí a zoufalstvím. Typické je dezorganizované chování, pozůstalí nezvládají nároky běžného fungování, nejsou schopni se zařadit zpět do pracovního procesu, stahují se ze sociálních kontaktů. Typické jsou poruchy spánku, jídelních návyků.

4. Adaptace: obvykle až jeden rok či déle. Pozůstalí získávají ztracenou sebekontrolu nad svým životem, zvládají rovněž jeho běžné nároky, smiřují se s tím, co se stalo. Z rány se stává jizva, která může příležitostně bolet (Kubíčková, 2001).

Kubíčková (2001) dále poukazuje na skutečnost, že truchlení je aktivní proces a má čtyři zásadní úkoly:

1. Přijmout ztrátu jako realitu.
2. Prožít zármutek.
3. Adaptovat se ve světě bez zemřelého.
4. Citově se od zemřelého odpoutat a investovat energii jiným směrem.

Alternativní pojetí přibližuje Janosik (1994), který hovoří o následujících úkolech a fázích zármutku:

1. Počáteční fáze: pochopit, že někdo zemřel, uvědomit si důsledky ztráty ve vztahu k sobě i k ostatním (zejména rodinným příslušníkům).
2. Střední fáze: uznat realitu ztráty, přijmout a dovolit si truchlení jako reakci na ztrátu, prozkoumat a znovu ohodnotit ztracený vztah.
3. Pozdní fáze: znovu nastolit pocit identity a integrity, navrátit se k vývojovým úkolům daného období, investovat do nových vztahů, vyrovnat se s bolestí, která se může periodicky vracet.

Terapeut či krizový intervent by měl výše uvedené znát, může tak klientovi pomoci truchlení zvládnout, projít zármutkem na druhou stranu. Výše popsané se rovněž týká truchlení, které bereme jako normální fyziologickou reakci. Při procesu zármutku, při adaptaci, se rovněž mohou vyskytnout reakce a formy truchlení, které jsou atypické, obtížně zvládnutelné či pro trpícího pozůstalého obtížně přijatelné.

Za faktory, které podporují normální truchlení a smutek, považujeme především rituály – pohřeb, vzpomínkové obřady vázané k výročí. Dále je rovněž zásadní umožnit pozůstalým hovořit o ztrátě a jejím významu. Nezanedbatelné jsou rovněž kulturní vlivy, které vyjádření smutku dovolují. Velmi užitečné je rovněž vyhýbání se zneužití jakýchkoliv drog či farmak (Špatenková, 2008).

### 13.4 Komplikované truchlení a jeho rizikové faktory

Lindemann (1944) hovoří o tom, že atypické formy zármutku se ve své podstatě od normálních reakcí neliší. Liší se většinou intenzitou a délkou trvání, nikoli ve způsobu probíhání.

Lindemann (1944) rozlišuje:

1. Opožděné reakce: reakce na ztrátu jsou opožděny, odloženy. Někdy o celé týdny či roky. Pozůstalý může dokonce vypadat velmi přesvědčivě ve svém přizpůsobení se ztrátě. Posléze dochází ke ztrátě další či k obtížnému životnímu období a rána se otevře znovu. Trauma z minulosti nebylo uzavřené. Tato opožděná reakce může úplně



zastavit a znemožnit další život pozůstalého bez odborné intervence či dlouhodobé terapie.

2. Zkreslené reakce: hyperaktivita, rozvoj závislosti na návykových látkách, získání symptomů nemoci zemřelého, přetrvávající změny ve vztahu k přátelům a příbuzným, zaryté nepřátelství vůči určitým osobám, přetrvávající upjaté a formální chování, dlouhodobá ztráta modelů sociální interakce.

Janosik (1994) uvádí následující přehled atypických forem reakcí na ztrátu blízkého:

1. Chronické reakce – zármutek může trvat dlouho a vyústit v depresi.
2. Odložené, opožděné reakce – týdny, léta. Někjaký spouštěcí faktor ukáže nezpracovaný smutek dotyčného.
3. Excesivní reakce – týkají se povahy reakce na zármutek. Strach přeroste ve fobii (thanatofobie).
4. Maskované reakce – tělesný symptom, drogy, delikvence.

Kubíčková (2001) je toho názoru, že někteří pozůstalí si jasně uvědomují, že se jejich zármutek zkomplikoval. Cítí, že uvízli a že nemohou dál. Z toho důvodu potom vyhledají odbornou pomoc. Tato vlastní diagnostika je důležitá v tom ohledu, že terapeutovi usnadní práci. Pokud tomu tak není, je potřeba si v rozhovoru s pozůstalým všimnout případů ztráty a úmrtí, které lze dát s jeho stavem do souvislosti.

Janosik (1994) rovněž v souvislosti s výše uvedeným konstatuje, že opožděné nebo chronické truchlení bývá obvykle latentní. Může se kdykoliv rozběhnout a propuknout v akutní krizi nebo zhoršit průběh jiných krizí. V takovéto situaci se otevírá prostor především pro psychoterapii.

### **13.5 Diagnostika komplikovaného truchlení**

Kubíčková (2001) uvádí následující přehled možných přístupů k diagnostice komplikovaného truchlení:

1. Sebediagnóza.
2. Zmínka o zemřelém – intenzivní reakce i dlouho po jeho smrti.
3. Silná zranitelnost vzhledem k životním událostem.
4. Mumifikace – zachování všech věcí, tak jak byly.
5. Stejně symptomy jako u zemřelého – vrací se s výročím.
6. Radikální změna životního stylu.
7. Přetrvává vina a sklíčenost.
8. Falešná euforie.
9. Imitace zemřelé osoby s důsledným popíráním.
10. Rozvoj fobií různého druhu.
11. Vyhýbání se hřbitovu, návštěvě, rituálům.

## 13.6 Rizikové faktory komplikovaného truchlení

Špatenková (2001) uvádí následující přehled:

1. Okolnosti úmrtí – zavdaly příčinu k sebeobviňování, předčasná, náhlá, strašlivá smrt. Truchlení je obtížné, silné popírání reality, pocit viny za přežití, pocit bezmoci a zoufalství je silnější, hledání viníka – posttraumatická stresová porucha.
2. Charakteristika vztahu mezi zemřelým a pozůstalým – ambivalence, závislý, symbiotický, smrt dítěte nebo člověka mladšího 20 let.
3. Charakteristiky pozůstalého – předchozí nedořešené ztráty, neschopnost vyjadřovat pocity, nadměrné pocity hněvu a viny, výčitky svědomí.
4. Sociální okolnosti – nedostatečná opora ze strany rodiny, absence rodiny či vztahů, v zasažené rodině jsou nedospělé děti.

## 13.7 Krizová intervence u pozůstalých

Truchlení je dlouhodobým procesem. Prožitek celého truchlení je ovšem nezbytný. Pozůstalý se tak může vypořádat se smrtí blízkého člověka. Zpracovat tuto vztahovou ztrátu, akceptovat ji jako reálnou a integrovat ji do vlastního života (Taročková, 1999).

Hlavní pomoc pro pozůstalé by měla představovat jejich rodina a nejbližší členská skupina – tedy partneři, přátelé, známí a příbuzní. Přirozené zdroje sociální opory ovšem v naší kultuře spíše selhávají, proto řada pozůstalých hledá pomoc u odborníků. Někdy navíc může být snazší hovořit o zármutku s cizím člověkem než s členem vlastní rodiny (Haškovcová, 2007).

Základem krizové intervence je rychlé navázání kontaktu s pozůstalým a vytvoření takových podmínek a atmosféry k rozhovoru, které umožní ventilaci emocí spjatých se smrtí milovaného člověka. Zásadní je vždy emocionální podpora (Špatenková, 2008).

Při osobním setkání s truchlícím klientem může být atmosféra napjatá. Důvody nacházíme pochopitelně v citlivosti problematiky – smrt děsí, připomíná nám naši bezmocnost, vlastní smrtelnost. Každé setkání s člověkem, kterému někdo blízký zemřel, je připomínkou, že to stejně může potkat či potká nás (Yalom, 2006).

Také samotný pozůstalý svým chováním, oblečením a mimikou přispívá k dramatičtější celkové situaci. Dalším důvodem může být nedostatečná zkušenost odborníka vzhledem k tématu. I přes tyto těžkosti hned v začátku setkání platí, že je nutné vytvořit v úvodním i dalším kontaktu takovou atmosféru, aby pozůstalí cítili, že jsou přijímáni a že se mohou se svými problémy na nás obrátit (Špatenková, 2008).

## 13.8 Doporučené zásady

Navázání dobrého kontaktu je tedy rozhodující. Nutné je vytvořit podmínky k rozhovoru, expresi pocitů a poskytnout emocionální podporu. Nutná je vždy empatie k tématu, vlastní kontakt s pocity ohledně smrtelnosti a odhadnutí potřeb klientů.

Navázání kontaktu mohou komplikovat otázky: „Jak se cítíte?“, „Co ode mne očekáváte?“. Lepší je začít například takto: „Vím, že váš syn nežije, můžeme si o tom promluvit?“. Vždy je rovněž důležité ocenění, že pozůstalý mluví a že k nám přišel. Základní schopnosti a dovednosti, které se vyžadují od pomáhajícího, jsou následující: soustrastně naslouchat, být všímavý, pozorný, empatický a bdělý.

Kubíčková (2001) uvádí následující doporučení:

1. Udělat si pro rozhovor s pozůstalým dostatek času.
2. Být dostatečně citlivý, trpělivý, vnímavý.
3. Představit si sebe v roli pozůstalého.
4. Používat otevřené otázky.
5. Nedávat zbytečné rady, nechat na pozůstalém, aby spolu s námi našel řešení.
6. Neodsuzovat emoce pozůstalého.
7. Nepřerušovat pozůstalého v hovoru, neskákat mu do řeči.
8. Nemluvit příliš, nechat hovořit hlavně pozůstalého.
9. Aktivní naslouchání.
10. Dovolit, aby se ticho stalo součástí konverzace.
11. Poskytnout ujištění, že pozůstalý udělal pro zemřelého vše, co bylo momentálně v jeho silách.
12. Později podporovat pozůstalého v návratu ke starým zájmům a aktivitám.

Poté, co došlo k navázání kontaktu v úvodním setkání, je nutný proces práce s pozůstalým rozdělit do několika kroků, které uvádí Špatenková (2008).

1. Edukace: Nutné je ozřejmit, že truchlení je přirozený proces, každý truchlí, každý reaguje na ztrátu trochu jinak, nutné je ozřejmit, že to, co se pozůstalému děje, je běžné, normální a přirozené. V této fázi rovněž podporujeme pozůstalé, aby dávali najevo své pocity. Mluvili o zemřelém, o vztahu s ním; pomáhat aktivizovat sociální oporu. Nutné je aktivní naslouchání, umění mlčet, umění projevit soustrast. Důležité je pro pomáhajícího pracovníka mít na paměti, že mluvit o trápení není tak bolestné jako smrt sama. Právě smrt je příčinou trápení.
2. Ověřit a uznat skutečnost ztráty: dovést truchlícího k tomu, aby vše detailně popsal. Nejdříve prozkoumáme události, které jsou spjaty se samotnou smrtí. Nesmíme podporovat únikové reakce. Zaměříme se na to, jaký byl pohřeb, vývoj, poslední setkání, jak se dověděli o smrti, kdo jim to řekl. Dále vedeme pozůstalého k popisu vztahu, jeho charakteru, emocionálního náboje, vývoje vztahu. K tomu velmi dobře mohou pomoci společné fotografie, přes které se rychle dostaneme k příběhu.
3. Pomoci truchlícímu ventilovat a zpracovat jejich pocity, včetně těch latentních – hněv, pocity viny, úzkost a bezmocnost.
4. Pomoci překonat různé překážky při procesu adaptace na novou realitu.
5. vést ke zdravému emocionálnímu odpoutání a k investování energie jinač.



## 14 Hospic

„Co je to za místo, kde končí utrpení?“

*Mistr Kaisen*

V angličtině toto slovo znamená útulek nebo útočiště. Původně byl termín hospic používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je především unavení poutníci směřující do Palestiny. Poutníci se v hospici potřebovali především zotavit, aby mohli pokračovat v dalším náročném putování. Potřebovali se vyspat, najíst, napít, ošetřit bolavé nohy. Takovéto zařízení vedl člověk, který byl tak trochu hostinským a tak trochu lékařem. Vyznal se v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval na elementární úrovni vše, co bychom mohli nazvat z hlediska dnešní terminologie bio-psycho-sociální-spirituální komfortem. Tato středověká podoba hospice postupně s úbytkem poutníků, změnou životního stylu zanikla. Myšlenka znova ožila v 18. století, kdy byl v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřen zvláštní typ nemocnice pro umírající. Tato nemocnice byla nazvána hospic. Péče v tomto zařízení odpovídala základním principům sesterské charity. Podobná iniciativa ovšem zůstala osamocena (Haškovcová, 2007).

Hospicové hnutí, tak jak je pojmáno dnes, vzniklo ve Velké Británii. Jeho protagonistkou se stala Angličanka Cecillia Saundersová. Tato žena vystudovala medicínu a založila St. Christopher hospic. Naštěstí nezůstalo jen u jednoho hospice, v současnosti existuje ve světě zhruba 2000 zařízení tohoto typu (Svatošová, 1999).

Cecillia Saundersová pracovala původně jako zdravotní setra a sociální pracovnice. Později vystudovala medicínu, bylo jí tehdy 30 let. Již v mládí se domnívala, že umírající lidé potřebují specifickou formu péče a že je především nezbytné je uchránit utrpení (Haškovcová, 2007).

Osudové pro ni bylo setkání s Davidem Tasmou. Tento muž byl hospitalizován v St. Joseph's Hospice v Hackney, ve východní části Londýna, kde Cecillia Saundersová pracovala. David Tasma nevěděl, jak je jeho zdravotní stav vážný. Saundersová mu sdělila pravdu a pečovala o něho do posledních chvil. Z vděčnosti ji David Tasma věnoval 500 liber s přáním, aby byly peníze použity na stavbu dalšího zařízení stejného typu. V roce 1969 byl tedy otevřen v Londýně St. Christopher Hospic, v jehož čele stanula právě Cecillia Saundersová (Svatošová, 1999).

K dramatickému nárůstu počtu hospiců dochází po druhé světové válce, což lze dát do souvislosti s rozvojem vítězné medicíny, která má své těžiště především v oblasti zachraňování, a nemůže tak saturovat potřeby umírajících (Haškovcová, 2007).

Současná koncepce fungování hospice může být shrnuta v myšlence, že hospic pomáhá umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých lidí – rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci atd. Hospicová péče má tři základní formy a je organizována:

- V lůžkovém zařízení, tedy hospici.
- Ve stacionáři, který je součástí hospice.
- V domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají kvalifikovaní odborníci (Svatošová, 1996, 1999; Haškovcová, 2007).

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku a jeho životu. Člověk, stejně jako život, který prožije, je jedinečnou neopakovatelnou záležitostí. Hospic pacientovi především garantuje, že:

- Nebude trpět nesnesitelnou bolestí.
- V každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost.
- V posledních chvílích života nezůstane osamocen (Svatošová, 1999).

Hospicová péče je tedy zvláštním typem zdravotnické péče. Je zaměřena především na zkvalitnění konce života nemocného, a to tak, že bude vynaloženo veškeré úsilí, aby nemocný netrpěl především bolestí, bude respektována jeho důstojnost a nebude v době umírání sám. Nejde tedy o uzdravování a prodlužování života nemocného, nýbrž o zkvalitnění života umírajícího (Holeksová, 2002).

## 14.1 Tři formy hospicové péče

*Domácí hospicová péče* – nedá se příliš pochybovat o tvrzení, že většina umírajících se bude nejlépe cítit doma, alespoň po psychické stránce. V určité fázi onemocnění navíc ztrácí nemocniční pobyt smysl. Je to tehdy, když doporučenou léčbu, směřující k odstranění bolestí a mnoha jiných obtíží nemocného, lze aplikovat v domácích podmínkách (Svatošová, 1999).

Pro domácí péči přichází v úvahu každý umírající, který projeví přání odejít z nemocnice nebo hospice, přitom se může spolehnout na podporu rodiny. Rodina se o umírajícího člena starat chce, až na malé výjimky je tato skutečnost téměř vždy jistá. V odborné terminologii je rozlišován dvojí druh domácí péče. Jedná se o domácí pečovatelskou péči prováděnou laiky – *home help*. Domácí ošetrovatelská péče prováděná profesionály – *home care* (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Pokud rodina zvolí domácí péči, nesmí být ponechána jejich snaha bez pomoci. Rodinám je potřeba poskytnout především psychickou podporu i faktickou praktickou pomoc. Některé úkony spojené s ošetřováním se rodinní příslušníci naučí za asistence zdravotníka, některé však musí zdravotníci zajistit sami. V České republice se v současnosti rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde její rozsah je určován lékařem a potřebné penzum sociálních služeb určuje rovněž odborník daného oboru – sociální pracovník. Nejvhodnější forma domácí péče o umírající je v kompetenci hospice (Holeksová, 2002; Haškovcová, 2007).

Domácí péče jako taková se dramaticky rozvíjí až v posledních letech právě v návaznosti na hospicové hnutí. O umírajícího se starají doma buď členové ošetřujícího týmu jakékoli agentury domácí péče, nebo té, která organizačně spadá pod hospic (Holeksová, 2002).

Jak bylo řečeno výše, je domácí péče zpravidla ideální, ale ne vždy možná. Jedním z mnoha omezení může být fakt, že nemocnému rodinné zázemí schází nebo se často vyčerpá, dojdou mu síly. Dalším důvodem může být malý prostor bytu. Ošetřování se stane příliš náročnou záležitostí, dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu. Posledním faktorem může být samozřejmě odbornost, zejména v místech, kde není žádná sesterská agentura, která by podobné penzum služeb poskytovala, nebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou péči (Svatošová, 1999).

V případech, že se stav umírajícího zhorší nebo rodina nadále nemůže zajišťovat všechny potřebné náležitosti péče, je dotyčný hospitalizován. Je dobré ho ujistit, že se zase vrátí domů, jakmile to jeho zdravotní stav dovolí (Haškovcová, 2007).

*Stacionární hospicová péče (denní pobyty)* – fungování hospicového stacionáře vypadá tak, že pacient je přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zajišťuje buď rodina, nebo hospic. Je pochopitelné, že tato forma je vhodná pouze pro pacienty v místě nebo poblíž hospice. V určité fázi je právě tento způsob péče nejvhodnějším řešením. Důvodů může být několik a lze uvést ty nejzávažnější.

- Diagnostický důvod: bolest, kterou se doma nepodařilo zvládnout, je potřeba lépe kontrolovat.
- Léčebný důvod: např. za účelem aplikace chemoterapie a jiné paliativní léčby.
- Psychoterapeutický důvod: rodina není schopna otevřené komunikace, není schopna mluvit o pocitech, které jsou velmi intenzivní na obou stranách. V hospici může mít pacient právě někoho, s kým podobný problém otevřené komunikace necítí.
- Azylový důvod: tento důvod bývá dosti častý, rodina i pacient mohou cítit potřebu si na nějaký čas od sebe odpočinout. Z tohoto důvodu je právě stacionární hospicová péče oblíbená ve smyslu preventivního opatření, které zabrání pozdější zbytečné hospitalizaci, ale i vyčerpání rodiny, někdy i konfliktům, které mohou posléze ještě dlouho bolet (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

*Lůžková hospicová péče (hospic jako dům)* – hospicové zařízení se zpravidla skládá z poměrně malé lůžkové části, většinou do 25 až 35 lůžek. Dále z již zmíněného stacionáře, jehož činnost bývá rozsáhlá a je kombinována s agenturní domácí péčí. V hospicích se také většinou nachází vzdělávací centrum s poradnou.

Důvodem lůžkové hospicové péče může být vše, co bylo uvedeno u péče stacionární. Bylo by ke škodě si myslet, že pacient, který je v lůžkové hospicové péči, zde zůstane až do smrti, samozřejmě může, ale nemusí. Většinou lidé přicházejí do lůžkové péče na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně tehdy, pokud cítí, že je to pro ně vyhovující (Svatošová, 1999; Holeksová, 2002).

Mimořádná pozornost je věnována paliativní ošetrovatelské péči, a proto jsou v hospici pomůcky, které v jiných zdravotnických zařízeních nenajdeme ani v takovém rozsá-

hu, ba ani v takové kvalitě. Lůžka s nastavitelnou výškou jsou polohovatelná a elektricky ovládána. Většina pomůcek je určených pouze k jedinému použití. Při hygienických počinech se nešetří voňavými oleji a spreji. Běžně se používají takové technické pomůcky, jako je pojízdná vana, mobilní dávkovače léků (Haškovcová, 2007).

Do hospice (lůžková péče) jsou přijímáni lidé, které jejich postupující choroba ohrožuje na životě, kterým musí být poskytnuta intenzivní paliativní péče a léčba. Současně není nutná hospitalizace v nemocnici a nestačí nebo není možná domácí péče (Svatošová, 1996).

Co se možnosti návštěv týče, vše je v kompetenci pacienta a jeho blízkých. Je na něm, zda chce pobývat v hospici se svým průvodcem nebo bez něj, záleží na pacientovi, jak si s rodinou návštěvy dohodne. Ty jsou v hospicích zásadně neomezené, tj. možné nepřetržitě 365 dní v roce 24 hodin denně. Návštěvy nepřekázejí, jsou naopak součástí péče. Od návštěv se neočekává, že hospitalizovaného budou ošetřovat, ale pokud chtějí, je jim to umožněno. Vědomí, že člověk až do poslední chvíle pro svého blízkého dělal, co mohl, je vhodným terapeutickým činitelem pro tišení bolesti z jeho ztráty. Stejně tak přítomnost blízkých osob dodává umírajícímu člověku větší pocit bezpečí (Svatošová, 1999).

V hospici jsou lékařské a navíc sesterské vizity, podobně jako v nemocnici. Režim dne se ovšem od nemocnice podstatně liší. Pokud je to možné a pacient chce, má možnost si systém dne vytvářet. Nikdo ho ráno nebude budit s teploměrem, spí, jak dlouho chce, stejně tak je to i s mytím, jí, kdy má chuť a v rámci možností, na co má chuť. Pokud chce hovořit o svých pocitech, problémech nebo si jen tak s někým popovídat, vždy se najde, a to i v nočních hodinách, někdo, s kým to půjde (Svatošová, 1998, 1999).

Důraz je kladen na kvalitu života. Příkladem může být vyjádření potřeb umírajících v následujícím seznamu Charty umírajících:

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se moje životní perspektiva mění.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo zachovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.



Výše uvedené body lze chápat samozřejmě především jako zamýšlení pro ošetřující zdravotnický personál. Nelze je pojímat jen jako jakýsi nástroj, kterým by se umírající člověk v případě potřeby zaštiťoval a dožadoval se tak svého práva.

O tom, zda bude nemocný přijat na hospicové lůžko, nebo se o něj lze postarat ve stacionáři, popřípadě doma, rozhoduje zásadně hospicový lékař. Po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta zvažuje hospicový lékař možnosti hospice a zdravotní indikaci nemocného. Může projevit jistou benevolenci, pokud jsou některá lůžka volná. Je-li hospic plně obsazen, musí být bezpodmínečně dána přednost těm lidem, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v dohledné době povede ke smrti. Takovým lidem je hospic určen především (Svatošová, 1999).

## 14.2 Kritéria poskytnutí lůžkové hospicové péče

Výše bylo uvedeno, že o přijetí rozhoduje hospicový lékař po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta. Nyní tedy něco bližšího o konkrétních zásadách.

V české praxi se ustálilo kritérium, kdy indikací pro přijetí je stav, kdy nepostačují tři návštěvy nebo dvě hodiny práce sestry v domácí péči. Bezpodmínečnou podmínkou je plný informovaný souhlas nemocného. Žádost o přijetí posuzuje vždy několikačlenná komise. Posuzuje se přítomnost čtyř kritérií indikace a naléhavost přijetí.

- Postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě.
- Je nutná paliativní léčba a péče.
- Pacient nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční.
- Domácí péče nestačí nebo není možná (Svatošová, 1998).

Návrh na přijetí do hospice podává většinou ošetřující lékař. Někdy iniciativu, která směřuje k přijetí, projevuje pacientova rodina nebo dokonce pacient sám. Ke konečnému rozhodnutí je kompetentní vedoucí lékař hospice. Každý hospic používá zpravidla jednotný formulář pro přijetí, který si ošetřující lékař může vyžádat (Haškovcová, 2007).

Dlouhodobé zahraniční zkušenosti ukazují, že hospicový program je vhodný především pro onkologicky nemocné mladého a středního věku. Dále pro nemocné s progresujícím onemocněním AIDS. Je ovšem nutno dodat, že žádný z nemocných není předem vyloučen z možnosti se o přijetí ucházet (Svatošová, 1999).

Nelze v žádném případě tolerovat, aby pobyt v hospici byl rodinou interpretován jako „odložení“ těžce nemocného člověka. Proto je vyžadován již zmíněný plný informovaný souhlas pacienta. Ten je v situaci přijetí umírajícího člověka do hospicového programu nutností. Je v podstatě písemným potvrzením, že byl informován a rozhodl se pro paliativní péči formou hospice. Písemná forma souhlasného aktu rozhodnutí dokládá, že pacient byl do hospice přijat na základě svého souhlasu a že nebyl lékařem oklamán. Informovaný souhlas je navíc dokladem, který chrání lékaře před hypotetickými právními spory, ale také před příbuznými, kteří mohou mít na věc jiný názor a mohou se dožadovat dalších lékařských intervencí, které mohou souviset s nerealistickým očekáváním zázračného uzdravení. Navíc umožňuje otevřenější kontakt s pacientem, který zná svou situaci. Jsou tak připraveny vhodné podmínky pro terapeutické

působení, které má za cíl provést umírajícího člověka poslední velmi obtížnou životní etapou a umožnit mu dojít klidu a smíření (Haškovcová, 2002).

Za určitých podmínek lze uznat i souhlas blízké osoby, která se s nemocným v hospici společně ubytuje. Nejčastějšími důvody, které nemocnému brání poskytnout plný informovaný souhlas, shrnuje Svatošová (1999):

- Pozměněné nebo ztracené vědomí, které zabraňuje – neumožňuje vzhled do situace, není tudíž reálná šance získat kvalifikované stanovisko pacienta k navrhovanému paliativnímu programu.
- Pacient nemůže nebo nechce vědět nic o svém skutečném zdravotním stavu a není ochoten nebo schopen přijmout informaci o neblahé prognóze svého onemocnění.
- Pacient je postižen takovým onemocněním, které mu nedovolí využít aktivní hospicový program a u kterého je plně indikován ošetrovatelský ústav.

Z uvedeného vyplývá velmi důležitá informace. Hospic není léčebna pro dlouhodobě nemocné. Není ani ošetrovatelským ústavem, který by poskytoval dlouhodobou péči o imobilní, inkontinentní, dementní či jinak trpící osoby (Haškovcová, 2007).

Jednou z hlavních podmínek přijetí do hospice je tedy neblahá prognóza a potřeba paliativní péče, kterou nelze provádět v domácím prostředí. V zahraničí bývá uváděn velmi často i časový limit, tedy očekávané úmrtí do šesti měsíců po přijetí do hospice. Podle názorů českých odborníků, kteří pracují v hospici, je to neetické, protože časový limit může vyvolávat negativní pocity analogické člověku odsouzenému k odnětí svobody nebo spíše trestu smrti. V českých hospicích se z tohoto důvodu časové kritérium neuplatňuje (Haškovcová, 2007; Parkes, Relfová, Couldríková, 2007).

V České republice, ale i na mnoha dalších místech Evropy je hospicové hnutí postaveno na křesťanských etických principech. Také většina hospiců u nás je napojena na diecézní charitu. Příkladem může být první hospic v ČR Hospic Anežky České, který je společným projektem Diecézní charity Hradec Králové a sdružení Ecce homo (sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí). Podobně je na tom Hospic na Svätém Kopečku nebo Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně.

V San Franciscu existuje projekt zenových hospiců. Dnes má dvě centra, která se starají o umírající osoby, a také tréninkové programy pro studenty zenu i pro ostatní zájemce, kde se vyučuje péče o umírající pacienty. Zajímavým počinem bylo založení Maitri AIDS hospicu v Kalifornii. Tento hospic založil Issan Dorsey Róši, žák Šunrjú Suzukiho (Batchelor, 2001).

## 15 Léčebny dlouhodobě nemocných

*„Nechci dosáhnout nesmrtelnosti svým dílem, ale tím, že nezemřu.“*  
**Woody Allen**

Péči o terminálně nemocné v ČR, jak již bylo řečeno, můžeme rozdělit na lůžkovou a ambulantní. Lůžková péče je poskytována především v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a již zmíněných hospicích formou budov (Jakoubková, 1998).

V léčebnách dlouhodobě nemocných jsou umísťováni pacienti, u nichž je předpokládána lůžková péče delší než tři měsíce (Jedlička, 1983). Jedná se o specializovaná zdravotnická zařízení pro léčení starých a dlouhodobě nemocných lidí. Jsou lůžkovými složkami oboru geriatric. Byly zřízeny k 1. 1. 1974.

Prvním předchůdcem zařízení tohoto typu u nás byl Ústav pro nemoci stáří v Praze. Byl založen Rudolfem Eislem v chudobinci u Bartoloměje ve Vyšehradské ulici. O čtyři roky později se toto zařízení přestěhovalo do sociálních domovů v Krči a v roce 1929 byl ústav přejmenován na, v celém světě jedinečnou, Klinikou nemocí stáří. Za německé okupace byla tato klinika zrušena a dosud nebyla obnovena.

Úkoly a činnost léčeben pro dlouhodobě nemocné stanoví koncepce oboru geriatric. Do léčeben tohoto typu jsou přijímáni nemocní, u nichž pomocí ambulantních forem péče nelze zvládnout zhoršující se zdravotní stav, jeho důsledky a jiné negativně působící zdravotně sociální souvislosti.

Nemocní jsou přijímáni na základě žádosti územních obvodních lékařů a lékařů odborných oddělení, včetně lékařů sociálních ústavů.

### 15.1 Charakteristika péče v LDN

Přijetím do léčebny vstupuje pacient do celodenního léčebně ochranného režimu. Komplex péče tvoří diagnostika, léčebná péče, ošetrovatelská péče, rehabilitační péče, nácvik denních dovedností. Dominující je péče léčebně rehabilitační, symptomatická a ošetrovatelská.

V zařízeních tohoto typu se počítá především se zvláštnostmi nemocí ve stáří:

- Více nemocí současně.
- Atypický průběh nemoci.
- Chronicita.
- Časté komplikace.
- Poruchy adaptace.
- Změny psychiky.
- Zdravotně sociální souvislosti.
- Blízkost smrti.

V péči o staré a dlouhodobě nemocné pacienty je kladen zvýšený požadavek především na střední zdravotní personál. Jedná se o práci s mimořádně obtížným nábořem pracovníků (Jedlička, 1991).

## 16 Paliativní péče – jakožto zátěžová situace

„Smrt není zlá, zlá je pouze cesta k ní.“  
*Publilius Syrus*

Péče o umírajícího člověka nebo člověka starého, imobilního, často s postupující demencí, je pro pečujícího velmi náročná. Péče o chronicky nemocné, nevléčitelně nemocné, se může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou. Péče o umírajícího pacienta, práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, se tak stává situací extrémní zátěže. Vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese, jsou situace, které se zvládají velmi obtížně (Maslach, Goldberg, 1998).

Ukazuje se, že právě práce s lidmi jako taková vede k emočnímu vyčerpání, které je zapříčiněno nadměrnými psychickými a emočními nároky. Paliativní péče je situací chronicky působícího stresu. Jedná se o práci s lidmi, kteří jsou nevléčitelně nemocní, s lidmi blízcími se smrti (Vymětal, 2003).

Zdravotníci všeobecně, ať lékaři nebo střední zdravotnický personál, ošetrovatelé, jsou lidé, jejichž povolání na ně klade vysoké nároky ve smyslu každodenních situací, se kterými se tito lidé na svých pracovištích setkávají, a které nejen na základě své odbornosti, ale především z hlediska lidských kvalit musí řešit (Dunlop, Hockley, 1990).

### 16.1 Zdroje emočních problémů a zátěže zdravotníků

Práce ve zdravotnictví je situací značné psychické i fyzické zátěže. Výzkum, zaměřující se na tuto oblast, je spojen s občanským hnutím sedmdesátých let v USA a také v některých evropských zemích (Machačová, 1999).

Občanské hnutí sedmdesátých let poukazovalo na nepřijatelný paternalismus zdravotníků a odosobněný přístup k pacientům. Působením těchto společenských proudů se pomalu začínají měnit provozní řády nemocnic, na druhé straně se objevuje zájem o osobnost zdravotníků jako omylných lidských bytostí s nejistotami, úzkostmi, nezdařeny, ale i úspěchy. Práce ve zdravotnictví je situací silně působícího stresu, v jehož centru stojí právě zdravotníci.

Takto pojímané působení stresu se začalo zkoumat nejprve na pracovištích typu dialyzačních jednotek, popáleninových center, jednotek typu ARO a později i na onkologických pracovištích v souvislosti s problematikou paliativní péče a péče o terminálně nemocné (Dostálová, 1986).

Výzkum z roku 1979, který realizoval Casse a Hackett (in Boleloucký, 1998), vymezil společné okruhy emocionálního stresu a z něho vyplývajících problémů zdravotnických týmů.

1. Těžké onemocnění spojené s vysokou úmrtností.
2. Značné množství technologických zařízení.

3. Velmi časté rozhodování o životě a smrti.
4. Terminální péče.
5. Konflikty se třetími osobami (členové rodiny, příbuzní, přátelé pacienta).
6. Konflikty mezi zaměstnanci.
7. Zvládání reakcí pacientů na různé mutilace a extrémní vyčerpání.
8. Zvládání suicidalních myšlenek pacientů a členů personálu.
9. Uvědomování si, že léčba je zdrojem bolesti a utrpení pacientů (Severová, 1999).

Na základě faktorové analýzy zdrojů profesionální zátěže u skupiny anglických praktických lékařů byly izolovány následující proměnné, které lze akceptovat jakožto faktory zátěže.

1. Zevní nelékařské rušivé vlivy – jedná se např. o telefonáty, vztahy na pracovišti.
2. Emoční problémy spojené s lékařskou praxí – léčení přátel a příbuzných, nadměrná emoční vnímavost k utrpení pacientů, jednání s terminálně nemocnými a jejich příbuznými, denní styk s chronicky nemocnými a umírajícími.
3. Přetížení administrativou.
4. Přetížení denní rutinou.

V jiné studii, tentokrát z USA, mělo 0,9 % lékařů podstupujících tříletý postgraduální výcvik ve vnitřním lékařství zdravotní problémy, které vedly v důsledku k pracovní neschopnosti. Z nich mělo 31 % obtíže, které souvisely s pracovní problematikou. Šlo především o dva následující okruhy.

- Selhání v souvislosti s nerealistickou snahou dokonale zvládnout stále se rozšiřující tematiku oboru.
- Emoční problémy ve vztahu k nemocným s chronickými neléčitelnými či terminálními stavy (Boleloucký, 1998).

Hlavní stres pečovatelských týmů vychází z podstaty onemocnění, podstaty léčby, jejich vedlejších účinků (vysílení, zdroje bolesti, mutilace), nezbytnosti paliativní a terminální péče, problémů smrti a umírání, v dovednostech zacházet s reakcemi pacienta, jeho sebevražedných myšlenek, zlosti, závislosti, nespolupráce ze strany pacienta a jeho rodinných příslušníků, konfliktů mezi členy personálu jako důsledek neustálého vypětí (Dostálová, 1986).

Ukazuje se, že péče o umírajícího pacienta patří z hlediska stupně zátěže k nejvýraznějším. Umírající pacient znamená pro ošetřující personál situaci, která je náročná na jejich odolnost a schopnost zvládat mezní situace. Základem úspěšného adaptování se na zátěž vyplývající z terminální péče je vyrovnání se s pocity, které souvisejí s faktem vlastní smrtelnosti. Dále znalost problematiky thanatologie a pokud možno supervizní kontakt zaměřený na tuto problematiku (Haškovcová, 2002).

Lékaři často chápou úmrtí pacienta jako vlastní neúspěch, a to zejména jedná-li se o několik úmrtí během nedlouhého období. Jako obzvlášť těžkou ztrátu pocituje lékař (stejně jako ostatní zdravotní personál) smrt pacienta, se kterým navázal těsnější emoční kontakt.

U sester se setkáváme se stoupající intenzitou prožívané zátěže při kontaktu s pacienty, jejichž stav se rapidně zhoršuje. Objevují se problémy v komunikaci s umírajícím člověkem, zejména v případech, kdy se sestra k němu emocionálně více váže.

Další výrazně stresující situací je rozhovor s pacientem a jeho rodinou o přechodu z kurativní (léčebné) péče na péči paliativní. Stresující je jakýkoli kontakt s rodinou, ve kterém se objevuje vyhrožování žalobami či stížnostmi (Křivohlavý, 2010).

Uvedená problematika se promítá samozřejmě do mezilidských vztahů na pracovišti. Zvýšené napětí a zátěž se projevuje nespokojeností a konflikty a následnou fluktuací. Napětí a stres v zaměstnání se samozřejmě promítá i do osobního života zdravotníka. Konflikty s rodinou, partnerem, přáteli mohou mít za následek snížení subjektivní spokojenosti s kvalitou života (Boleloucký, 1998).

Izolovanost je charakteristickým znakem sociálních problémů pracovníků v oblasti paliativní péče. O svých pracovních problémech nemohou příliš hovořit v rodině či mezi přáteli. Mnozí členové pečovatelských týmů se vzdalují vlastním rodinám, narušují se přátelské a partnerské vazby. Časté jsou v takových případech rozpady manželství.

Statistiky uvádějí, že mezi lékaři je šestkrát více rozvodů, mnohonásobně více alkoholismu, toxikomanie a psychiatrických problémů. Totéž se v podobné míře týká zdravotníků sester a psychologů (Severová, 1999).

Emoční zátěž zdravotníka, který je v kontaktu s nemocnými s nepříznivou prognózou, závisí také na postavení pracovníka v týmu, na míře jeho odpovědnosti (sanitář, sestra, laborant, psycholog, sekretářka, lékař). Dále samozřejmě na struktuře pracoviště (lůžkové oddělení, parciální hospitalizace, ambulance, laboratoře). Důležitý je také typ onemocnění, jeho lokalizace, fáze onemocnění. Pro lékaře je výraznou situací zátěž také stupeň odpovědnosti v případě sdělování nepříznivé diagnózy – nakolik říci nemocnému a jeho příbuzným pravdu o nemoci (Kebza, Šolcová, 2008).

Zatěžovat mohou úvahy a nejistoty o správnosti zvolené způsobu terapie. Zdravotníci všeobecně mohou nelibě prožívat míru jistého utrpení, které léčebnými a jinými zákroky (převazy) způsobují pacientům. Z hlediska paliativní péče jde o vyrovnávání se s neúspěchem terapie, popřípadě s nemožností uzdravení, dále styk s postupně tělesně i duševně chátrajícími lidmi (Vymětal, 2003).

Práce ve zdravotnictví s více nebo méně specifickými vlivy ohrožuje zdravotní stav části zdravotníků projevy neurastenie a různými obrazy deprese. Dnes tuto problematiku vyjadřuje tzv. syndrom vyhaslosti, o kterém bude pojednáno dále (Boleloucký, 1998).

## 16.2 Burnout syndrom

Burnout syndrom (syndrom vyhoření) je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil, kdy takto postižený člověk dochází k závěru, že již nemůže dál. Je to stav pocitu beznaděje.

Syndrom vyhoření vzniká nejčastěji působením chronické dlouhodobé zátěže – stresu. Nejvíce jsou burnout syndromem ohroženi lidé, kteří se angažují v pomáhající

cích profesích. Stejně riziko podstupují osoby vysoce motivované ke své práci, nadšené, s vysokými ambicemi (Holeksová, 2002).

Syndrom vyhoření se projevuje specifickou emoční únavou, dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Příznaky jsou psychologického, fyzického i sociálního charakteru (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993).

Takto postižený zdravotník se obtížně soustřeďuje na nemocné, trpívá pocity zatrpklosti, dojmem, že se nedaří nic, že jeho práce nemá smysl. Často ztrácí zájem o pacienty, v zaměstnání se přestává angažovat a jeho výkon je spíše formální. Extrémním případem je rozvoj drogové závislosti, sebevražedný pokus (Boleloucký, 1998).

Pojem burnout byl poprvé použit v roce 1974 H. Freudenbergerem v časopise *Journal of Social Issues*. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se objevuje v 80. letech minulého století. Syndrom vyhoření lze v jeho základu postihnout následujícími charakteristikami, které shrnuje Křivohlavý (2001) v šesti bodech:

1. Jde především o psychologický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvláště u profesí, které obsahují jako podstatnou složku pracovní náplně práci s lidmi nebo kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.
3. Tvoří jej řada symptomů, které lze rozdělit do tří úrovní – psychologické, fyzické a sociální.
4. Za klíčové je považováno emoční vyčerpání, dále kognitivní opotřebení a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vznikají působením chronického stresu.
6. Vyčerpání ve smyslu burnout se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres.

### 16.3 Popis jednotlivých příznaků syndromu vyhoření

Kebza a Šolcová (1998, 2008) ve svých přehledových studiích užívají dělení do tří základních úrovní.

#### 16.3.1 Na úrovni psychologické

- Dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná.
- Pocit celkového duševního vyčerpání, především vyčerpání emoční, vyčerpání v kognitivní oblasti, výrazný pokles až ztráta motivace.
- Únava bývá popisována expresivními výrazy („jsem úplně na dně“, „mám toho až po krk“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality.
- Pokles celkové aktivity, redukuje se spontaneita, kreativita, iniciativa.
- Depresivní ladění, bezvýchodnost a beznaděj, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí.
- Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti a bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy.



- Projevy negativismu, cynismu, hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacienti, klienti) a jejich vnímání jako objektů – dehumanizovaná percepce.
- Pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často také negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána.
- Sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání.
- Iritabilita, někdy též selektivní interpersonální senzitivita.
- Redukce činností na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

### 16.3.2 Na úrovni fyzické

- Apatie, ochablost, celková únava organismu.
- Rychlá unavitelnost, která se dostavuje po krátkých etapách relativního zotavení.
- Vegetativní obtíže – bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, potíže se zažíváním, dýchací obtíže (pocity nemožnosti se dostatečně nadechnout).
- Nespecifikované bolesti hlavy.
- Poruchy krevního tlaku.
- Poruchy spánku.
- Přetrvávající celková tenze.
- Zvyšování rizika rozvoje závislosti jakéhokoli druhu.

### 16.3.3 Na úrovni sociálních vztahů

- Celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob.
- Výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi.
- Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán práce, zpracování výsledků).
- Nízká empatie, většinou u osob s původně vysokou mírou empatie.
- Postupné narůstání konfliktů, většinou ne jejich aktivním vyvoláváním, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí.

Bylo řečeno, že syndrom vyhoření se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Ukazuje se, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodnout o tempu práce, její povaze a podmínkách. Výzkumy prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je faktorem, který hraje rozhodující roli v determinaci zdravotních důsledků pracovních požadavků v tom smyslu, že je rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění (Kebza, Šolcová, 2010).

Burnout syndrom byl nejdříve popsán u některých zaměstnání, pro které je typický intenzivní kontakt s lidmi (lékaři, zdravotní sestry, učitelé, policisté). Později vyšlo najevo, že se vyskytuje taktéž u advokátů, úředníků na poště, sociálních pracovníků, stejně jako v kategoriích povolání, které nezapadají do běžného zaměstnaneckého poměru,

ale jejich příslušníci jsou vystaveni hodnocení druhými na základě svých výkonů. Sem můžeme zařadit sportovce, umělce. Následující přehled uvádí výše citovaní autoři Kebza a Šolcová (1998).

#### 16.4 Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhaslosti

- Lékaři (zvláště v oborech jako onkologie, chirurgie, LDN, JIP, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie).
- Zdravotní sestry a další zdravotní pracovníci (ošetřovatelky, laborantky).
- Psychologové a psychoterapeuti.
- Sociální pracovníci.
- Učitelé na všech stupních škol.
- Policisté, především v přímém výkonu služby.
- Pracovníci pošt, zvláště ti, kteří pracují u přepážek a doručovatelé.
- Dispečeri, řidiči letového provozu, telefonistky.
- Právníci, především advokáti.
- Pracovníci věznic – dozorcí, ale i další zaměstnanci.
- Profesionální funkcionáři – politici, ale i manažeři.
- Za určitých okolností příslušníci ozbrojených sil – především podle celkové prestiže státu, hledisko aktuální mezinárodní situace.
- Duchovní a řádové sestry.
- Nezaměstnanecké kategorie u osob v kontaktu s druhými lidmi, kteří jsou závislí na jejich hodnocení a mohou být tak vystaveni účinkům chronického stresu – umělci, špičkoví sportovci.

#### 16.5 Diferenciální diagnóza syndromu vyhoření

Burnout syndrom se některými příznaky, ale i důsledky v chování, jednání a prožívání, může podobat částečně některým známějším a diagnosticky propracovanějším poruchám či chorobám (Kebza, Šolcová, 2010).

Na rozdíl od deprese, s níž má vyhaslost řadu společných příznaků (smutná nálada, ztráta motivace a energie, pocity zbytečnosti a zmaru), která má však negativní vliv na celou řadu životních aktivit, se negativní působení vyhaslosti omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se konkrétního zaměstnání.

Rozdíl lze spatřovat taktéž v možnosti odklonitelnosti. Pokud si jedinec trpící syndromem vyhoření vezme delší zdravotní dovolenou, lze očekávat dosti výrazné zlepšení v krátkém čase. Což u deprese nehrozí (Křivohlavý, 1998, 2001).

Ranní pesima jsou příznakem deprese, kdežto depresivní prožívání u syndromu vyhoření během dne kolísá a ke zhoršení dochází spíše k večeru. Poruchy spánku se u deprese projevují častým buzením v průběhu spánku, zatímco u vyhaslosti jde spíše o problémy, které souvisejí s obtížným usínáním (Kebza, Šolcová, 2010).

Lidé trpící depresí mají sklony k autoakuzacím, kdežto u vyhaslosti jde většinou o obviňování okolí. A na závěr, zatímco u deprese je základním terapeutickým prostředkem farmakoterapie, u vyhaslosti a s tím spojeného depresivního ladění se užívá především psychoterapeutických prostředků (Kebza, Šolcová, 1998).

Dále se vyhaslost některými charakteristikami podobá alexithymii, pro kterou je typické především oploštění emocionality, otupělost v sociálních vztazích, celková netečnost, chybění kreativity a spontánnosti, chybí také jakákoliv schopnost imaginace.

Alexithymie se však liší od vyhaslosti především v tom, že se vyskytuje nejčastěji u pacientů s některou psychosomatickou chorobou. Vyhaslost také nesplňuje jeden ze základních příznaků alexithymie, kterým je nedostatek slov k vyjádření emocí. Pacienti s alexithymií nedokážou své emoce vyjádřit. Pacienti se syndromem vyhaslosti emoce redukuje. Jejich emocionalita je deformovaná, disponují však dostatečnou slovní zásobou k jejímu vyjádření (Kondáš, Kordačová 1990).

Další možnost záměny nabízí průběh únavového syndromu. Ten se může v klinickém obrazu burnout syndromu blížit. Vodítkem zde může být to, zda pacient vykazuje skutečně dominující emoční vyprahlost. Pomocným kritériem mohou být pseudohalucinace, jež lze v případě syndromu vyhaslosti vyloučit.

Některé shodné znaky lze nalézt také u neurastenie. K rozlišení většinou napomůže výskyt závrátí, které se u syndromu vyhoření nevyskytují téměř nikdy (Boleloucký, 1998; Baštecká, Goldmann, 2001).

Odcizení (alienation) patří do skupiny negativních emocionálních zážitků. Odcizení můžeme definovat jako jistý druh anomie (ztráty normální zákonitosti), k němuž dochází tam, kde lidé zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohly řídit jejich jednání, a byly směrodatným měřítkem jejich životních hodnot. Tento stav lze demonstrovat na příkladu začínající zdravotní sestry, která ihned po škole nastoupí do léčebny dlouhodobě nemocných. Zjistí zde, že dost dobře nemůže dostát svému původnímu ideálu zachraňovat lidské životy, protože v takovémto zařízení to dost dobře není možné (Kupka, 2007).

Pravdou je, že pocity odcizení je možno pozorovat i u syndromu vyhoření. Nikdy ovšem ne na začátku tohoto procesu. Na začátku je situace naprosto opačná. Syndrom vyhoření se vyskytuje jen u lidí, kteří byli zpočátku nadšení prací. Odcizení se projeví i u těch lidí, kteří nikdy nebyli nadšeni tím, co dělali, nikdy jim příliš nezáleželo na vykonávané práci (Kebza, Šolcová, 2008).

Existenciální neuróza bývá definována různě. Například Maddi ji definuje jako chronickou neschopnost věřit v důležitost, užitečnost a pravdivost čehokoli, co si člověk jen dovede představit, že by dělat měl, případně že by o to měl mít zájem, natož pak že by se měl pro to angažovat (Yalom, 2006).

Při existenciální neuróze jde o pocit promarnění života a naprostou existenční beznaděj. Frankl (1996) či Balcar (1995) při této příležitosti hovoří o ztrátě smysluplnosti života. Je pravdou, že s něčím podobným se setkáváme i při burnout syndromu. Opět ovšem pouze na konci tohoto procesu. Na začátku je naopak mimořádný prožitek smysluplnosti života (práce, existence). S pocitem ztráty smyslu života se setkáváme u těch lidí, kteří propadli psychickému vyhoření, až na konci tohoto procesu, když jejich snahy

selhaly, když překážky byly příliš velké, když okolnosti byly nepříznivé, když se jejich úsilí zcela zhroutilo (Křivohlavý, 1998).

## 16.6 Stadia vyhaslosti

Syndrom vyhaslosti je třeba na jedné straně chápat jako stav, který vzniká v důsledku celé řady okolností, především pak díky působení chronického stresu pracovní povahy. Zároveň však se jedná o permanentně se vyvíjející proces (Šolcová, Kebza, 2010).

Na obecné úrovni se většinou hovoří o iniciační fázi, pro kterou je charakteristické původní zapálení a výrazné emoční angažování se pro věc. Pak dochází k náhledu či vystrážlivění, že původní ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, původní myšlenkou, ideou, řešeným problémem či rovnou celou profesí. Věc původního zápalu a vše co je s ní spojené začíná být vnímáno negativně. V další fázi nastupuje apatie, propuká plná hostilita. Poslední je stadium úplné vyhaslosti, vyčerpání, které je provázeno cynismem, odosobněním.

Další přístup ke stanovení stadia vyhaslosti podává Maslachová a Goldberg (1998). Maslachová rovněž navrhla metodu k diagnostikování burnout syndromu, která se běžně používá, jedná se o dotazník BM (Burnout Measure).

- Fáze nadšení: člověk přemýšlí, jakými rozmanitými způsoby zpestří svým klientům poskytovanou službu, uvažuje o tom, že dny strávené v práci jsou naprosto dokonalé, hlídá si veškeré nové trendy a literární zdroje, dobrovolně zůstává přesčas.
- Fáze stagnace: ideály se nedaří plně realizovat, vzrůstá pocit neuspokojení, marnosti a zklamání povoláním.
- Fáze frustrace: pocity neuspokojenosti vzrůstají, člověk je přesvědčen, že investice směrem ke klientům jsou nevratné, nechce učit se cokoliv nového.
- Fáze apatie: kolik hodin zbývá do konce pracovní doby a kolik let do důchodu, převážná starost o peníze a odměny, dehumanizovaná – odlidštěná percepce kolegů a klientů.
- Fáze vyhoření: úplné vyčerpání, výrazné tělesné obtíže, problémy doma i v zaměstnání, sebevražedný pokus, možný rozvoj závislosti.

## 16.7 Rizikové a protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti

Za jeden z nejpodstatnějších iniciujících faktorů vzniku syndromu vyhoření lze tedy považovat působení chronického stresu, především pracovní povahy. Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje odolnost člověka vůči negativnímu účinku stresu, je pokládána jeho osobnost. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, která je chápána jako systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí a jednak také z tohoto okolí přijímá. Konkrétní rizikové a protektivní faktory popisuje Křivohlavý (2001) takto:

### **16.7.1 Rizikové faktory vyhaslosti**

- příslušnost k profesi, která obsahuje profesionální práci s lidmi nebo pouze kontakt s nimi
- nutnost čelit chronickému stresu
- osamocení život v současné společnosti, ve které se neustále zrychluje životní tempo a zvyšují se nároky na člověka kladené
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon při současné nízké autonomii pracovní činnosti
- původně výrazné pracovní nadšení, zaujetí pro věc
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- původně vysoká míra empatie, obětavosti, zájmu o druhé
- nízká asertivita
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické, obsedantní rysy
- permanentně prožívaný časový tlak
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou v oblasti kardiovaskulárního aparátu
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- habituálně založený prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys), agrese (jako chování, v němž dochází k vyjádření obojího)
- syndrom bezmoci – beznaděje

### **16.7.2 Protektivní faktory ve vztahu k vyhaslosti**

- chování typu B
- dostatečná asertivita
- umět relaxovat a znát jak
- umění nedostat se pod časový tlak, vhodná organizace času
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost jakožto osobnostní nastavení ve smyslu – hardiness, sense of coherence, resilience
- pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- příjemný tok či proud zážitků, který se dostavuje na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- sociální opora
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody, životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí

Dále se ukazuje, že k neutrálním faktorům, z hlediska rozvoje syndromu vyhaslosti, lze počítat inteligenci, věk, vzdělání, délku praxe v oboru, dobu, po kterou je zastávána nynější pracovní pozice (Kebza, Šolcová, 1998).

Názory na výskyt vyhaslosti z hlediska intersexuálních rozdílů nejsou jednotné. Zvláště v 80. letech byl přijímán názor, že burnout syndrom se častěji rozvine u žen. Někdy byl udáván počet až dvojnásobně vyšší. V dalších studiích se objevují již poněkud vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti byly pravděpodobně zapříčiněny demografickými parametry populačních vzorků, řada výzkumů byla prováděna na typicky ženských profesních skupinách – zdravotní sestry, učitelky, sociální pracovníce (Kebza, Šolcová, 2008).

Poslední výzkumy ukazují tranzitorní povahu vyhaslosti a také značnou přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám – odblokování stresorů, které zapříčiňují vyhoření, vede k rychlému poklesu ukazatelů vyhaslosti, po návratu do původních situačních podmínek však následuje i návrat k původnímu stavu. Některými výzkumy bylo zjištěno, že po dovolené v délce čtrnácti dnů se ukazatele vyhaslosti částečně obnovují již po třech dnech v zaměstnání. Po třech týdnech v zaměstnání, pokud nedošlo ke změně podmínek jeho vykonávání, se již ukazatele vyhaslosti dostávají na stejnou úroveň, jako tomu bylo před dovolenou (Rowe, 1997; Kebza, Šolcová, 2008).

## 16.8 Možnosti prevence syndromu vyhoření

Za hlavní faktory předcházení vyhaslosti můžeme považovat následující tři skupiny okolností, jak je uvádějí Kebza a Šolcová (1998):

1. Nalezení smysluplné pracovní činnosti.
2. Získání a převzetí profesionální autonomie a opory.
3. Vytváření přirozeného vztahu k práci (poznání přínosu, jenž práce přináší člověku a člověk práci) a dalším životním aktivitám.

V principu platí, že faktory, které moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik vyhaslosti. Klíč k ovlivnění škodlivosti psychosociálního stresu se stále častěji hledá na úrovni osobnosti jedince (Křivohlavý, 1989, 1990, 1991; Paulík, 2010).

Osobnostní koncept nezdolnosti (ať už v pojetí Antonovského nebo Kobasové či Wernerové) má vliv protektivní. Zatímco negativní afektivita ve vztahu k vyhaslosti je daleko více facilitující. Důvodem ochranného účinku nezdolnosti je s velkou pravděpodobností kognitivní hodnocení stresogenních situací a jejich obrácení ve smysluplné výzvy (Masten, Best, Garmez, 1990; Matějček, Dytrych, 1998).

Osoby s vysokou úrovní nezdolnosti se percipují a hodnotí jako kompetentnější ve zvládnání každodenních nároků, hodnotí příznivě své fyzické i psychické síly. Činí pozitivní hodnocení situací, vybírají přiměřené strategie k jejich zvládnutí, což zpětnově vede k příznivějšímu kognitivnímu hodnocení situace (Paulík, 2010).

Z vnějších faktorů byla pozornost věnována především vlivu sociální opory. Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání od spolupracovníků, mimo práci od přátel a dobrých známých, se kterými je možno realizovat trávení volného času. Nedostatek sociální opory pozitivně koreluje s rozvojem vyhaslosti. Zdá se, že největší význam má v této souvislosti podpora poskytovaná spolupracovníky ve stejném postavení (Šolcová, Kebza, 1998).

Bylo již uvedeno výše, které osobnostní charakteristiky predisponují člověka k rozvoji vyhaslosti. V rámci shrnutí lze konstatovat, že osoby náchylné k vyhaslosti byly charakterizovány: empatií, senzitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí přehnaně se identifikovat s druhými (Kebza, Šolcová, 1998, 2008).

## 16.9 Předpoklady pro práci v oblasti paliativní medicíny

Práce v paliativní medicíně klade zvýšené nároky na psychickou odolnost zdravotníka. Proto je užitečné, aby management zdravotnického zařízení zakalkuloval pro každého začínajícího pracovníka do svých programů poskytnutí zkušebního období, během něhož by si mohli, on sám i jeho nadřízení, ověřit, zda se pro takovou práci hodí. Uvádí se, že tato doba by měla trvat nejméně půl roku (Parkes, Relfová, Couldricková, 2007).

Prvním předpokladem je zajisté duševní zdraví. Pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou nervově labilní, psychopatické nebo léčené pro duševní chorobu. Nadřízení by neměli ignorovat tento vůbec základní požadavek. Pokud by se tak stalo, otevírá se tím cesta k iatropatogennímu působení na pacienty.

Dalším předpokladem je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivosti. Lidé, kteří jsou výbušní, neklidní, nevlídní a nevyrovnaní, by neměli v oblasti paliativní péče pracovat.

Pro začínajícího pracovníka by měl být kdykoli k dispozici psycholog, sociální pracovník nebo některý ze služebně starších kolegů, kterému by se dotýčný mohl svěřit se svými problémy. Tento supervizor by mu měl pomoci k pochopení motivací ke zvolené práci. Dále by mu měl pomoci pochopit vlastní vztah a postoje ke smrti (Dostálová, 1986; Haškovcová, 2007).

Jedinečný přístup, jak účinně pomáhat lidem, kteří pracující v takto emočně rizikovém prostředí, je metoda maďarského lékaře Bálinta – tzv. bálintovské skupiny. Na bálintovských skupinách může každý zdravotník předložit k diskusi svůj neuspokojivý vztah k pacientovi, který považuje pro sebe za zatěžující. Vylíčí podrobně své nejistoty a nejasnosti. Poté následují otázky ostatních účastníků skupiny. Po důkladně probraném tématu pronášejí ostatní vlastní úsudky a poslze i fantazie, které v nich jednotlivé části výpovědi protagonisty vzbuzují. Nakonec referující zhodnotí, jaký užitek mu diskuse přinesla. Stane se, že nakonec pochopí, na čem je jeho averze vůči pacientovi založena. Dochází také k redukci tenze, kterou zdravotník při konfrontaci s problematikou paliativní péče. Cílem je vyvození užitečných pracovních závěrů pro sebe, pacienta a další terapii. Nutno také přičíst k dobru věci působení abreakce (Bálint, 1992).

Nastupující pracovník by měl znát svou toleranci k nadlimitním zátěžím. To znamená, že by měl znát svá citlivá místa a měl by je znát i jeho nadřízený. Fyzické zdraví je vždy předností, ale není nezbytnou podmínkou.

Dalším požadavkem na pracovníka v tomto oboru je jeho schopnost komunikace. Tato schopnost se uplatňuje v různé míře u jednotlivých profesí. U psychologa nebo sociálního pracovníka je prvním předpokladem pro vykonávání jejich povolání. Sestra má s pacientem umět hovořit taktně o jeho obtížích a potřebách. Podobně je na tom lékař, i když s pacientem tráví méně času. Od zřízenců a administrativních pracovníků zdravotnických zařízení se vyžaduje jakési komunikační minimum – slušnost, trpělivost, klidné vystupování a seriózní jednání. Výhodou pro každého pracovníka je dobré rodinné zázemí.

Svou úzkost, kterou si lékaři a sestry v paliativní medicíně zpravidla nechtějí připustit a potlačují ji, řeší nejčastěji omezením komunikace s pacientem a únikem do jiných činností, např. administrativních. Někdy je tento únik zjevný natolik, že signalizuje kolaps komunikace. Trpí tím samozřejmě především pacient, který si tuto skutečnost vysvětluje většinou jako pohrdání vlastní osobou. Vzrůstající úzkost někteří pracovníci řeší somatizací. Pociťují různé obtíže na úrovni svého těla. Někteří si jen stěžují, jiní se dostávají do stavu pracovní neschopnosti (Haškovcová, 2007).

Někteří lékaři nebo sestry se brání lítosti, kterou pociťují vůči pacientům drsností až hrubostí. Přesto mohou být profesionálně zdatní a obětaví. Málokterý pacient však takovou obětavost či zdatnost dovede ocenit. Pacienti si spíše váží taktního chování a menší preciznosti než naopak (Křivohlavý, 1999).

K vážnějším citovým deformacím patří citová plochost, která může být pouze hraná nebo jde skutečně o projev citového otupění. Projevuje se cynismem, netaktním chováním, nevhodným vtipkovaním i před pacienty, zbytečným hlasitým a veřejným, zlehčujícím hovorem o intimních věcech pacientů, spolupracovníků a někdy i o svých vlastních. Dotyčný má radost, když tím přivádí okolní osoby do rozpaků (Haškovcová, 2002).



## 17 Eutanazie

*„Opravdové štěstí závisí nejen na způsobu a stylu, kterým žijeme,  
ale také na způsobu, kterým umíráme.“*

*Mistr Kaisen*

Vážným současným sporem, který se váže k problematice paliativní péče, je diskuze o eutanazii. Eutanazie (z řečtiny eu – dobrý, thanatos – smrt) je definována různě. Vokurka a Hugo (1995) hovoří o „usmrčení pacienta s nevléčitelnou nemocí pro zkrácení jeho utrpení“. Dále Hanuš (1994) definuje eutanazii jako „úmyslné usmrčení jiné, zejména nemocné osoby na její žádost nebo ze soucitu“. Hartl a Hartlová (2010) přibližují problém eutanazie následovně: „Jedná se o bezbolestné ukončení života na vlastní žádost nevléčitelně nemocného, který je schopen rozhodování“.

Dle Světové lékařské asociace (in Munzarová, 2006) je eutanazie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“. V ČR a většině dalších zemí je zakázána.

### 17.1 Pojmy užívané v současné diskuzi

Eutanazií se dnes tedy rozumí především lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka. I v tomto kontextu je ovšem nutné rozlišovat různé významy pojmu (Vorlíček, Adam, 1998).

Jako základ další orientace může pomoci vymezení několika užívaných termínů dle Špinkové a Špinky (2006).

*Aktivní a pasivní eutanazie:* zásadní rozdíl lze spatřovat mezi jednáním a zanecháním jednání či nepřistoupením k němu. Aktivní eutanazie je tedy činnost, která má uspíšet či navodit smrt druhého člověka (např. ukončení života smrtící injekcí z rukou lékaře). Právě tato aktivní eutanazie je eutanazií v pravém slova smyslu.

Pasivní eutanazií se naopak rozumí nejednání (zřeknutí se určitého jednání), které má či může mít za následek uspíšení úmrtí druhého člověka. Příkladem může být neposkytnutí chemoterapie, která se v aktuálním případě dotyčného pacienta jeví jako zbytečná – nepomáhající nebo přerušení jiné invazivní léčby, která by měla totožný efekt, či by dokonce sama o sobě mohla uspíšet smrt pacienta. Rovněž sem můžeme zařadit problematiku odpojení pacienta od přístrojů, které udržují jeho životní funkce.

Rozlišení mezi aktivní a pasivní eutanazií může být v jednotlivých případech obtížné. Platí totiž, že i nejednání vychází z našeho rozhodnutí, za které neseme zodpovědnost. „Nejednat“ také někdy znamená jednat (pokračovat v již započaté léčbě, která člověka drží při životě, ač on sám by již bez ní zemřel).

Rozlišení tedy není snadné. Přesto rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií je zřetelnější, pokud máme na paměti, že závěru života ponecháváme přirozený průběh (pasivní eutanazie), než když dojde k aktivnímu usmrcení druhého člověka, byť na jeho žádost (aktivní eutanazie).

*Přímá a nepřímá eutanazie:* v případě přímé eutanazie je hlavním cílem uspíšení či navození smrti druhého člověka. Nepřímá eutanazie umožňuje příchod smrti v důsledku jednání, které má jiné cíle, než je smrt sama o sobě. Základním cílem je například zbavit pacienta bolesti či jiného utrpení. Klasickým příkladem z praxe je právě podávání vysokých dávek léků proti bolesti, které mohou vést ke zkrácení života trpícího.

*Dobrovolná a nedobrovolná eutanazie:* zde je pojem dobrovolnosti spojován s osobou, která o eutanazii žádá. Dobrovolná eutanazie se má dít na základě žádosti pacienta, nedobrovolná se děje nejčastěji u více či méně nekompetentních pacientů na žádost rodiny a z rozhodnutí lékaře, který je přesvědčen, že život pacienta není dále možný.

*Asistovaná sebevražda:* zde se tímto slovním spojením rozumí situace, kdy lékař zprostředkuje nemocnému cestu ke smrti, kterou realizuje – uskuteční sám pacient (například jed, injekce). Lékař tedy opatří pacientovi prostředky, které pacient použije k uskutečnění sebevraždy

*Sociální eutanazie:* obsah pojmu souvisí s ekonomickou, geografickou či edukační nedostačivostí zdravotnického systému či zdravotníků dané země. Jinými slovy řečeno, jedná se o ekonomickou i etickou otázku čísla značného významu.

Žádný stát na světě nemůže poskytnout každému občanu, v každé situaci a na každém místě, ideální formu péče a vždy uplatňuje postupy reálně dostupné medicíny. Někteří nemocní jsou tedy sice léčeni postupy lege artis, ale mohou zemřít, ačkoliv je někde na světě prostředek pomoci znám.

Sociální eutanazie je tedy rezervována pro označení takových smrtí, ke kterým by nemuselo dojít, neboť zdravotní stav dotčených by bylo možné zlepšit nebo dokonce zcela upravit. Pochopitelně zde chybí podmínka nevyléčitelnosti, neblahé prognózy i přání pacienta. Ostatně lékař sociální eutanazii nevykonává, nýbrž bezmocně akceptuje daný stav, když předčasně zahajuje paliativní péči (Málek, 1990; Marešová, 1996; Haškovcová, 2001).

## 17.2 Pojmová nejasnost

Současná diskuze je často nejednoznačná a možná se dá říci i matoucí. Jde vlastně o to, co pojmově vymežíme jako problém eutanazie. Nabízí se tak otázka, které výše zmíněné situace označovat oprávněně oním termínem?

Prvním takovým případem je upuštění či přerušování léčebných či život udržujících zákroků tam, kde si to nemocný výslovně přeje. Nebo lze také předpokládat, že by si

to přál. Jde především o zákroky, které nemocného silně zatěžují a snižují kvalitu jeho života či lidskou důstojnost a nemají samy o sobě smysl. Jedná se například o přerušení kurativní péče v případě onkologického nálezu, kdy informovaný pacient se rozhodne přijít k péči paliativní, protože invazivní lékařské zákroky jsou vlastně zbytečné a v případě jejich aplikace by dokonce mohlo dojít k uspořádání smrti či radikálnímu snížení kvality života dotyčného. Lze tento postup nazvat pasivní dobrovolná eutanazie?

Druhým případem, jak jistě již čtenář tuší, je situace, kdy jsou nemocnému podávány bolest tišící léky, jejichž dávkování se na základě progredující choroby postupně navyšuje, což v důsledku povede ke smrti pacienta. Lze tento postup označit jako nepřímou dobrovolnou eutanazii?

Dle mého názoru by v současnosti prospělo odborné diskuzi jednoznačné terminologické zakotvení, které zjevně chybí. Dá se říci, že by debatě snad neuškodilo, pokud by výše uvedené dva příklady nebyly považovány za eutanazii v pravém slova smyslu. Jinak řečeno, termín eutanazie by se dále používal pro aktivní přímou cestu či pro asistovanou sebevraždu.

### 17.3 Nezahájení či ustoupení od léčby

Mnoho pacientů může jistě zbytečně trpět tím, že jejich život je za pomoci vyspělosti současné medicíny udržován déle, než tomu bylo dříve. Bohužel se pořád mnoho lékařů domnívá, že je vždy žádoucí užít všechny dostupné prostředky v boji o život či k prodloužení života (Quill, Brody, 1995).

Nutno dodat, že lékař může být k podobnému stanovisku v řadě případů tlačěn pacientem samotným, který chce přežít za každou cenu a který chce vyzkoušet všechny dostupné možnosti, aniž by si dokázal představit, co bude muset podstoupit. Podobný nátlak může vyvíjet i rodina pacienta – ať na lékaře či vlastního člena.

Za těmito situacemi můžeme hledat vícero motivů. Například lékař se může obávat odpovědnosti za pacientovu smrt. Velká část lékařů také chápe smrt pacienta jako vlastní prohru. Někdy rovněž může být užítí těchto život udržujících prostředků pro lékaře nejjednodušším řešením v tom smyslu, že se vyhne těžkému rozhodování o možnostech další léčby. Vyhne se tak odpovědnosti hovořit o nich s pacientem či jeho blízkými.

V mnoha zemích se o prostředcích, které život prodlužují za únosnou mez, diskutuje a hovoří o tzv. klidné smrti, při které je důslednou paliativní péčí ošetřena bolest a strádání na minimum, pacient není zanedbáván ani ponechán svému osudu a péče o ty, kdo nepřezijí, je stejně významná jako péče o ty, kteří zůstanou naživu (Callahan, ed., 1996).

Často je předmětem diskuze dodávání výživy a tekutin, ale také odpojení od přístrojů, jež nahrazují vitální funkce. V některých zemích proto existuje možnost předem písemně stanovit, které zákroky si člověk nepřaje, aby na něm byly prováděny. Jde například o možnost tzv. „living will“ či „DNR“ (do not resuscitate – neresuscitovat). Zákony některých zemí také umožňují ustanovit druhého člověka, který bude za nás rozhodovat v situacích, kdy již svou vůli nebudeme schopni vyjádřit. V ČR to zatím právně možné není.

Lze říci, že spolu s pokrokem medicíny si bude muset každá společnost stanovit etická a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné pacienty v terminálním stadiu (Baštecká a kol., 2003).

## 17.4 Možnosti lékaře

Odlišení paliativní péče od eutanazie je dáno etickým principem, který by měl být založen na přesném odlišení mezi úmyslem a následkem. V praxi to znamená, že lékař chce předejít utrpení pacienta (například zmírnit bolest), nechce pacienta usmrtit (Baštecká a kol., 2003).

Munzarová (2005) uvádí, že základní vodítka pro lékaře lze specifikovat následovně:

1. Život nemá být prodlužován za každou cenu a všemi prostředky.
2. Je nezbytné rozlišovat mezi terapeutickými prostředky běžnými a vysoce náročnými z hlediska aktuálního stavu pacienta a jejich dopadu na jeho život v souvislosti s léčbou.
3. Používání analgetik a sedativ je oprávněné, a to i v situacích, kdy hrozí zkrácení života, avšak za předpokladu, že jich nebude použito s úmyslem život ukončit.

Opakem výše uvedeného termínu klidná smrt je smrt špatná – dystanazie, která představuje naléhavý lékařský problém. Quill (1994, 1995) je toho názoru, že v řadě případů pacientovo přání zemřít může vypovídat o nedokonalé lékařské péči z hlediska sociálních a emocionálních potřeb, které nejsou saturovány, nikoli o touze ukončit utrpení, které lékař nedokáže přes veškerou snahu zvládnout.

Přání zemřít může pacient projevit v důsledku:

1. Únavy z akutní léčby.
2. Nerozpoznaných či nedostatečně léčených tělesných příznaků.
3. Přidružených psychosociálních problémů a z toho vyplývající duševní krize.
4. Klinické deprese.

Problém, jak dále uvádí Quill a Brody (1995), vzniká tehdy, když pacient prožívá nesnesitelné utrpení, které i přes veškerou snahu a technické zázemí nedokáže lékař zvládnout. Co v tomto případě můžeme udělat pro pacienta, kterého medicína není schopna zbavit nesnesitelného strádání?

## 17.5 Současná situace ve světě

Diskuze o eutanazii přímo souvisí s uzákoněním eutanazie či asistované sebevraždy v několika zemích. Eutanazie či asistovaná sebevražda je v současnosti uskutečnitelná v Holandsku, Belgii, Lucembursku, Švýcarsku, Japonsku.

Rovněž v USA ve státě Oregon, Washington a Montana (O'Reilly, <http://www.ama-assn.org/amednews/2010/01/18/prsb0118.htm>, 3. 10. 2011).

Jak uvádí Špinková a Špinka (2006), ukončení života druhého člověka lékařem je možné například v Holandsku za přesně stanovených podmínek:

1. Lékař se ujistil, že pacientova žádost je dobrovolná a dobře uvážená a že pacientovo utrpení je nesnesitelné a není naděje na jeho zlepšení.
2. Lékař informoval pacienta o jeho situaci.
3. Lékař společně s pacientem dospěl k názoru, že se nenabízí žádná rozumná alternativa k eutanazii.
4. Lékař konzultoval s jedním nezávislým lékařem situaci. Tento lékař viděl pacienta a podepsal prohlášení, že výše zmíněné podmínky byly splněny.
5. Lékař ukončil pacientův život s náležitou lékařskou péčí.

Dle výše citovaných autorů mezi podmínky nepatří, že nemocný musí být v terminální fázi onemocnění. Příslušné podmínky rovněž nevyžadují, aby nemocný fyzicky trpěl. Utrpení může být pouze psychické povahy. Pacient může také své přání vyjádřit písemně předem. Po konzultaci s rodiči je možné vyhovět také obdobnému přání nezletilého pacienta staršího 16 let. U pacientů mezi 12 až 16 roky je zapotřebí nikoli konzultace, ale souhlas rodičů.

## 17.6 Marná léčba

Medicína se musí otevřít smrti, nejde vítězit vždy a nejde pokoušet se o vítězství za každou cenu. Skutečným nepřítelem lékaře by se měla stát taková smrt, která přichází v nesprávnou dobu a z nesprávné příčiny nebo nesprávným způsobem.

Všechny tyto tři podmínky nás odkazují k zamyšlení, které souvisí s problémy jako: sdělování diagnózy, přechod z kurativní péče na péči paliativní, respekt k přidruženým psychosociálním problémům pacientů a pochopitelně všeobecnému strachu ze smrti, který se nevyhýbá ani zdravotníkům (Quill, Brody, 1995).

Lékař by měl rozpoznat, kdy je další léčba marná, a v takovém případě nabídnout pacientovi především péči a poradenství, které se bude týkat kvality a smyslu jeho zbývajících života (Haškovcová, 2007).

Určit oprávněnost tohoto kroku není jednoduché. Jiná jsou kritéria z pohledu lékaře (jeho znalostí a možností), jiná z pohledu pacienta a jeho rodinných příslušníků, jiná přicházejí v úvahu z hlediska převažující zdravotní politiky a ekonomiky (Baštecká a kol., 2003).

Je důležité, aby se jednotlivé důrazy nezaměňovaly. To znamená, že pacientovu kvalitu života nemůže posuzovat lékař, nýbrž pacient či jím zvolený zástupce. V našem právním řádu zatím bohužel nevzniká prostor pro takový postup, který by byl legální a který by mohl přinést pomoc a orientaci nejen pacientům, ale rovněž lékařům (Marek, Kalvach, Sucharda a kol., 2001).

Špinková a Špinka (2006) se domnívají, že řešení by mohl přinést zákon o dokumentech již zmiňovaných. Jedná se o tzv. „Living will“ či „DNR“ (do not resuscitate). Problematika dystanazie (zadržaná smrt) je lékařský problém, který bývá bezprostředním důvodem úvah o eutanazii, která se může jevit jako vhodné řešení. Rovněž nedostatečná znalost paliativní medicíny mezi laickou i odbornou veřejností hraje svou roli.

Lze tedy uvažovat nad tím, zda by debaty o legalizaci eutanazie nemohly být prozatím odsunuty stranou a nyní nahrazeny debatou o ukončení marné léčby, která zbytečně způsobuje utrpení a prodlužuje život za přijatelnou mez? Rovněž zkvalitnění paliativní péče a zvýšení její dostupnosti se jeví nyní jako podstatné.

## 18 Zkušenost blízkosti smrti – Near death experience

„Nevěřím v posmrtný život, ale pro jistotu si s sebou vezmu rezervní prádlo.“  
**Woody Allen**

Slovo klinický je řeckého původu (základ *kline*) a znamená lůžko, lehátko a souvisí také se slovním spojením naklánět se. Slova klinika a klinický dnes používáme ve čtyřech hlavních významech a všechny se odvozují od původního a tím je lůžko.

1. Lůžkový: klinika jako lůžkové zařízení.
2. Praktický výukový: klinika jako zařízení, kde probíhá vyučování studentů u lůžka nemocného
3. Pro danou osobu či pro dané onemocnění jedinečný.
4. Vycházející z pozorovatelné zkušenosti.

Klinickou smrt představuje zástava dechu a srdeční činnosti. To, že se člověk nachází ve stavu klinické smrti, můžeme zjistit bez pomoci lékařské technologie (za oficiálně mrtvého jsme prohlášeni teprve tehdy, pokud přestane fungovat náš mozek) díky pozorování, které vychází ze zkušenosti. Stav klinické smrti je bezesporu jedinečný. Člověk se z něj může vrátit zpět do života a zpravidla na něj tento zážitek silně zapůsobí – byl na samém okraji a rozhraní mezi životem a smrtí. Navíc někteří lidé se vrací s příběhem, který navždy změní jejich pokračující život (Baštecká, Goldmann, 2001).

Se změněným stavu vědomí má každý člověk vlastní zkušenost. Známe spánek, většina lidí má nějaké noční sny a také typické sny denní. Ke změněným stavům vědomí může docházet také díky cílené činnosti člověka – konzumace drog (látek, které mění vědomí nebo způsobují závislost, popřípadě obojí), dále také díky celé řadě psychofyzických postupů, jako je tanec, rytmické bubnování, meditace, běh na dlouhou trať, dálkové plavání, cvičení taijiquan, qigong, sensorická deprivace, dlouhodobé hladovění, holotropní dýchání (Grof, Grofova, 2011).

V řadě preliterárních společností existovaly osvědčené postupy, pomocí kterých bylo možno docílit změněného stavu vědomí. Tento, pro účastníka jedinečný zážitek, měl zpravidla umožnit jeho uzdravení, vzhled do právě řešeného problému, to, co bychom dnes nazvali osobnostní růst, popřípadě přechod z jednoho vývojového stadia do druhého nebo pochopení spirituální úrovně individuální existence. Za často dramatických okolností docházelo k životní reorientaci, změně hodnotového spektra a životního zaměření, reimprintu, symbolickému znovuzrození (Leary, 1999).

Pokud se podíváme z úhlu poslední věty na stav klinické smrti, můžeme konstatovat totéž. Za dramatických okolností, rozhodujících o bytí či nebytí, dochází u řady lidí ke stavu změněného vědomí, který je charakterizován spektrem prožitkových fenoménů a zpravidla má posléze i dopad na další život takového jedince. V odborné i populárně-naučné literatuře se můžeme setkat s názvem Zkušenost – zážitek blízkosti smrti

(Near death experience, dále v textu zkratka NDE). Prevalence tohoto jevu mezi lidmi, kteří se dostanou do stavu klinické smrti, kolísá okolo čísla 20 % (Kupka, 2000).

## 18.1 Historie problému

„Nikdo se nevrátil z míst, kam odešli naši mrtví, ale jsou někteří, kteří zemřeli, a od nich se můžeme něco naučit,“ napsal v 16. století renesanční filozof Michel Montaigne, který byl po závažném úrazu zaujat závatnými prožitky bezprostředního kontaktu se smrtí, a který si posteskl, že se mu nepodařilo proniknout do samotného jejich středu (Vojtěchovský, 1980).

Co se nepodařilo jemu, daří se jiným o čtyři století později. První seriózní studii uskutečnil švýcarský profesor geologie a vášnivý horolezec Albert Heim z Curychu.

### 18.1.1 Albert Heim

Sám zažil téměř tragický pád v Alpách, při němž prožil mystický zážitek a začal po zbytek života sbírat pozorování lidí, kteří prožili něco podobného (vojáci poranění v bitvách, zedníci, pokrývači a horolezci, kteří spadli z výšky, rybáři, kteří téměř utonuli).

Nejdůležitější část Heimovy studie je však ta, která pojednává o alpských horolezcích, kteří se zřítili ze skály a následně byli zachráněni. Patřili mezi ně i jeho tři kolegové. Své poznatky poprvé přednesl před členy Švýcarského alpského klubu (Grof, 2007).

Závěry Heimovy práce poukazyvaly na fakt, že v 95 % případů se subjektivní prožitky z těchto hraničních situací mezi životem a smrtí navzájem velmi podobají, a to bez ohledu na okolnosti, v nichž se udály. Prakticky všichni ti, kteří se dostali do blízkosti smrti (ať už se jednalo o tonutí, pád, postřelení v bitvě atd.), referovali o zvláštním prožitku, v němž neexistuje bolest či zoufalství, žal ani velká úzkost, tedy emoce, které mohou lidi ochromit v případech nebezpečí menšího, jež život bezprostředně neohrožuje (Grof, 2009).

Nejprve se objevilo zrychlení a zesílení mentální aktivity, uvědomění si situace i jasná anticipace vlastní smrti. Následoval prožitek panoramatického přehlednutí dosavadního života a po něm nastupující pocity míru, klidu a vyrovnanosti s mystickými vizemi (hudba, dramatická krajina, setkání s božskými – archetypálními bytostmi, setkání s dříve zemřelými). Rovněž čas se velice rozšířil a lidé jednali bleskovou rychlostí a na základě přesného odhadu situace, v níž se nacházeli. Podle Heima situace, při nichž dochází ke konfrontaci se smrtí, jsou otřesné spíše pro bezprostředního pozorovatele než pro oběť (Mohapl, 1988).

Heim (1892 in Grof, 2009) ve svém pojednání dospěl k závěru, že smrt způsobená pádem je subjektivně velice příjemná. Ti, kteří zahynuli v horách, zhlédli v posledním okamžiku života ve stavu proměny svou osobní minulost. Byli zbaveni tělesné bolesti, napadaly je hluboké myšlenky, slyšeli nádhernou hudbu a cítili mír a smíření.



### 18.1.2 Výzkum Davida Rosena

Stěžejním přínosem pro výzkum zabývající se situacemi blízkými smrti byla studie Davida Rosena, psychiatra z Langley Porter Neuropsychiatric Institute v San Francisku. Rosen provedl následné rozhovory s devíti lidmi, kteří přežili sebevražedný skok z mostu Golden Gate a Bay Bridže. Rosen analyzoval povahu subjektivních zážitků během pádu a dlouhodobé účinky této události na život přeživších.

Všichni lidé, kteří skok přežili, hovořili o mystickém stavu vědomí, který se vyznačoval ztrátou vnímání časoprostoru a pocitem duchovního znovuzrození a jednoty s ostatními lidskými bytostmi, s veškerým vesmírem a Bohem.

V důsledku těchto blízkých setkání se smrtí prošli někteří hlubokou náboženskou konverzí. Když Rosen zkoumal životy přeživších po jejich sebevražedném pokusu, zjistil přítomnost pozitivních změn jejich emočního stavu, myšlení a chování. Pozoruhodný aspekt této proměny spočíval v náhlé a silné vlně zájmu o duchovní záležitosti, došlo k oslabení sebedestruktivních sklonů, zvýšila se vitalita těchto osob a radostné přijetí existence.

Rosen konstatoval, že tato zkušenost u většiny z nich změnila jejich život k lepšímu. V popisu oné změny zaznívaly podobné charakteristiky jako výše uvedené: opětovné nalezení smyslu, zázrak života, cit pro přítomný okamžik, blízkost k lidem a soucit s ostatními (Rosen, 1975; Yalom, 2006; Grof, 2009).

### 18.1.3 Russell Noyes

Intrapsychické fenomény v situacích bezprostředního ohrožení života byly podrobně zpracovány a publikovány také americkým psychiatrem Russellem Noyesem (1971, 1972). Autor se v nich pokusil kategorizovat děje probíhající ve vteřinách či minutách do několika stadií.

1. **Rezistence:** Člověk si uvědomuje bezprostřední ohrožení života, což v něm indukuje úzkostné až panické prožívání. To vyústuje ve snahu aktivně zvládnout nebezpečnou situaci a bojovat s tendencí upadat do pasivní rezignace. Pomine-li ohrožení, zůstává na tento prožitek vzpomínka především jako na nepříjemnou panickou reakci.
2. **Uklidnění:** Je-li však ohrožení života prolongované, obranných rezerv ubývá, nastupuje pocit uklidnění až blaženosti, takže i pohled na blížící se vlastní smrt lze prožít relativně klidně. Člověk v tomto okamžiku může být ke smrti dokonce přitahován. Strach je vystřídán klidem a vyrovnaností. Přijímá se rezignace a bilance, že se nedá nic dalšího podniknout.
3. **Rozštěp jáství:** Člověk se vidí mimo vlastní tělo, vnímá se jako aktivní a objektivní pozorovatel, který přijímá smrt, jako by se ho netýkala (zážitek opuštění vlastního těla, Out of body experience). Může se dostavit panoramatický přehled dosavadního života, který je doprovázen příjemnými a mimořádně silnými emocemi. Zastavuje se čas, člověk prožívá „sounáležitost“ s vesmírem, poznává smysl lidské existence a existence vůbec, zaniká vlastní vůle a dochází k poznání jakési vyšší moci či zákonů. V tomto okamžiku, pokud je proces ireverzibilní, většina lidí zřejmě umírá.

Noyes a Kletti (1977) se domnívají, že intenzivní rozpomenutí se na minulost (panoramatický přehled vlastního života) může být způsobeno náhlou ztrátou budoucnosti. Stárnoucí lidé to mají podobně. I oni omezují své investice do budoucnosti a obracejí se k minulosti. Tuto závěrečnou rekapitulaci lze chápat v existenciálním kontextu. V okamžiku smrti je existence každého umírajícího dovršena do konečné podoby. Právě z tohoto důvodu byla smrt chápána vždy jako vrcholný okamžik života, ve kterém může jedinec dosáhnout závěrečné bilance a vzhledu, jaký jeho život vlastně byl.

Umírající, který tuto závěrečnou rekapitulaci podstupuje, tím dává transcendentální smysl vlastní existenci. Začleňuje se do univerzálního řádu, se kterým splyne. To může být chápáno jako jednoznačné potvrzení duchovních aspirací umírajícího.

V mnoha případech jsou tyto zážitky natolik inspirující a naplňující, že ti, kdo je zažívají, skutečně zatouží zemřít, takoví lidé pak bývají často rozhořčeni, že jsou oživeni a vracejí se zpátky do běžného života (Moody, 1991; Ring, 1991; Jung, 1994; Grof, 2009).

Podobné prožitky byly pozorovány rovněž samozřejmě i v jiných situacích, než je umírání. Jednalo se o situace, při kterých docházelo k omezenému zásobení mozku kyslíkem: vysoké nadmořské výšky, narkóza. Noyes (1971, 1977) rovněž postřehl blízkou podobnost zážitku při umírání se stavy, které jsou vyvolané pomocí psychedelických drog – LSD, Ketamin. Podobné paralely lze objevit i v díle Grofa (2009).

#### **18.1.4 Carl Gustav Jung**

V tomto bodu nutno také zmínit zkušenost C. G. Junga. Tento fenomenální švýcarský psychoterapeut sám prožil po srdečním kolapsu to, co bylo mnohem později nazváno zkušenost – zážitek blízkosti smrti (NDE). Začátkem roku 1944 si zlomil nohu a poté přišel srdeční kolaps. Ve stavu bezvědomí prožíval vize, které musely začít, když byl v bezprostředním ohrožení života. Obrazy byly tak ohromné a působivé, že o několik let později je Jung literárně zpracoval (Jung, 1994).

#### **18.1.5 Výzkum Raymonda Moodyho**

Na výše uvedené autory navázal později širší veřejnosti mnohem známější americký lékař Raymond Moody a po něm další průkopníci v oblasti thanatologie. Jednalo se především o E. K. Rossovou (1992), K. Ringa (1991), W. Atwatwrovou (1996). Z domácích autorů můžeme jmenovat například M. Vojtěchovského (1980), V. Fessla (1991), S. Grofa (2009).

### **18.2 Výčet základních intrapsychických fenoménů jevu NDE**

Fenomény, které umírající retrospektivně uvádějí, je možno rozdělit dle Moodyho (1991) do čtrnácti kategorií.

1. Obtížnost až nemožnost popsání zážitku.
2. Zaslechnutí výroku konstatující smrt – vnímání léčebných zákroků. Jejich realnost je možno ex post identifikovat z dokumentace nebo explorační zdravotního personálu.

3. Pocity míru a klidu – nejčastěji bývají popisovány jako harmonie, lehkost, blaho.
4. Vnímání různých zvuků – střídají se příjemné, ale i nepříjemné, přičemž nepříjemné převládají (hučení, vytí, praskání, víření).
5. Cesta tunelem – vtažení do tmavého úzkého prostoru (komín, soutěska, roura). Jindy přechod mostu, louky apod. Dostávají se pocity padání, rotace, propadání se.
6. Opouštění vlastního těla – OUT OF BODY EXPERIENCE. Umírající se stává divákem, jenž nezúčastněně pozoruje své tělo. Přitom má pocity lehkosti, odhmotnění. Někdy je toto stadium také samostatně popisováno jako Lazarův syndrom.
7. Setkání se s dříve zemřelými přáteli, příbuznými. Umírající je jimi jakoby očekáván a vnímá je jako své průvodce.
8. Fenomén světla – patří k nejsilnějším zážitkům. Umírající se setkává s bílým světlem, s nímž je možno „telepaticky“ komunikovat.
9. Panoramatický přehled dosavadního života od dětství až po současnost.
10. Hranice nebo předěl – člověk vnímá bránu, plot, hranici a tuší, že její překročení znamená nemožnost návratu.
11. Návrat – obvykle se děje stejnou cestou, tedy pádem tunelem. Bývá spojen s příkazem „vyšší moci“. Provází ho pocit stesku. Ve většině případů se člověk ovšem probere až ve vlastním těle, bez vzpomínek na návrat.
12. Zábřany ve sdělování zážitku – lidé se obávají, že budou považováni za šílence, že je lepší zážitek držet v tajnosti. Většinou také chybí slova a verbální možnosti k vyjádření toho, co bylo obsahem zážitku.
13. Vliv zážitku na další život – pocity vnitřního obohacení, sklon k přemýšlivosti, zájem o spiritualitu a filozofii, potřeba studovat, změna dosavadního hodnotového schématu.
14. Nový náhled na smrt – mizí strach ze smrti, bývá považována jakožto začátek jiné existence (Moody, 1991).

### 18.3 Rámec jevu NDE

I přes takto provedenou kategorizaci a nápadnou podobnost jednotlivých kazuistik je nutno konstatovat, že nejsou ani dvě z nich naprosto stejné. Řada prvků je nezanedbatelně kulturně determinována – někdo projde branou, jiný tunelem, někdo spatřuje ve světle Krista, jiný anděla a další ho neztotožňuje s ničím konkrétním.

Ani v jednom případě neobsahovalo vyprávění všechny uvedené prvky. A ani jediný prvek nebyl obsažen ve všech vyprávěních bez výjimky. Rovněž jednotlivá stadia nemusí mít přesný sled, jaký byl uveden.

Kam dospěl prožitek umírajícího, závisí na tom, zda došlo až ke klinické smrti a jak dlouho trvala. Obvykle jsou prožitky komplexnější u těch jedinců, kteří opravdu byli ve stavu klinické smrti, než prožitky těch, kteří se smrti pouze přiblížili v situacích různého ohrožení. A samozřejmě lidé, kteří byli ve stavu klinické smrti delší čas, došli dále než ti, kteří byli resuscitováni poměrně záhy.

Někteří jedinci si po oživení na nic mimořádného nepamatují. Neuvádějí ani jeden z dominujících znaků (Rossová, 1997; Grof, 2009).

## **18.4 Bližší charakteristika čtyř základních intrapsychických fenoménů jevu NDE**

Rossová (1992), Ring (1991), Moody (1991) i Grof (2009) se ve shodě domnívají, že mezi klíčové fenomény jevu NDE patří zážitek opuštění vlastního těla (OUT OF BODY EXPERIENCE – EXOSOMATICKÝ ZÁŽITEK), fenomén světla, dále panoramatický přehled dosavadního života a vliv zážitku na další život. Pojdme se tedy na tyto čtyři kategorie podívat více z blízka.

### **18.4.1 Opuštění vlastního těla**

Většina lidí se identifikuje se svým fyzickým tělem. Máme samozřejmě také mysl, ale ta nemusí být koneckonců nic jiného než elektro-chemická aktivita mozku, který je částí fyzického těla. Pro mnoho lidí je tudíž velice obtížné si byť jen představit, že by člověk mohl existovat i jinak než fyzicky.

Proto má také umírající takový pocit překvapení, když se dívá na své tělo z nějakého bodu mimo ně jako divák. Reakce na tento stav mohou být velmi rozdílné. Některé lidé uvádějí, že se snažili dostat zoufale zpátky, ale neměli vůbec tušení, jak to udělat. Jiní se pamatují, že prožívali až panickou úzkost, jiní se cítili naopak skvěle.

Zajímavé jsou také rozdílné přístupy k tělům. V některých kazuistikách lidé popisovali, že prožívali silnou lítost při pozorování svého zmrzačeného těla. Jiným připadalo jejich tělo cizí, nepoznávali je. Dále existují lidé, kteří ke svému tělu necítili vůbec nic.

Jsou zaznamenány výpovědi, kdy lidé prožívali sami sebe jako „čisté vědomí“ a nezaujímal žádný prostor. Mnohem rozšířenější jsou ovšem případy, kdy lidé vypovídají, že byli i po opuštění fyzického těla v nějakém jiném druhu těla. Mimo své fyzické tělo se stali pozorovateli toho, co se kolem nich děje. Uvědomovali si ovšem existenci určitého stavu bytí a těla, ve kterém se nacházeli. Ve svých výpovědích označovali toto tělo přívlastkem „duchovní“.

Jak takové tělo vypadá a má nějaký tvar? Všichni, kteří se k tomuto aspektu své zkušenosti vyjadřovali, popisovali duchovní tělo jako amorfní oblak kulovitého tvaru, který má horní i dolní konec. Výrazy používané v popisech obsahují slova jako: mlha, oblak, svazek barev, energetické pole. Všichni mluví také o nadčasovosti svého stavu. Ačkoli popisují svůj pobyt v duchovním těle v časových pojmech (lidský jazyk je časový a prostorový), čas nebyl prvkem jejich prožitku (Moody, 1991).

Jungův názor na tento problém se dá shrnout v myšlence, že pokud život po smrti pokračuje, nemůžeme si představovat žádnou jinou existenci než psychickou, neboť život duše nepotřebuje prostor ani čas. Naše pojmy prostoru a času mají jen relativní platnost (Jung, 1994).

Umírající si z počátku uvědomují svá „duchovní těla“ v projevech jejich omezenosti. Především zjišťují, že i přes zoufalou snahu nejsou schopni se s ostatními dorozumět.

Jsou neslyšitelní a neviditelní. Chyběl rovněž cit pro teplotu (v několika výpovědích je udáván pocit příjemného tepla) a nikdo z dotázaných neuváděl čichové ani chuťové vjemy. Duchovnímu tělu chybí navíc hmotnost a hustota. Lidé mají pocit vznášení se, nemohou se ničeho dotknout, předměty jimi pronikají. Ti, kteří tuto zkušenost ve stavu klinické smrti poznali, uvádějí, že si byli vědomi nepřítomnosti fyzického pocitu tělesné váhy, pohybu a polohy (chybění kinestezie).

To, co je vnímáno nejprve jako omezení, může být posléze pochopeno a poznáno jako výhoda. Kupříkladu změna místa je možná pouhým pomyšlením. Lidé, kteří tento stav zažili, rovněž uvádějí, že začali myslet jasněji a rychleji. Všechno bylo možno pochopit napoprvé, aniž by se to muselo opakovat, vše mělo jasný řád a smysl, který jim dříve unikal a nyní byl jasně zjevný. Schopnosti slyšet a vidět zůstaly nedotčeny. Navíc ve výpovědích je zdůrazňováno, že byly dokonalejší a citlivější (Moody, 1991).

Zdá se, že ani vážné poškození fyzického těla neovlivní funkci těla „duchovního“. Rossová realizovala se svými kolegy následující výzkum. Zaměřila se na lidi, kteří ztratili zrak a měli mimotělesný zážitek. Byli dotazováni jen ti, kteří neměli alespoň deset let světelný vjem. Tito slepci dokázali detailně popsat, jaké barvy oblečení měli na sobě ti, co tehdy byli přítomni, co měli oblečeného, jak vypadala celá scéna okolo. Navíc tyto věcné obsahy bylo možno posléze doložit (Kübler – Ross, 1997).

Jev opuštění vlastního těla není omezen pouze na situace, v nichž se jedinec ocitá blízko smrti. Můžeme se s ním setkat rovněž u mimosmyslového vnímání (extra sensory perception), psychospirituální krize, psychického otevření, hluboké prožitkové psychoterapie, při požití psychedelických látek, meditace. Může se jednat o izolovanou epizodu nebo řetězce událostí, které lze dát do souvislosti s výše popsány situacemi (Grof, 2009).

Některé výzkumy ukazují, že lidské vědomí je mozkiem zprostředkováno a operuje v úzké souvislosti s ním, že však v mozku nevzniká, ani na něm není závislé. Neurochirurg Wilder Penfield je toho názoru, že vědomí je schopné provádět mnoho výkonů, které lidský mozek ani smyslové orgány dělat nedokážou. Ve své knize *The Mystery of Mind* (Záhada mysli) prohlásil, že podle jeho názoru nemá vědomí v mozku svůj zdroj (Grof, 1999).

Mnohem dříve k podobnému závěru dospěl C. G. Jung, který tvrdil, že byla učiněna překvapivá pozorování u hlubokých bezvědomých stavů po aktuálním poranění mozku a těžkých kolapsových stavů. V obou případech mohou i při hlubokém bezvědomí existovat vjemy vnějšího světa, jakož i intenzivní zážitky snového charakteru, což svědčí o pozoruhodné a dosud neobjasněné schopnosti zachování vědomí, a to i ve stavu zdánlivého bezvědomí (Jung, 1994).

#### **18.4.2 Fenomén světla**

Snad nejsilnější společný znak v prožitcích blízkosti smrti je setkání s velmi jasným světlem. Tento fenomén mívá zásadní vliv na člověka, který se s ním setkal. Bývá typické, že světlo je nejprve tlumené, rychle se ovšem zesiluje, až dosáhne „nepopsatelné“ jasnosti. Charakteristické pro něj je také to, že i přes velmi silný jas neoslepuje, nepíchá do očí, nebrání ve vidění jiných věcí. Bývá obvykle popisováno jako bílé nebo čiré.

Na celé věci je vcelku udivující, že ve většině popisů je světlo chápáno jako něco živého, jako bytost, něco „obdařeného“ vědomím a inteligencí. Lidé, kteří tento intrapsy- chický fenomén ve stavu klinické smrti poznali, se navíc shodovali i v charakteristice tohoto světla. Vyzářovalo z něj teplo, přijetí, láska. Člověk na prahu života a smrti se cítil tímto světlem přitahován, obklopen a pohlcen.

Popis světla byl veskrze shodný. Ovšem na základě kulturního zázemí a náboženské výchovy se měnila identifikace případ od případu. Někteří světlo ztotožňovali s Kristem, jiní s Duchem svatým, další s andělem či dharmakájou atd.

Krátce po svém objevení začne světlo s člověkem komunikovat – nonverbálně, telepaticky. Lidé uvádějí, že žádný skutečný hlas neslyšeli, spíše že šlo o neomezený tok myšlenek. Výměna myšlenek neprobíhá v mateřském jazyce. Ale spíše celostním pochopením smyslu sdělení, což se pochopitelně opět vcelku těžko vysvětluje a převádí do našeho způsobu vyjadřování.

Lidé uváděli, že světlo krátce po svém objevení k nim vyslalo otázku, ve které se zrcadlil následující smysl: „Jsi připraven zemřít?“ nebo „Můžeš se ve svém životě něčím prokázat?“ nebo „Co jsi udělal v životě dobrého?“

I když obsah těchto myšlenek má hluboký citový dopad, nezdá se, že by otázky měly charakter hrozby nebo odsouzení. Všichni se v drtivé většině shodovali, že otázka nebyla položena ve smyslu obvinění. Spíše se zdá, že jejím účelem má být pokyn, aby člověk o svém životě přemýšlel a ujasnil si ho. Jedná se o otázku sokratovského typu, která je kladena ne pro získání informace, ale aby pomohla tázanému najít cestu k pochopení (Moody, 1991).

### **18.4.3 Panoramatický přehled dosavadního života**

Kontakt se světlem bývá předehrou k prožitku překvapivě intenzivnímu, kdy je pro- žívající osobě promítnut panoramatický přehled dosavadního života. Zdá se, že často je právě světlo jakoby strůjcem tohoto procesu. Přežijí tuto domněnku uvádějí.

Vzpomínky bývají velice rychlé, následují jedna za druhou v chronologickém sledu. Jiní lidé si ovšem časové pořadí nepamatují. Vzpomínky podle nich přišly naráz jako jeden celek. Přehled je popisován jako neobyčejně živý, barevný, plastický a je založen na pohyblivých obrazech. Někteří z dotazovaných tvrdí, že ačkoli to neumí vysvětlit, bylo v přehledu úplně vše. Od nejmenších detailů až po závažné události (Atwaterová, 1996).

Tento jev by snad potvrzoval i výzkumy prováděné u vysoce hypnabilních osob, kte- ré byly schopny si rozpomenout do nejmenších detailů na události ze svého života. Byl u nich vyvolán jev hypermnie, což svědčí pro hypotézu, že vše, co prožijeme, je v nás zapsáno (Plháková, 2004).

Někteří lidé charakterizují prožitek panoramatického sledu jako jakési výchovné působení světla. Zdá se, že byly zdůrazňovány především dvě věci – naučit se milovat druhého a nabývat poznání (Moody, 1991).

Pro přesnost je také nutno uvést, že v některých zážitcích probíhá panoramatický přehled, aniž se světlo objeví. Tam kde je kontakt se světlem, bývá prožitek silnější. Nic- méně přehled bývá líčen v obou případech jako rychlý, živý a přesný. Byl zaznamenán

i v situacích, kdy se o klinickou smrt nejednalo a člověk se dostal „jen“ do nebezpečí nebo byl poraněn (Ring, 1991; Staford, 2006).

#### **18.4.4 Vliv zážitku NDE na další život**

Po návratu do života si lidé s sebou přinášejí část pocitů, kterými byl prožitek provázen a které jsou velmi těžko verbalizovatelné. Nezanedbatelná část lidí je po nějakou dobu neschopna zpětného zakotvení v realitě. Často nastupuje období zmatku, dezorientace a depresí. Znovu vést život jako dřív stojí hodně námahy a času (Atwaterová, 1996).

Literárně zdařilý příklad tohoto jevu předkládá opět C. G. Jung: „Nemohl jsem jíst, poněvadž jsem neměl chuť k veškerému jídlu. Výhled na město a hory mi připadal jako nějaká malovaná záclona s černými děrami nebo jako nějaký potrhaný list novin s fotografiemi, které mi nic neříkaly. Zklamán jsem přemýšlel, že se opět musím vrátit do tohoto systému bedniček“ (Jung, 1994, str. 251).

Co se deziluze, nechuti k životu týká, většinou postupně odezní a jedinec se vrací a zapojuje se zpět do životního běhu. Vždy mu ovšem zůstává něco navíc, co jeho život posunuje jiným směrem nebo ho úplně mění (Kübler – Ross, 1997).

Je nutné zdůraznit, že člověk, který NDE prožil, nemá naprosto žádné pochybnosti, že vše bylo skutečné a důležité. O svém prožitku vypovídali lidé, kteří byli schopni rozlišit sen a fantazii od skutečnosti. Jednalo se o citově vyvážené jedince (Grof, 2009).

Přestože jsou si svými prožitky jisti, uvědomují si, že naše společnost není nakloněna tomu, aby přijímala vyprávění podobného druhu s pochopením (zvláště lékaři). Řada z nich uvedla, že v popředí stála obava, aby nebyli pokládáni za duševně vychýlené (Moody, 1991).

Většina osob rovněž neochotně sděluje své vzpomínky, obávají se, že jim nikdo nebude věřit, a kromě toho nejsou schopny najít adekvátní slova pro vyjádření svých zážitků (Mohapl, 1998).

Z dlouhodobé perspektivy a na základě výzkumů Moodyho (1991), Ringa (1991), Atwaterové (1996) a dalších můžeme dnes říci, že působení prožitku na pokračující život má zpravidla jemnou a tichou formu. Lidé se zážitkem uvádějí, že jejich život se stal plnějším a hlubším, více přemýšlejí o filozofických a spirituálních otázkách. Kupříkladu z Moodyho závěrů je patrné, že nikdo z 300 jedinců, které zkoumal, se nedal cestou kázání lidem, ale spíše cestou práce na sobě (Moody, 1991).

Lidé uváděli, že začali klást důraz na prožívání přítomného života. Nezajímala je tolik už jejich minulost ani dalekosáhlé a detailní plánování budoucnosti. Vztah k fyzickému tělu pozbyl sílu nutkavé naléhavosti, dle jejich názoru je mysl důležitější a zkušenosti, které můžeme v průběhu života získávat, zde zůstanou i tehdy, když akcie naší fyzické atraktivitu vyhlásí úpadek (Kupka, 2008).

Osoby se zážitkem NDE dále uváděly, že se zvýšila jejich empatie a schopnost porozumění a naslouchání druhým. Lidé pochopili, že není potřeba zabývat se přehnaně sebou samým, ale věnovat se okolnímu životu – otázkám a úkolům, které před nás staví. Zde se nabízí zajímavá paralela k myšlenkám Frankla a Längleho, kteří hovoří o potřebě sebeodstupu a sebezpřesahu, jakožto dvěma základními podmínkami prožívání smysluplného života (Halama, 2000; Greyson, 2006).

Shodně je zdůrazňováno získávání vědění, znalostí, vzdělání. Osoby, se kterými hovořil Moody, se necítily morálně nadřazené ostatním, neměly pocit, že by byly lepší než ostatní. Jejich prožitek jim dal nové životní cíle, úkoly, morální zásady a hodnoty (Moody, 1991).

Lidé se zážitkem zaujímají i zcela nový postoj vůči materiálním hodnotám. Můžeme se u nich setkat s určitou formou antimaterialismu. Přirozeně je mylné se domnívat, že tito lidé nemají vůbec žádný zájem o majetek. Dovedou se těšit z pěkných věcí, které mají, ale nejsou na nich závislí. Nežijí pro ně a na škále životních hodnot nemají spotřební věci žádnou přední pozici (Atwaterová, 1997; Grof, 2009).

Další zajímavou skutečností je také to, že nikdo se zážitkem NDE se nesnažil vykreslit mytologickou představu toho, co je po smrti. Ve většině případů je odmítán model typu NEBE – PEKLO. Lidé se spíše vrací s představou, že nejde o jednostranný soud, ale spíše o společnou cestu a spolupráci k dosažení toho, co nelze pojmenovat (Grof, 2009).

A konečně postoj ke smrti a vlastnímu zániku. Každý z dotázaných dal najevo, že se smrti nebojí. Žádný člověk se zážitkem ovšem smrt nevyhledává, všichni rovněž odmítli sebevraždu jako cestu k návratu do „světa“, který zahlédli ve svém prožitku. Být mrtev však pro ně není odpudivé. Smrt bývá popisována jako přechod do jiné životní formy, v jiné frekvenci. Okamžik smrti je tím zcela jedinečný, krásný a osvobozující zážitek, který člověk může prožít bez útrap a strachu. Aramejský překlad pro slovo smrt doslovně zní: „Ne zde, přítomen jinde“ (Kübler – Ross, 1997).

Grof (2009) uvádí následující přehled změn v souvislosti s jevem NDE: zvýšená chuť do života, sklon žít v přítomnosti, trávit méně času lpěním na minulosti a fantaziemi budoucnosti. Odmítavý postoj k hodinám a harmonogramům, časové tísně a uspěchanosti. Méně zájmu o majetek a hmotné cíle. Zaměření na studium, seberealizaci a sebetranscendenci (pomoc druhým). Klesá spotřeba alkoholu, cigaret a jiných drog. Objevuje se u nich zvýšená schopnost milovat ostatní – lidi, zvířata, přírodu a život vůbec. Zážitek NDE probouzí spiritualitu nekonfesní – nesektářskou.

Pokud je člověk konfrontován s vlastní smrtelností, může u něj dojít k vytvoření diametrálně odlišného vztahu k bytí, přičemž tato změna je patrná a jasně rozpoznatelná i okolím. Tyto myšlenky jsme diskutovali vlastně v úvodních částech textu v souvislosti s klinickými postřehy Yaloma (2006, 2008) a filozofickými úvahami Heideggera (2002).

Tudíž na tomto místě je potřeba se zamyslet nad skutečností, že lidé, kteří se přiblíží ke smrti (stav klinické smrti je extrémní blízkostí), mohou dojít k hodnotové restrukturalizaci, aniž by prožili nějaké mystické vize. Otázkou tedy zůstává, co působí onu změnu. Samotné uvědomění si vlastní konečnosti nebo prožitek NDE?

Podobné závěry nabízí rovněž Yalom (2006). Následující přehled změn lze dát do souvislosti s konfrontací, kterou učinili lidé v blízkosti smrti, aniž by měli jakýkoli mystický zážitek blízký jevu NDE.

1. Přeskupení životních hodnot – odsunutí nepodstatného.
2. Pocit osvobození – schopnost dělat to, co chci a nedělat to, co nechci.
3. Život v přítomném okamžiku („tady a teď“) – uvědomění si, že jedinou skutečností je přítomnost. Život se neodkládá na „jindy“.



4. Radostné ocenění základních věcí v životě a prosté uspokojení z bytí, což se projevuje pozorností a všímavostí.
5. Hlubší komunikace a blízkost s milovanými lidmi.
6. Méně obav z mezilidských vztahů, méně strachu z odmítnutí, větší ochota riskovat.

## 18.5 NDE u malých dětí

Prožitky blízkosti smrti u dětí mají zásadní význam. Při jednání s nimi mají badatelé příležitost zkoumat jedince, kteří věnovali málo úvahám o životě, smrti a nejsou pro-sáklí spekulacemi ze života dospělých.

Již ve velmi útlém věku vypovídají děti o stejných fenoménech prožitku jako dospělí. I dvouleté dítě bylo schopno komunikovat svůj zážitek. Zhruba 20 % dospělých (Atwaterová uvádí číslo 30 %) má zážitek NDE. U dětí se jedná o hodnotu 75 % (Atwaterová, 1996). Dosud nebyl zaznamenán případ dítěte se zkušeností blízkosti smrti, který by byl nepříjemný. O nepříjemných epizodách referovali pouze dospělí (Kübler – Ross, 1997).

## 18.6 Nepříjemné zkušenosti

Případy, ve kterých se objevují nepříjemné či děsivé prvky, zaujímají v celkovém počtu méně než jedno procento, a jsou tak pouhou anomálií. Alespoň to byl závěr některých studií do roku 1990. V současné době jsou ovšem údaje takové, že skutečná hodnota se nachází poblíž čísla 7%. Chybou bylo, že výzkumy se víceméně vyhýbaly negativním stránkám a badatelé neuměli klást správné otázky.

Změnu přinesla až studie (in Atwaterová, 1996) Margot Greyové a Charlese Flynnna z roku 1992. Jednalo se o příběhy lidí, kteří byli obklopeni bizarními lidskými či zvířecími tvory, nářkem, sténáním, cítili chlad a vnímali všeprostupující lhostejnost.

Dalším badatelem zaměřeným výhradně na nepříjemné zkušenosti je kardiolog Maurice Rawlings. Formuloval teorii, že přinejmenším polovina zážitků začíná nepříjemnými scénami a posléze může vyústit do pozitivně laděného schématu. Často potom lidé sdělují nebo si pamatují pouze onen pozitivní aspekt.

Je možné říci, že univerzálnost schématu NDE byla potvrzena i u nepříjemných zážitků. Objevují se v nich stejné základní fenomény. Odlišnost lze nalézt v interpretaci a citové odezvě (Atwaterová, 1996).

## 18.7 Koncepce vysvětlující jev NDE

1. Působení farmak: jedná se o hypotézu působení anestetik disociativního typu (KETALAR, CYKLOHEXAN), která mají obdobné spektrum účinku jako halucinogeny. Většina resuscitovaných neměla ovšem v anamnéze aplikaci těchto látek.
2. Anoxie mozku: nedostatečné zásobení mozku kyslíkem a přesycení oxidem uhličitým může vést k různým halucinatorním výjevům – skok do tunelu, vize jasného světla. Navíc i v průběhu klinické smrti mozek stále funguje. Zásadní námitka k této teorii se týká skutečnosti, že popsané zážitky vznikají ještě dříve, než dojde k fyzické krizi a přesycení oxidem uhličitým. Navíc jev NDE je mnohem komplexnější a obsahuje další fenomény, které při experimentálních situacích přesycení oxidem uhličitým nebyly pozorovány.
3. Podněty z neurologie a neurofyzologie: při paroxysmálních projevech či při elektrostimulaci temporálního laloku vznikají autoskopické halucinace s fenoménem vidění a slyšení dvojníka. Zásadní námitka proti této tezi se týká toho, že člověk ve stavu klinické smrti spatřuje celé své tělo a navíc ho pozoruje z různých úhlů. Při elektrostimulaci vidí pokusná osoba pouze partie od krku a výše (Vojtěchovský, 1980).
4. Senzorická a sociální deprivace: především panoramatický pohled do minulosti, vize „nadpřirozených – archetypálních“ bytostí, změny ve vnímání času a transcendentální zážitky byly popisovány u jedinců žijících izolovaně v polárních oblastech nebo u trosečníků. Rovněž sociální izolace patří k rituálům přírodních národů (sibiřská etnika) pro volbu šamana, při kterých se indukovaly transcendentální zážitky nazývané „duchovní znovuzrození“. Podobně i pokusy Johna Lillyho s izolační nádrží. Proces umírání je ve své podstatě extrémní formou osamění. John Lilly navíc popsal vlastní prožitek blízkosti smrti a kladl jej do jedné kategorie se zážitky z izolace. Ta podle něj může být jednou z více cest, jak vstoupit do širší oblasti vědomí (Suedfeld, 1980; Lilly, 2000).
5. Vysvětlení vycházející z oblasti psychopatologie: jedná se v podstatě o halucinace, které by splnily podvědomé přání individua pokračovat v další existenci. Proti tomuto výkladu svědčí univerzálnost a skutečnost, že nikdo z analyzovaných osob neměl před resuscitací diagnózu psychotického onemocnění a nebyl klasifikován jako psychotický ani později. Zážitek je referujícími považován za skutečnost a nikoli za sen či halucinaci.
6. Tunelový prožitek: Carl Sagan, vědec z Cornellovy univerzity, se pokouší vysvětlit prožitek NDE vzpomínkou na porod a narození. Průchod porodními cestami, vytažení do jasného světla, kde jsou lidé, kteří nás vítají. To je zkušenost, kterou učinil prakticky každý člověk. Zásadní námitky proti tomuto vysvětlení souvisejí s nízkou kognitivní kapacitou novorozence.
7. Kolektivní nevědomí: Ačkoli Jung sám měl prožitek blízkosti smrti, nehledal jeho zdroj v kolektivním nevědomí. Neviděl v něm archetyp. Ovšem jeho žáci tak činili a přirovnali jev NDE k archetypálnímu zážitku. Nicméně tato teorie není schopna reagovat na exsomatický zážitek.

8. Vstup do jiné reality bytí: řada lidí, vědců a především osoby se zážitkem NDE se domnívají, že vysvětlení je poměrně jednoduché. Život lidské bytosti (možná nejen lidské) nekončí smrtí (Vojtěchovský, 1980).

## 18.8 Závěrečné zamyšlení

Autoři výše citovaní ve shodě konstatují, že lidé, kteří se takto dostali do těsné blízkosti smrti, ještě o mnoho let později popisovali cennost své zkušenosti. Hovořili o tom, že si uvědomili, jak je život křehký, cenný a krátký. Získali životní elán, schopnost ponořit se do přítomného okamžiku. Došlo u nich k přehodnocení životních priorit, zvýšila se empatie s ostatními lidmi.

Pokud máme tedy to „štěstí“ a potkáme smrt, dostaneme se možná na křižovatku života a můžeme se vydat po cestě, která nám říká, že bez ohledu na to, co děláme, nakonec se stejně smrti musíme postavit sami. Stejně jako životu. Nikdo se za nás nepřimluví, nikdo za nás nežije a nikdo za nás nezemře. Vyrosteme, rozhodujeme se a odmlouváme se od druhých. Životu i smrti čelíme sami.

Popření smrti je popřením vlastní podstaty, což vytváří rozsáhlá omezení pro uvědomování a prožívání. Přijetí smrti člověka zachraňuje, nutí ho žít autenticky, smysluplně a zvyšuje pozornost ke každodennosti. Důkazem toho jsou zkušenosti lidí, kteří touto konfrontací či setkáním prošli.

Tělesnost smrti nás ničí, ale myšlenka smrti nás zachraňuje. Vědomí smrti dává životu smysl a hloubku. Nikoli naopak. Vhled v tomto duchu mění životní perspektivu a může přenést člověka ze způsobu života charakterizovaného konzumem, nesnášenlivostí, umrtvováním či drobnými obavami do autentičtějšího způsobu bytí (Yalom, 2006, 2008).

Život ze zorného úhlu konečnosti je plnější. Smrt a s ní vědomí naší konečnosti je organickou součástí života – nikoli jen nějakou událostí, která někdy nastane. Smrt je sice něco, co nastane v budoucnu, je ovšem také hybnou a formující silou našeho nynějšího života v přítomném okamžiku. Právě teď něco končí, právě teď něco začíná, právě teď umírá přítomnost a rodí se nová.

Nejistota ohledně hodiny smrti nutí člověka žít tak, aby to, co dává jeho životu smysl, nespočívalo pouze v budoucnosti. Pokud chce člověk ve smrti obstát, je vybízen, aby si zařídil svůj život tak, že naplnění jeho smyslu bude obsaženo i v přítomnosti.

I když se rozhodují v kontextu minulosti a budoucnosti, smysl mého konání nezávisí na cíli, jehož mám dosáhnout, není závislý na úspěchu mého jednání, tedy na budoucnosti. Smysl spočívá v nepodmíněnosti mého sebenasazení, které je vždy ve spojení s přítomností (Wicky, 2007).

Cílem této kapitoly bylo zařadit jev NDE mezi změněné stavy vědomí, které mají v celku výrazný dopad na nositele zkušenosti a mění jeho pokračující život. Mnoho otázek pochopitelně zůstává otevřených. Nicméně jedno je jisté. Lidé, kteří tuto zkušenost učinili, nepochybují o její realitě.

Jisté je také to, že většina z nás se vyhýbá rozjímání o vlastní smrti a jednáme, jako bychom měli před sebou celou věčnost. Dokud si takto počínáme, můžeme omluvit každý čin myšlenkou, že příště jej zvládneme lépe. Plné uvědomění si vlastní konečnosti hluboce ovlivní náš postoj k sobě samému i k ostatním lidem.

O úplný závěr této kapitoly necht' se postará C. G. Jung (1994, str. 257): „Kritický rozum v nedávné době vedle mnoha jiných mytických představ zdánlivě odstranil též ideu posmrtného života. Bylo to možné jen proto, že lidé jsou v dnešní době většinou výlučně identifikováni se svým vědomím a představují si, že jsou jen to, co sami o sobě vědí.“

## Seznam použité literatury

- Abdel-Khalek, A. (2002): Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for death fear scale. *Death studies*, 26, 669–680.
- Adams, D., Corr, Ch., Davies, B., Deveau, E. et al. (1999): Children, adolescents, and death: Myths, realities, and challenges. *Death studies*, 23, 5, 443–463.
- Adler, A. (1999): Porozumění životu: úvod do individuální psychologie. Praha, Aurora.
- Alexander, I. E., Adlerstein, A., M. (1958): Affective responses to the concept of death in a population of children and early adolescents. *The Journal of genetic psychology: Research and theory on human development*, 93, 167–177.
- Anthony, S. (1939): A study of the development of the concept of death. *British journal of educational psychology*, 9, 276–277.
- Anthony, S. (1972): The discovery of death in childhood and after. New York, Basic Books.
- Anthony, Z., Bhana, K. (1988–1989): An exploratory study of Muslim girls' understanding of death. *Omega: Journal of death and dying*, 19, 3, 215–227.
- Ariés, P. (2000): Dějiny smrti I. Doba ležících. Praha, Argo.
- Ariés, P. (2000): Dějiny smrti II. Zdivočelá smrt. Praha, Argo.
- Asper, K. (2009): Opuštěnost a sebeodcizení. Praha, Portál.
- Atwaterová, W. (1996): Vše, co chcete vědět o klinické smrti. Český Těšín, Mustang.
- Bailey, G. (Et. Al.). (2006). *Mytologie: mýty, pověsti & legendy*. Praha: Fortuna print.
- Balcar, K. (1995): Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Československá psychologie*, 39, 5, 420–424.
- Balcar, K. (1995): Životní smysluplnost a osobnost. *Československá psychologie*, 39, 5, 496–502.
- Balint, M. (1992): Lékař, jeho pacient a nemoc. Část I. Psychoterapeutické sešity. Praha, Institut psychoterapie.
- Baštecká, B., Goldmann, P. (2001): *Základy klinické psychologie*. Praha, Portál.
- Baštecká, B., kol. (2003): *Klinická psychologie v praxi*. Praha, Portál.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993): *Psychosomatická medicína*. Praha, Grada Avicenum.
- Batchelor, M. (2001): *Zen*. Praha, Aurora.
- Benda, J. (2007): Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51, 2, 129–140.
- Bělohradský, V. (1997). *Mezi světy & Mezi světy, filosofické dialogy*. Praha: Portál 1997.
- Bololoucký, Z. (1998): *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Brno, Vydavatelství MU.
- Böschmeyer, U. (2010): *Unsere tiefe ist hell*. München, Kösel Verlag.
- Callahan, D. (Ed.), (1996): *Cíle medicíny – projektová zpráva*. Praha, Hastings Center.
- Cassel, E. J. (2000): Čarodějův učeň – lékařské technologie, které se vymkly z rukou, In: Thomasma, D., Kushnerová, T. (Ed.), *Od narození do smrti*. Praha, Mladá fronta, 185–196.
- Cicirelli, V., G., (2001): Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death studies*, 25, 663–683.
- Cole, M., A. (1978): Sex and marital status differences in death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 9, 2, 139–147.

- Cotton, C. R., Range, L., M. (1990): Children's death concepts: Relationship to cognitive functioning, age, experience with death, fear of death, and hopelessness. *Journal of clinical child psychology*, 19, 2, 123–127.
- Čálek, O. (1992): Psychologie a „přirozený svět“. *Československá psychologie*, 38, 5, 193–207.
- Čálek, O. (2010): Práce s pocity v daseinsanalytické skupinové terapii. *Československá psychologie*, 54, 6, 606–609.
- DePaola, S., J., Griffin, M., Young, J., R., Neimeyer, R., A. (2003): Death anxiety and attitudes toward the elderly among adults: The role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 4, 335–354.
- Dostálová, O. (1986): Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným. Praha, Avicenum.
- Dunlop, R., Hockley, J. (1990): Terminal care support teams the hospital – hospice interface. New York, Oxford university press.
- Eissler, K., R. (1955): The psychiatrist and the dying patient. New York, International Universities Press.
- Eliade, M. (1997): Šamanismus a nejstarší techniky extáze. Praha, Argo.
- Eliade, M. (2008): Dějiny náboženského myšlení: Od doby kamenné po eleusinská mystérie. Praha, Oikoy-menh.
- Ens, C., Bond, J., B. (2007): Death anxiety in adolescents. The contributions of bereavement and religiosity. *Omega: Journal of death and dying*, 55, 3, 169–184.
- Erikson, E., H. (1999): Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha, Lidové noviny.
- Feldman, L. (1992): Kompendium lékařské psychologie. Praha, Victoria publishing.
- Fessl, V. (1991): Názory Moodyho a terminální stavy. *Československá psychologie*, 35, 316–318.
- Fortner, B., V., Neimeyer, R., A. (1999): Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, 9, 2, 387–411.
- Frankl, V., E. (1996): Lékařská péče o duši. Brno, Cesta.
- Frankl, V., E. (1997): Vůle ke smyslu. Brno, Cesta.
- Frankl, V., E. (1999): Teorie a terapie neuróz. Praha, Grada Publishing.
- Frazier, P., H., Foss-Goodman, D. (1988): Death anxiety and personality: Are they truly related? *Omega Journal of Death and Dying*, 19, 3, 265–274.
- Freud, A. (1960): Discussion of Dr. John Bowlby's paper. *Psychoanalytic study of the child*, 15, 53–62.
- Freud, S. (1991): Vybrané spisy I. Praha, Avicenum.
- Freud, S. (1994): Výklad snů. Pelhřimov, Nová tiskárna.
- Freud, S. (1997): Spisy z pozůstalosti 1892–1938. Praha, Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (1998): Nespokojenost v kultuře. Praha, Hynek.
- Freud, S. (1999): Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920–1924. Praha, Psychoanalytické nakladatelství.
- Fromm, E. (1993): Strach ze svobody. Praha, Naše vojsko.
- Fromm, E. (1994): Umění být. Praha, Naše vojsko.
- Fromm, E. (2000): Umění naslouchat. Praha, Aurora.
- Fromm, E. (2001): Mít, nebo být? Praha, Aurora.
- Fromm, E. (2010): Umění milovat. Praha, Český klub.
- Furer, P., Walker, J. (2008): Death anxiety: A Cognitive – Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 2, 167–182.
- Furman, E. (1974): A child's parent dies. New York, Vail – Ballou Press.
- Fryba, M. (2008): Buddhova meditace všímavosti a vhledu. Brno, Albert.
- Gennep, A. (1997). Přechodové rituály. Praha: Lidové noviny.

- Goldman, L. (2004): Counselling with children in contemporary society. *Journal of mental health counselling*, 26, 2, 168–187.
- Greyson, B. (2006): Near-death experiences and spirituality. *Journal of Religion & Science*, 41, 2, 393–414.
- Grof, S. (1999): Holotropní vědomí: tři úrovně lidského vědomí formující naše životy. Praha, Perla.
- Grof, S. (2000): Dobrodružství sebeobjevování. Praha, Perla.
- Grof, S. (2007): Psychologie budoucnosti. Praha, Argo.
- Grof, S. (2009): Lidské vědomí a tajemství smrti. Praha, Argo.
- Grof, S., Grofova, Ch. (2011): Holotropní dýchání. Holos, Opava.
- Halama, P. (2000): Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. *Československá psychologie*, 44, 3, 216 – 233.
- Hanuš, H., a kol. (1994): Vybrané kapitoly z lékařské psychologie. Praha, Karolinum.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2010): Velký psychologický slovník. Praha, Portál.
- Haškovcová, H. (1975): Rub života líc smrti. Praha: Orbis.
- Haškovcová, H. (1985): Spoutaný život. Praha: Panorama.
- Haškovcová, H. (2001): Jak se naučit lékařskou etiku? Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Haškovcová, H. (2002): Lékařská etika. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2007): Thanatologie. Praha: Galén.
- Haškovcová, H. (2010): Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team.
- Heidegger, M. (2002): Bytí a čas. Praha, Oikoymenh.
- Hennezel, M. (1997): Smrt z blízka. Praha, ETC publishing.
- Holland, J. (2004): Should children attend their parent's funerals? *Pastoral care in education*, 22, 1, 10–14.
- Holeková, T. (2002): Ležící člověk v domácím prostředí. Praha, Grada publishing.
- Honzák, R. (1997): Komunikační pasti v medicíně. Praha, Galén.
- Horney, K. (2000): Neuróza a lidský růst: zápas o seberealizaci. Praha, Triton.
- Hunter, S., Smith, D. (2008): Predictors of children's understandings of death: Age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. *Omega: Journal of death and dying*, 57, 143–162.
- Huxley, A. (2004): Konec civilizace. Praha, Maťa.
- Hytych, R. (2002): Sociální reprezentace smrti u populace pracovníků onkologie. *Československá psychologie*, 5, 462–471.
- Hytych, R. (2008): Smrt a nesmrtelnost: Sociální reprezentace smrti. Praha, Triton.
- Chang, Ch., Y. (2008): Původní učení čchanového buddhismu. Praha, Půdorys.
- Chiappetta, W., Floyd, H., McSeveney, D., R. (1976): Sex differences in coping with death anxiety. *Psychological Reports*, 39, 3, 945–946.
- Choron, J. (1973): Death and modern man. New York, Collier Books.
- Inquiry into the Rights of the Terminally Ill – Euthanasia Laws Repeal – Bill 2008. Law Council of Australia. April 2008. Retrieved 21 April 2011, dostupné na: [http://www.lawcouncil.asn.au/shadomx/apps/fms/fmsdownload.cfm?file\\_uuid=6807213F-1C23-CACD-2205-729F871CF170&siteName=lca](http://www.lawcouncil.asn.au/shadomx/apps/fms/fmsdownload.cfm?file_uuid=6807213F-1C23-CACD-2205-729F871CF170&siteName=lca), 3. 10. 2011).
- Jakoubková, J. (1998): Paliativní medicína. Praha, Grada.
- Janosik, E., H. (1994): Crisis counseling. London, Jones and Bartlett publishers international.
- James, W. (2007): The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature. New York, Cosimo Classics.
- Jaspers, K. (2000): Šifry transcendence. Praha, Vyšehrad.

- Jedlička, V. (1983): *Praktická geriatric. Brno.*
- Jedlička, V. (1991): *Praktická gerontologie. Zlín, Grafa.*
- Jung, C. G. (1993): *Analytická psychologie. Její teorie a praxe. Praha, Academia.*
- Jung, C., G. (1994): *Duše moderního člověka. Brno, Atlantis.*
- Kastenbaum, R. (2000): *The psychology of death. New York, Springer Publishing.*
- Kaisen (2005): *Umění pokojného umírání. Olomouc, Fontána.*
- Kebza, V., Šolcová, I. (1998): *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. Československá psychologie, 42, 5, 429–427.*
- Kebza, V., Šolcová, I. (2008): *Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. Československá psychologie, 52, 4, 351–365.*
- Kebza, V., Šolcová, I. (2010): *Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Československá psychologie, 54, 1, 1–16.*
- Kenyon, B. (2001): *Current research in children's conceptions of death: A critical review. Omega: Journal of death and dying, 43, 63–91.*
- Kierkegaard, S. (1993): *Bázeň a chvění, Nemoc k Smrti. Praha, Svoboda-Libertas.*
- Klein, M. (1961): *Narrative of a Child Analysis. London, Hogarth Press.*
- Knight, V. (2003): *Death and dying, life and living. Belmont, Wadsworth Publishing.*
- Kondáš, O., Kordačová, J. (1990): *Alexithymia a jej metodické zachytenie. Československá psychologie, 34, 5, 1990, 411–419.*
- Konečný, R., Bouchal, M. (1979): *Psychologie v lékařství. Praha: Avicena.*
- Kopřiva, K. (1997): *Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál.*
- Kratochvíl, S. (2009): *Manželská a párová terapie. Praha, Portál.*
- Křivohlavý, J. (1985): *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Praha, Avicenum.*
- Křivohlavý, J. (1989): *Obranné mechanismy a strategie zvládnání těžkostí. Československá psychologie, 33, 4, 361–368*
- Křivohlavý, J. (1990): *Nezdolnost v pojetí SOC. Československá psychologie, 34, 6, 511–517.*
- Křivohlavý, J. (1991): *Nezdolnost typu hardiness. Československá psychologie, 35, 1, 59–65.*
- Křivohlavý, J. (1994): *Mít pro co žít. Sedlčany, Návrat domů.*
- Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S. (1995): *Poslední úsek cesty. Praha, Návrat domů 1995.*
- Křivohlavý, J. (1998): *Jak neztratit nedšení. Praha, Grada.*
- Křivohlavý, J. (2001): *Psychologie zdraví. Praha, Portál.*
- Křivohlavý, J. (2002): *Psychologie nemoci. Praha, Grada.*
- Křivohlavý, J.: (2010): *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha, Grada.*
- Kubíčková, N. (2001): *Zármutek a pomoc pozůstalým. Praha, Nakladatelství ISV.*
- Kupka, M. (2000): *Psychické fenomény a změny související se stavem klinické smrti. Diplomová práce, Olomouc UP.*
- Kupka, M. (2007): *Vybrané kapitoly z kulturní antropologie. Olomouc, UP.*
- Kupka, M. (2008): *Jak si představujete dobrou smrt? Psychologie dnes, 14, 1, 20–23.*
- Kupka, M. (2008): *Klinická smrt jakožto změněný stav vědomí. E – Psychologie, 2, 3, 30–40.*
- Kupka, M., Řehan, V. (2008): *Salutoprotektivní činitele u zaměstnankyň hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných. Československá psychologie, 52, 6, 555–566.*
- Kübler-Ross, E. (1975): *Death: The Final Stage of Growth. Englewood Cliffs, Prentice Hall.*
- Kübler-Ross, E. (1991): *Život a umírání: Kurz šťastného umírání. Nové Město nad Metují, Signum unitatis.*



- Kübler-Ross, E. (1992): *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují, Signum unitatis.
- Kübler-Ross, E. (1992): *O smrti a životě po ní: Jedinečná svědectví o nesmrtelnosti duše*. Turnov, Arica.
- Kübler-Ross, E. (1993): *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Praha, Arica.
- Kübler-Ross, E. (1997): *O smrti a životě po ní*. Praha, Aquamarin.
- Kübler-Ross, E. (2003): *O dětech a smrti*. Praha, Ermat.
- Längle, A. (2002): *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno, Cesta.
- Längle, S. (2007): *Úzkost – královská cesta k existenci*, In: Längle Sulz, M. (Ed.), *Žít svůj vlastní život, úvod do existenciální analýzy*. Praha, Portál, 85–95.
- Leary, T. (1999): *Neuropolitika*. Brno, Books.
- Lifton, R., J. (1973): *The Sense of Immortality: On Death and the Continuity of Life*. *The American Journal of Psychoanalysis*, 33, 3–15.
- Lilly, J. (2000): *Vědec. Metafyzický životopis*. Praha, DharmaGaia a Maťa.
- Lindemann, E. (1994): *Symptomatology and Management of Acute Grief*. *American journal of psychiatry*, 101, 141–148.
- Livingston, P., Zimet, C. (1965): *Death Anxiety, Authoritarianism and Choice of Specialty in Medical Students*. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 140, 3, 222–230.
- Loučka, M., Vančura, J. (2011): *Koncept smrti u dětí: Komponenty a determinanty*. *Československá psychologie*, 54, 1, 38–48.
- Lukasová, E., S. (1998): *I tvoje utrpení má smysl*. Brno, Herder.
- Lukasová, E., S. (2009): *Základy logoterapie*. Bratislava, Lúč.
- Machačová, H. (1999): *Behavioral prevention of stress*. Charles University in Prague, The Karolinum press.
- Machačová, H. (1997): *Stres, rekuperace a kontrola stresu*. *Československá psychologie*, 41, 2, 139–146.
- Marek, J., Kalvach, Z., Sucharda, P., a kol. (2001): *Propedeutika klinické medicíny*. Praha, Triton.
- Málek P. (1990): *Oživlé úvahy o eutanazii*. *Čas. lék. čes.* 129, 1, 7–10.
- Marešová V. (1996): *Eutanazie – zástupný problém?* *Časopis lékařské komory* 5, 8–12.
- Marková, M. (2010): *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha, Grada.
- Maslach, C., Goldberg, J. (1998): *Prevention of burnout. New perspectives, applied and preventive psychology*, 7, 63–74.
- Maslow, A. (1954): *Motivation and personality*. New York, Harper and Row.
- Masten, S., Best, M., Garmezy, N. (1990): *Resilience and development: Contribution from the study of children who overcome adversity*. *Development and psychopathology*, 2, 425–444.
- Matalon, T., H. (1998): *The relationship among children's conceptualization of death, parental communications about death, and parental anxiety*. New York, Fordham University.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. (1998): *Riziko a resilience*. *Československá psychologie*, 42, 2, 97–105.
- Mohapl, P. (1988): *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc, Vydavatelství UP.
- Mohapl, P. (1992): *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc, Vydavatelství UP.
- Moody, R. (1991): *Život po životě*. Český Těšín, Odeon.
- Munzarová, M. (2005): *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha, Grada.
- Munzarová, M. (2006): *Co mluví i dnes proti eutanazii?* *Zdravotnické právo v praxi*, 1, 4–6.
- Muris, P., Merckelbach, H., Meesters, C., van Lier, P. (1997): *What do children fear most often?* *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 28, 4, 263–267.
- Nagy, M. (1948): *The child's theories concerning death*. *Journal of genetic psychology*, 83, 199–216.
- Novák, P. (2009): *Teorie sociálních reprezentací*. *E – psychologie*, 3, 1, 22–29.
- Noyes, R. (1971): *Dying and mystical consciousness*. *Journal of Thanatology*, 1, 25–41.

- Noyes, R. (1972): The experience of dying. *Psychiatry*, 35, 174–184.
- Noyes, R., Kletti, R. (1977): Panoramic memory: A response to the threat of death, *Omega* 8, 181–194.
- O'Reilly, K., B. (2010): Physician-assisted suicide legal in Montana, court rules. *American Medical News*. Dostupné na <http://www.ama-assn.org/amednews/2010/01/18/prsb0118.htm>. Citováno 3. 10. 2011.
- Pacovský, V. (1981): *Gerontologie*. Praha, Avicenum.
- Parkes, C., Relfová, M., Couldricková, A. (2007): *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno, Společnost pro odbornou literaturu.
- Paulík, K. (2010): *Psychologie lidské odolnosti*. Praha, Grada.
- Piaget, J., Inhelderová, B. (2007): *Psychologie dítěte*. Praha, Portál.
- Plháková, A. (2003): *Učebnice obecné psychologie*. Praha, Academia.
- Plháková, A. (2006): *Dějiny psychologie*. Praha, Grada.
- Postman, N. (2010): *Ubavit se k smrti*. Praha: Mladá fronta.
- Quill, T., E. (1994): Physician-assisted death: progress or peril? *Suicide & life-threatening behavior*, 24, 4, 315–325.
- Quill, T., E., Brody, R., V. (1995): "You promised me I wouldn't die like this!" A bad death as a medical emergency. *Archives of internal medicine*, 155, 12, 1250– 1254.
- Raban, M. (2008): *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad.
- Rasmussen, C., H., Johnson, M., E. (1994): Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29, 4, 313–318.
- Reichmannová, F. (2003): *Principy intenzivní psychoterapie*. Praha, Triton.
- Ring, K. (1991): *Čelem k věčnosti*. Havlíčkův Brod, Sygnum Unitas.
- Rogers, C. R. (1998): *Způsob bytí*. Praha, Portál.
- Rosen, D., H. (1975): Suicide Survivors: A Follow-up Study of Persons Who Survived Jumping from the Golden Gate and San Francisco-Oakland Bay Bridges. *Western journal of medicine*, 122, 4, 289–294.
- Roff, L., Butkeviciene, R., Klemmack, D. (2002): Death anxiety and religiosity among lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*, 26, 9, 731–742.
- Rowe, M. (1997): Hardiness, stress, temperament, coping and burnout in health professionals. *American journal health behavioral*, 21, 163–171.
- Říčan, P. (2004): *Cesta životem*. Praha, Portál.
- Říčan, P. (2007): *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha, Portál.
- Sartre, J., P. (2006): *Vědomí a existence*. Praha, Oikoymenh.
- Severová, J. (1999): Zátěž pečovatelských týmů u těžce a chronicky nemocných pacientů. In – *Gerontologické dny*, Ostrava, Sborník přednášek, 74–81.
- Scheler, M. (2003): *Můj filosofický pohled na svět*. Praha, Vyšehrad.
- Slaughter, V., Lyons, M. (2003): Learning about life and death in early childhood. *Cognitive Psychology*, 46, 1–30.
- Slaughter, V. (2005): Young children's understanding of death. *Australian psychologist*, 40, 3, 179–186.
- Slaughter, V., Griffiths, M. (2007): Death understanding and fear of death in young children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 4, 525–535.
- Směkal, V. (2005): *O lidské povaze: krátká zamyšlení nad psychikou a duchovní kulturou osobnosti*. Brno, Cesta.
- Sobotková, I. (2007): *Psychologie rodiny*. Praha, Portál.
- Soukup, V. (2000): *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha, Portál.
- Soukup, V. (2004): *Dějiny antropologie*. Praha, Karolinum.

- Speece, M., W., Brent, S., B. (1984): Children's understanding of death: A review of three components of a death. *Child development*, 55, 1671–1686.
- Speece, M., W., Brent, S., B. (1992): The acquisition of a mature understanding of three components of a death. *Death studies*, 16, 3, 211–219.
- Speece, M., W., Brent, S., B. (1996): The development of children's understanding of death. In: Corr, C., A., Corr, D., M. (Eds.): *Handbook of childhood death and bereavement*. New York, Springer, 29–50.
- Staford, B., L. (2006): Are they hallucinations or are they real? The spirituality of death and near – death visions. *Journal of Death & Dying*, 53, 2, 37–49.
- Suedfeld, P. (1980): *Restricted Environmental Stimulation: Research and Clinical Applications*. New York, John Wiley and Sons.
- Svatošová, M. (1996): *Hospic Anežky České se představuje*. Praha, Ecce Homo.
- Svatošová, M. (1998): *Hospic slovem a obrazem*. Praha, Ecce Homo.
- Svatošová, M. (1999): *Hospic a umění doprovázet*. Praha, Ecce Homo.
- Šolcová, I., Kebza, V. (1998): Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*, 42, 1, 32–41.
- Šolcová, I., Kebza, V. (1998): Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43, 1, 19–36.
- Špatenková, N., a kol. (2004): *Krizová intervence pro praxi*. Praha, Grada.
- Špatenková, N. (2008): *Poradenství pro pozůstalé*. Praha, Grada.
- Špinková, M., Špinka, Š. (2006): *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?* Praha, Cesta domů.
- Taročková, T. (1999): K problematice normálního a patologického smútenia. *Československá psychologie*, 43, 517–526.
- Templer, D. (1971): Death anxiety as related to depression and health of retired persons. *Journal of Gerontology*, 26, 521–523.
- Tillich, P. (2004): *Odvaha být*. Brno, Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Tomer, A. (1992): Death anxiety in adult life: A theoretical perspective. *Death studies*, 16, 475–506.
- Tremblay, G., C., Israel, A., C. (1998): Children's adjustment to parental death. *Clinical psychology, science and practice*, 5, 424–438.
- Vianello, R., Lucamante, M. (1988): Children's understanding of death according to parent and pediatricians. *Journal of genetic psychology*, 149, 3, 305–316.
- Vojtěchovský, M. (1980): Intrapsychické fenomény hraničních stavů mezi životem a smrtí. *Čs. psychiatrie*, 76, 102–107.
- Vokurka, M., Hugo, J. (1995): *Praktický slovník medicíny*. Praha, Maxdorf.
- Vorlíček, J., Adam, Z., a kol. (1998): *Paliativní medicína*. Praha, Grada.
- Vyhnálek, M. (2006): Psychologické aspekty letálních nemocí v dětském věku, In: Říčan, P., Krejčířová, D. (Ed.), *Dětská klinická psychologie*. Praha, Grada, 61–66.
- Vymětal, J. (2003): *Lékařská psychologie*. Praha, Portál.
- Vymětal, J. (1997): Psychické procesy, imunita a psychoterapie. *Československá psychologie*, 41, 2, 181–188.
- Watts, A. (1995): *Cesta zenu*. Olomouc, Votobia.
- Watzlawick, P. (1998): *Jak skutečná je skutečnost?* Hradec Králové, Konfrontace.
- Westman, A., S. (1992): Existential anxiety as related to conceptualization of self and of death, denial of death, and religiosity. *Psychological Reports*, 71, 3, 1064–1066.
- Wicky, Ch. (2007): Časovost jako výzva k pravé existenci. In: Längle Sulz, M. (Ed.), *Žít svůj vlastní život, úvod do existenciální analýzy*. Praha, Portál, 85–95.

- Willis, C., A. (2002): The grieving process in children: Strategies for understanding, educating, and reconciling children's perceptions of death. *Early childhood educational journal*, 29, 4, 221–226.
- Wink, P., Scott, J. (2005): Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *Journal of gerontology, Psychological science*, 60B, 4, 207–214.
- Winnicott, D., W. (1991): *Lidská přirozenost*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství.
- Yalom, I., D. (2006): *Existenciální psychoterapie*. Praha, Portál.
- Yalom, I., D. (2007): *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha, Portál.
- Yalom, I., D. (2008): *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.

# Jmenný rejstřík

- Abdel-Khalek, A. 43  
Adam, Z. 51–53, 61, 63, 65, 97  
Adams, D., 37, 39  
Adler, A. 30  
Adlerstein, A., M. 26, 42  
Alexander, I, E. 26, 42  
Anthony, S. 39–40, 44  
Anthony, Z. 38  
Ariés, P. 9, 13, 23, 45, 46–48, 70  
Asper, K. 13  
Atwaterová, W. 106, 110–113  
Bailey, G. 43, 45  
Balcar, K. 91  
Balint, M. 95  
Baštecká, B. 91, 100, 102, 103  
Baštecký, J. 88  
Batchelor, M. 11, 82  
Benda, J. 11  
Bělohradský, V. 46  
Best, M. 94  
Bhana, K. 38  
Boleloucký, Z. 85–88, 91  
Bond, J., B. 38  
Böschemeyer, U. 11  
Bouchal, M. 45  
Brent, S., B. 35, 37–38  
Brody, R., V. 99–101  
Butkeviciene, R. 25  
Callahan, D. 99  
Cassel, E. J. 46  
Cicirelli, V., G. 34  
Cole, M., A. 26  
Corr, Ch. 37  
Cotton, C. R. 37  
Couldricková, A. 64–66, 78–79, 82, 95  
Čálek, O. 11  
Davies, B. 37  
Depaola, S., J. 26  
Deveau, E. 37  
Dostálová, O. 85–86, 95  
Dunlop, R. 85  
Dytrych, Z. 94  
Eissler, K., R. 40  
Eliade, M. 32, 49  
Ens, C. 38  
Erikson, E., H. 23, 29, 40, 44, 49  
Feldman, L. 33  
Fessl, V. 106  
Floyd, H. 26  
Fortner, B., V. 38, 43  
Frankl, V., E. 9, 14–15, 17, 19, 23, 25, 27, 30, 40, 42, 48–49, 91, 111  
Frazier, P., H. 26  
Foss-Goodman, D. 26  
Freud, A. 23, 40  
Freud, S. 19, 23–24, 33, 39–41  
Fromm, E. 13–15, 27–29  
Furer, P. 24  
Furman, E. 40  
Frýba, M. 32, 49  
Garmez, N. 94  
Genep, A. 13, 48–49  
Goldberg, J. 85, 92  
Goldman, L. 38  
Goldmann, P. 91, 103  
Greyson, B. 19, 111  
Griffin, M. 26  
Griffiths, M. 33  
Grof, S. 15, 18–19, 23, 25, 33, 41, 44–45, 47–49, 62, 103–106, 108–109, 111–112  
Grofova, Ch. 103  
Halama, P. 111  
Hanuš, H. 97  
Hartl, P. 97  
Hartlová, H. 97  
Haškovcová, H. 10, 13, 45–48, 51–52, 57–59, 61–70, 74, 77–82, 86, 95–96, 98, 102  
Heidegger, M. 14, 17–19, 25, 31, 112  
Hennezel, M. 62  
Hockley, J. 85  
Holland, J. 38  
Holeksová, T. 61, 78–79, 88  
Honzák, R. 68  
Horney, K. 13, 41  
Hugo, J. 97  
Hunter, S. 37–38  
Huxley, A. 9–10  
Hytych, R. 14, 33, 62  
Chang, Ch., Y. 32  
Chiappetta, W. 26  
Choron, J. 24  
Inhelderová, B. 34  
Israel, A., C. 37  
Jakoubková, J. 51–52, 83  
Janosik, E., H. 72–73  
James, W. 19

Jaspers, K. 18  
 Jedlička, V. 61–62, 64, 66, 83–84  
 Johnson, M., E. 25  
 Jung, C. G. 9, 11, 19–20, 27, 29, 106, 108–109, 111, 114, 116  
 Kaczmarczyk, S. 59, 61, 64  
 Kaisen 14, 31–32, 77, 97  
 Kalvach, Z. 58, 102  
 Kastenbaum, R. 40  
 Kebza, V. 71, 87–92, 94–95  
 Kenyon, B. 37  
 Kierkegaard, S. 24  
 Klein, M. 23, 40  
 Klemmack, D. 25  
 Kletti, R. 106  
 Knight, V. 37  
 Kondáš, O. 91  
 Konečný, R. 45  
 Kopřiva, K. 68  
 Kordačová, J. 91  
 Kratochvíl, S. 14  
 Křivohlavý, J. 55, 57, 59, 61 64, 67, 87–88, 90, 92, 94, 96  
 Kubíčková, N. 65, 71–73, 75  
 Kupka, M. 14, 19, 33, 47, 62, 67, 91, 104, 111  
 Kübler-Ross, E. 14, 19, 29, 37, 48, 55, 109, 111–113  
 Längle, A. 9, 19, 27, 30, 32, 42, 49  
 Längle, S. 27, 32, 41, 44  
 Leary, T. 103  
 Lier, P. 38, 44  
 Lifton, R., J. 23, 27  
 Lilly, J. 114  
 Lindemann, E. 72  
 Loučka, M. 34  
 Lucamante, M. 38  
 Lukášová, E., S. 10–11, 15, 19, 23, 25, 30, 40, 49  
 Lyons, M. 33  
 Macháčová, H. 71, 85  
 Marek, J. 58, 102  
 Málek P. 98  
 Marešová V. 78  
 Marková, M. 71  
 Maslach, C. 85, 91  
 Maslow, A. 13  
 Masten, S. 94  
 Matalon, T., H. 38, 44  
 Matějček, Z. 94  
 McSeveney, D., R. 26  
 Meesters, C. 38, 44  
 Merckelbach, H. 38, 44  
 Mohapl, P. 20, 27, 42, 56, 65, 104, 111  
 Moody, R. 19–20, 106–112  
 Munzarová, M. 97, 100  
 Muris, P. 38, 44  
 Nagy, M. 34, 43  
 Neimeyer, R., A. 26, 38, 43  
 Novák, P. 14, 33  
 Noyes, R. 20, 105–106  
 O'Reilly, K., B. 101  
 Pacovský, V. 52, 68  
 Parkes, C. 64–66, 78–79, 82, 95  
 Paulík, K. 20, 94  
 Piaget, J. 34, 44  
 Plháčková, A. 27, 41, 110  
 Postman, N. 10, 46  
 Quill, T., E. 99–101  
 Raban, M. 25, 45  
 Range, L., M. 37  
 Rasmussen, C., H. 25  
 Reichmannová, F. 67  
 Relfová, M. 64–66, 78–79, 82, 95  
 Ring, K. 19, 106, 108, 111  
 Rogers, C. R. 13  
 Rosen, D., H. 20, 105  
 Roff, L. 25  
 Rowe, M. 94  
 Řehan, V. 14, 62, 67  
 Říčan, P. 10, 36, 43  
 Sartre, J., P. 19  
 Scott, J. 38  
 Severová, J. 86–87  
 Scheler, M. 44  
 Slaughter, V. 33–34  
 Smékal, V. 23  
 Smith, D. 37–38  
 Sobotková, I. 10, 13–14  
 Soukup, V. 13, 29, 43, 45, 49  
 Speece, M., W. 35, 37–38  
 Staford, B., L. 19, 111  
 Suedfeld, P. 114  
 Sucharda, P. 58, 102  
 Svatošová, M. 52, 63, 69, 77–82  
 Šavlík, J. 88  
 Šimek, J. 88  
 Šolcová, I. 71, 87–92, 94–95  
 Špatenková, N. 67, 69–70, 72, 74–75  
 Špinková, M. 97, 101–102  
 Špinka, Š. 97, 101–102  
 Taročková, T. 38, 67, 69, 74  
 Templer, D. 26  
 Tillich, P. 25, 27, 29, 31–32  
 Tomer, A. 43  
 Tremblay, G., C. 37  
 Vančura, J. 34  
 Vianello, R. 38

Vojtěchovský, M. 104, 106, 114, 115  
Vokurka, M. 97  
Vorlíček, J. 51–53, 61, 63, 65, 97  
Vyhnálek, M. 36  
Vymětal, J. 33–35, 44, 55, 68, 71, 85, 87  
Walker, J. 24  
Watts, A. 32  
Watzlawick, P. 28  
Westman, A., S. 25  
Wicky, Ch. 21, 115  
Willis, C., A. 38  
Wink, P. 38  
Winnicott, D., W. 15, 41  
Yalom, I., D. 9–11, 13–15, 17–21, 23–25, 27–34,  
38–45, 49, 58, 62, 64, 67, 74, 91, 105, 112, 115  
Young, J., R. 26  
Zimet, C. 25





# Věcný rejstřík

- abreakce 95
- absolutní zachránce 28, 29, 43
- adaptabilní negligace 61
- adolescence 42
- alexithymie 91
- anabolismus 40
- anomie 91
- anoxie mozku 114
- anticipační úzkost 27, 42
- antimaterialismus 112
- atypické formy zármutku 72, 73
- autoakuzace 91
- bálintovské skupiny 95
- bio-psycho-sociálně-spirituální komfort 77
- božstvo 28, 29
- bytí 11, 14, 15, 17–21, 23–25, 27, 28, 31, 39, 41–43, 103, 108, 112, 113, 115
- bytí každodenní 17
- bytí ontologické 17–19
- cirkulárně kauzální smyčka 28
- copingové strategie 57
- cyklohexan 114
- deprese 56, 73, 87, 90, 91, 100, 111
- desidentifikace 32
- dharmakája 110
- DNR – do not resuscitate 99, 102
- domácí hospicová péče 52, 78
- duchovní tělo 108, 109
- dysforie 27
- dystanazie 100, 102
- emocionální indukce 58
- empatické porozumění 49
- eros 40
- eutanazie 97–102, 132
- existence 14, 15, 17, 18, 21, 28, 33, 35, 36, 39–41, 43, 49, 57, 62, 91, 103, 105–108, 114
- existenciální analýza 14, 17, 18, 27, 39
- existenciální neuróza 91
- fenomén světla 107–109
- galvanická kožní reakce 26, 42
- geriatrie 83
- home care 78
- home help 78
- hospic 52, 53, 63, 77–83, 132
- hospicové hnutí 48, 69, 77–78, 82
- hypnos 43
- charakterová struktura 17, 25
- charta umírajících 80
- chronické onemocnění 52
- chronický stres 88, 90, 92, 93
- in finem 61–62
- informovaný souhlas 81, 82
- interdisciplinární péče 51
- intruze 57
- izolace 13, 47, 56, 62, 63, 114
- katabolismus 40
- ketalar 114
- ketamin 106
- klinická smrt 19, 103, 104, 107, 109–112, 114
- koncept smrti 34–39
- konflikt 27, 28, 79, 86, 87, 89
- krize 20, 28, 42, 56, 57, 73, 100, 109, 114
- kultura 9, 10, 13, 27, 29, 33, 36, 44–46, 48–49, 74, 131
- kulturní šok 13
- kurativní péče 87, 99, 101
- kurativní léčba 53
- kvalita života 7, 51–53, 61, 63, 80, 87, 99, 102
- léčebny dlouhodobě nemocných 52, 62, 82–83, 91, 132
- libido 40
- living will 99, 102
- logoterapeut 49
- LSD 106
- lůžková hospicová péče 52, 78–81, 83
- maladaptace 24, 27, 28, 39
- manifestní obava 25
- manifestní úzkost 24, 27–28
- mezilidský vztah 14–15, 20, 87, 113
- mimosmyslové vnímání 109
- multidisciplinární přístup 53
- narcismus 29
- NDE (near death experience) 18–20, 104, 106–108, 111–115, 134
- nefunkčnost 27, 35, 37
- neurastenie 87, 91
- neuróza 27, 91
- nevratnost 35–38
- nezdolnost 94
- období latence 26, 42
- obrana proti smrti 17, 28–30, 39, 43–44
- odcizení 13, 91
- odloučení 28, 49
- odpovědnost 9, 14–15, 18, 27, 29, 61, 64, 87, 89, 98, 99
- odvaha 15, 27, 30

ontogenetický vývoj 26  
 opouštění vlastního těla – out of body experience  
 105, 107, 108  
 osamělost 9, 13, 14, 15, 20, 27, 30, 33, 62, 132  
 – interpersonální 13  
 – intrapersonální 13, 15, 20, 30  
 – existenciální 13, 14  
 paliativní péče 7, 51–53, 79–82, 85–87, 95,  
 97–102, 132  
 panika 57, 58  
 panoramatický přehled dosavadního života  
 104–108, 110  
 paternalismus 85  
 pohřební rituál 45, 46, 72, 132  
 pokračování života mimo tělo 35, 37, 38  
 post finem 61, 65  
 porod 29, 41, 48, 114  
 porodní trauma 41, 44  
 poruchy spánku 43, 70–71, 89–90  
 pozornost 10, 20–21, 29, 31, 55, 65, 69, 79, 95,  
 113, 115  
 pre finem 61–62  
 preindustriální období 45, 131  
 preindustriální svět 10  
 primární úzkost 27–28, 41  
 primární zdroj úzkosti 24–25, 31, 40–41  
 princip slasti 40  
 probouzející zkušenost 18, 32  
 předsmrtná euforie 65  
 přechod 48, 49, 87, 101, 103, 107, 112  
 přechodový rituál 48–49  
 příčinnost 35, 37  
 psychosomatika 28, 91  
 psychospirituální krize 109  
 rodina 10, 13, 33, 37–38, 42, 44, 47–49, 51–53,  
 58, 63, 64, 67–68, 70–71, 74, 77–81, 86–87, 95,  
 98–99  
 rozštěp jáství 105  
 samota 9, 13–15, 18, 27, 64  
 sdělení diagnózy 55–56, 61, 87, 101  
 sebeodstup 49, 111  
 sebezpřesah 23, 111  
 sebevražedné jednání 20  
 senzoričká a sociální deprivace 103, 114  
 smrt 7–11, 13–15, 17–21, 23–49, 51–53, 55–56,  
 58, 61–62, 65–71, 73–75, 79–83, 85–86, 95,  
 97–116, 131–132  
 smrtelné kóma 65  
 smysl v životě 36, 40, 67, 71, 91, 102, 115  
 – absence smyslu 10, 11  
 smysluplnost 30, 91  
 sociální opora 67, 74, 75, 92, 93, 95  
 stádia prožívání onemocnění 55, 56  
 stárnutí 9, 29, 39  
 stacionární hospicová péče 79  
 strach ze života 11  
 strach ze smrti 11, 15, 17, 23–26, 29m 35–36, 38,  
 40, 42–44, 46, 49, 62, 101, 107, 132  
 stres 27, 32, 41, 85–90, 92–94  
 symbolické formy nesmrtnosti 23, 27  
 symptomatická léčba 52  
 syndrom vyhaslosti 87, 90, 91, 94  
 syndrom vyhoření 87, 88–89, 90, 91, 92, 94  
 tabu 45, 131  
 tanatolog 18  
 technologie 46, 103, 131  
 terapie bolesti 52  
 terciární zisk 20  
 terminální fáze 51, 101  
 thanatos 40, 97  
 truchlení 38, 49, 67, 69–75  
 umírání 10, 14, 24–25, 29, 33–34, 36, 38, 43,  
 45–49, 52, 56, 58, 61–65, 78, 86, 106, 114,  
 131–132  
 univerzálnost 35–37, 49, 113–114  
 utrpení 9–10, 19, 32, 59, 77, 86–87, 97–98,  
 100–102  
 únavový syndrom 91  
 úzkost 7, 9, 11, 14–15, 17–18, 23–29, 31–33,  
 35–36, 38–44, 49, 56–58, 62–63, 68, 71, 75, 85,  
 95–96, 104, 108  
 vědomí 7–9, 14–15, 17–19, 21, 24–25, 27–28,  
 32–33, 42, 57, 62, 65, 80, 82, 103, 105,  
 108–110, 114–116  
 vědomí smrti 7, 8, 14, 17–18, 20–21, 25, 27–28,  
 31–32, 35, 40, 43, 44, 115  
 všímavost 20, 113  
 výjimečnost 43, 66  
 výlučnost 28–30  
 vytěšnění 27  
 začlenění 33, 49  
 zármutek 18, 24, 38, 46, 49, 52, 55, 65–66, 69–74,  
 132  
 zen buddhismus 32  
 zkušenost blízkosti smrti (též NDE – near death  
 experience) 18, 20, 103, 113, 132  
 změněné stavy vědomí 18, 19, 103, 115  
 životní spokojenost 30, 93

## Souhrn

V minulosti se setkával člověk s umíráním tváří v tvář. Tato osobní konfrontace mizí stále více. Je to způsobeno tím, že smrt se institucionalizuje. Řada podstatných skutečností, co se smrtí souvisí, je díky tomuto faktu předmětem tabu. To brání osvojit si alespoň základní znalosti potřeb těžce nemocných a umírajících. Bez znalosti problematiky je pak konkrétní pomoc pouze iluzorním přáním.

Je zarážející, že až do konce 60. let 20. století nejevila západní průmyslová společnost o téma smrti a umírání téměř žádný zájem. Tento postoj byl typický jak pro širokou veřejnost, tak pro akademickou obec – lékaře, psychiatry, psychology.

Lze konstatovat, že v preindustriálním období se ke smrti a umírání přistupovalo odlišně. Smrt lidskou představitelstvem uchvacovala již od dob prastarých kultur a stávala se inspirací mnoha jejich uměleckých či architektonických děl. Společným jmenovatelem řady pohřebních obřadů u přírodních národů je jejich nezlomná víra v posmrtný život a zároveň ambivalentní postoj k mrtvým. Na jedné straně můžeme spatřit tendenci usnadnit zemřelým cestu do světa duchů a na straně druhé jim zabránit v návratu.

Smrt se stala předmětem tabuizace. Dnešní technicky vyspělá medicína je charakteristická tím, že velmi intenzivně bojuje o ohrožený život každého jednotlivce, což je samozřejmě skvělé a obdivuhodné. Vyspělé technologie vznikají proto, aby sloužily svým uživatelům, ale uživatelé jsou většinou nakonec nuceni přehodnotit vlastní cíle právě kvůli moderním technologiím, které díky svému působení otevírají otázky, na které lidé původně nebyli, a ani nemohli být připraveni.

Ve snaze nedovolit smrti vítězit ji dnešní lékařská věda tabuizovala. Smrt se do našeho pojetí života v euroamerické kultuře dá začlenit obtížně. Pro dnešního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně, co nejšťastněji. Stejně samozřejmé je spoléhání na mocnou medicínu, která v současnosti umí skutečné zázraky. V takovémto kontextu je však velmi obtížné zemřít. Na této skutečnosti nemění nic ani fakt, že svou smrtelnost dovedeme na racionální rovině přijmout – každý dospělý člověk ví, že jednou zemře. Jenže je zde právě to „jednou“. Současná ustálená představa je taková, že smrt by měla přijít nejen na konci dlouhé a řečneme úspěšné cesty životem, ale také optimálním způsobem: rychle, bezbolestně a s pomocí profesionálů, kteří vědí jak na to.

Fenomén tabuizované smrti se po druhé světové válce stává obecným jevem. Stalo se to, co se v kontextu vyspělých ekonomik a vítězné medicíny stát muselo. Smrt je vnímána jako nutný, ale nepatřičný fenomén, který se vlastně nehodí do světa ovládaného vědou, technikou, médií a zábavou.

V postmoderní době se dá těžko mluvit o trendu. Přesto mediální image života je orientován na mládí, sex, úspěch. Navíc v pokřivené, většinou nereálné podobě. Smrt je skrývána, je vhodné o ní mlčet, popřípadě ji představit v podobě mediálně vděčné zprávy o tragédii.

Taktika strkání hlavy do písku je jistě možná, ale pravidelně selhává tehdy, pokud smrt udeří někde blízko. Když onemocní a umírá někdo nám drahý, když zdravotník

opakovaně zažívá konfrontaci s umírajícím. V takovýchto situacích není možné a ani účelné smrt zakrývat.

Akcentovaný strach ze smrti vedoucí až k současnému stavu, se rodí v 19. století. Díky zmíněnému pokroku vědy lidstvo začíná nad smrtí vítězit. Prodlužuje se délka života, smrt už není na očích tak jako kdysi. Předmětem zájmu se stává život. Život se díky rozvoji výrobních sil zrychlil a zrychlují se také pohřební rituály. Když zemře člověk, je stále rychleji pohřbíván, stále méně lidí se pohřbu účastní. Na smrt není čas. Koncem 19. století se začíná hovořit o komercializaci smrti – „americká cesta ke smrti“.

Pohřební rituál se stává předmětem byznysu. Dřívější nákladné, výpravné pohřby – pohřební průvod, vůz tažený koňmi, průvod příbuzných a známých. To vše je zkráceno, urychleno. Koně nahrazuje automobil, pohřební rituál i obřad se zkracuje. Černé šaty jako symbol smutku jsou viděny na pohřbu, pak už jen výjimečně. Zármutek nad ztrátou se nezvzněšňuje. Není registrován okolím. A tak prostě není. Není nic, co by připomínalo smrt. Smrt ztrácí charakter přirozenosti, který měla dříve.

Syntéza moderních poznatků medicíny spolu s prostorem pro účast příbuzných umírajícího se jeví jako možná cesta pro řešení tohoto problému. Tato snaha se v současném přístupu k umírajícím alespoň určitou formou realizuje skrze hospicovou péči.

Tato kniha si klade za cíl umožnit vhled do výše popsaného problému. Ten stojí v základu současného rozpačitého přístupu ke smrti a umírání. Text může pomoci se základní orientací v oblasti doprovázení umírajících a jejich rodinných příslušníků.

Popisuje některé hlavní oblasti paliativní péče, které jsou propojeny s psychologíí a psychoterapií. Konkrétně se jedná o následující témata: význam smrti v životě člověka, smrt a osamělost, vzájemné propojení života a smrti, strach ze smrti, smrt a psychopatologie, smrt a psychoterapie, pojetí smrti v ontogenezi, existenciální pojetí smrti, umírání a smrt v historické perspektivě, paliativní péče, psychické vyrovnávání se s terminálním onemocněním, členění procesu umírání, ztráta blízkého člověka, hospic, léčebny dlouhodobě nemocných, paliativní péče jakožto zátěžová situace, eutanazie, zkušenost blízkosti smrti.

**Klíčová slova:** Smrt, umírání, osamělost, strach ze smrti, existenciální pojetí smrti, ztráta blízkého člověka, hospic, eutanazie, zkušenost blízkosti smrti.

## Summary

In the past the man met with dying in the face. This personal confrontation is disappearing more and more. This is due to the fact that death is becoming institutionalized. A number of important facts, as related to death, thank to this fact are the taboo. This prevents acquire at least basic knowledge of the needs of severely ill and dying. Without knowing the specific issue is only illusory desire to help.

It is surprising that until the end of the 60th of the 20 century Western industrial society did not seem to death and dying almost no interest. This attitude was typical for the general public, and academic community – doctors, psychiatrists, psychologists.

It can be said that in the pre-industrial period there were different attitudes to death and dying. Human imagination had been fascinated by death since ancient cultures and became the inspiration for many of their artistic and architectural works. It was their unshakeable belief in the afterlife as well as their ambivalent attitude to the dead that was typical of many funeral ceremonies in primitive peoples. On the one hand you see a tendency to make the journey into the world of spirits easier for the dead and on the other hand to prevent them from returning.

Death has become a taboo subject. Current high-tech medicine is characteristic of struggling intensely for an endangered life of every individual, which is certainly great and admirable. Advanced technologies come into being so as to serve their users but finally the users are made to reevaluate their aims just due to modern technologies which themselves bring up questions people did not use to be and could not be ready to answer.

The modern medical science has made death a taboo subject so that it could not prevail. Death in our way of life in the Euro-American culture is difficult to integrate. It goes without saying that today's people want to live a long, successful and happy life. And it is also common to rely on powerful medicine which can work a miracle at present. Then it is hard to die in such a context. The ability to accept the fact of mortality on the rational level – every adult knows they will die one day – cannot change this fact. But it is “one day“ that matters. A current settled idea is that not only death should appear at the end of a long and successful life but also it should be in an optimal way: quick and painless with the help of experts who know what to do.

Death as a taboo subject has become a general phenomenon after the World War II. What has happened was inevitable to happen in the context of advanced technology and victorious medicine. Death is perceived as a necessary but inappropriate phenomenon which does not fit into the world dominated by science, technology, media and entertainment.

It is difficult to talk about the trend in a postmodern era. Nevertheless the image of life presented by mass media is focused on youth, sex and success. What is more it is mostly presented in an unreal biased way. Death is hidden and is passed over in silence or it is mentioned in a media rewarding report about the tragedy.

The tactic of burying head in the sand is certainly possible but it usually fails when death strikes near. When a close person is taken fatally ill, when a nurse or a doctor is repeatedly confronted with a dying person. In such situations death is impossible to be hidden purposefully.

Accentuated fear of death resulting in the current state came into being in 19th century. Thank the above mentioned advancement of science the mankind has started to triumph over death. Life-expectancy is getting longer, death is not so visible as it used to be. Life has become the matter of interest. Life has accelerated due to productive forces so have the funeral rituals. When a person dies they are buried faster and fewer and fewer people are present at the funeral. There is no time for death. The end of 19th century brings commercialization of death – “the American way to death“.

A funeral ritual has become a matter of business. Former expensive and spectacular funerals with a funeral parade, a horse-drawn hearse, a parade of relatives and friends have been replaced and shortened. Horses have been replaced with a car, the funeral ritual and ceremony are shorter. Black clothes as a symbol of mourning are seen at the funeral only occasionally. Grief over the loss is not externalized. It cannot be perceived by the others. So it simply does not exist anymore. Nothing has been left to remind us of death. Death is losing its natural character which it used to have.

Synthesis of knowledge of modern medicine, along with space for the participation of relatives appears to be dying as a possible way to solve this problem. This effort is the current approach to dying at least some form realized through hospice care.

This book aims to enable insight into the problem described above. It stands at the base of the current confused approach to death and dying. The text can help with basic orientation in the dying and their accompanying family members.

The text describes some of the main areas of palliative care that are linked to psychology and psychotherapy. Specifically, the following topics: the importance of death in human life, death and loneliness, the interconnection of life and death, fear of death, death, and psychopathology, and psychotherapy death, the concept of death in ontogenesis, the existential concept of death, dying and death in historical perspective, palliative care, psychological coping with a terminal illness, breakdown process of dying, loss of someone close, hospice, hospital long-term care, palliative care as a stress situation, euthanasia, near-death experience.

**Key words:** Death, dying, loneliness, fear of death, the existential concept of death, loss of someone close, hospice, euthanasia, near-death experience.



**Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

## **Psychologické aspekty paliativní péče**

Určeno pro projekt OPVK: „Inovace a rozvoj kombinované formy výuky psychologie na Katedře psychologie FF UP v Olomouci“.

Výkonný redaktor doc. PhDr. Jiří Špička, Ph.D.  
Odpovědná redaktorka Mgr. Jana Kreiselová  
Technická redaktorka RNDr. Helena Hladišová  
Návrh a grafické zpracování obálky Jiří Jurečka

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci  
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc  
www.vydavatelstvi.upol.cz  
e-mail: vup@upol.cz  
e-shop: www.e-shop.upol.cz

Olomouc 2011

1. vydání

Ediční řada – Monografie  
čz 2011/622

**ISBN 978-80-244-2931-1**

Neprodejné