

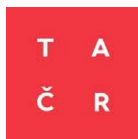
METODIKA ONLINE POZŮSTALOSTNÍ PÉČE

Provázení procesem
truchlení



Vydavatelství
Univerzity
Palackého

Martin Kupka a kol.



Tato metodika byla vytvořena se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu na podporu aplikovaného výzkumu a inovací SIGMA 1. VS SIGMA DC3. Podpora inovačního potenciálu společenských věd, humanitních věd a umění. Projekt TQ01000067 Online poradenství pro pozůstalé: Provázení procesem truchlení.

Oponenti:

doc. PhDr. Miroslav Světlák, Ph.D.

Mgr. Hana Hobzová, Ph.D.

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

1. vydání

© Tomáš Bok, Jan Kaňák, Martin Kupka, Lenka Macháčková, Klára Machů,
Olga Pechová, Petra Pozdníková, Sylvie Stretti, Naděžda Špatenková, 2025
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2025

<https://doi.org/10.5507/10.5507/ff.25.24466989>

ISBN 978-80-244-6698-9 (online: iPDF)

ISBN 978-80-244-6699-6 (online: ePub)

Obsah

Úvod	5
1 Truchlení	9
2 Emoční reakce při truchlení	14
3 Kognitivní reakce při truchlení	19
4 Behaviorální a somatické projevy při truchlení	21
5 Projevy truchlení vztažené ke spiritualitě a religiozitě	23
6 Modely procesu truchlení	26
7 Anticipovaný zármutek a truchlení	35
8 Komplikované truchlení	42
8.1 Rizikové faktory truchlení	48
8.2 Diagnostika komplikovaného truchlení	52
8.2.1 Diagnostická vodítka komplikovaného truchlení	53
9 Psychosociální (spirituální) intervence v pozůstalostní péči	57
9.1 Krizová intervence	58
9.2 Dovednosti pro psychické zotavení	62
9.3 Poradenství pro pozůstalé	64
9.3.1 Základní principy poradenství pro pozůstalé	67
9.3.2 Základní techniky poradenství pro pozůstalé	72
9.4 Psychoterapie pro pozůstalé (terapie zármutku)	76
9.4.1 Doporučený postup terapie podle Wordena (2018) a Špatenkové (2023)	78
9.4.2 Techniky terapie zármutku	82
9.5 Pastorační péče o pozůstalé	84
10 Možnosti distanční pozůstalostní péče	86
10.1 Informačně-komunikační technologie a možnosti jejich využití v distanční formě kontaktu s klientem	89
10.1.1 Videokonferenční kontakt	90

10.2	Kompetence pro práci s klientem v online prostoru	92
10.3	Výhody a nevýhody distančního kontaktu	95
11	Výzkumná část: uvedení do problematiky	99
11.1.	Cíle studie a výzkumné otázky	101
11.2	Metodologický přístup a design	103
11.3	Metody tvorby dat	103
11.4	Metody analýzy dat	104
11.5	Popis výběrového souboru a průběh výzkumu	106
11.6	Etické aspekty výzkumu	108
12	Výsledky výzkumu	109
13	Odpovědi na výzkumné otázky	237
14	Sumarizace základních doporučení	257
15	CHECKLIST 1: Bezpečnost a technické náležitosti videohovoru nebo telefonického kontaktu s klientem	265
16	CHECKLIST 2: Kontraindikace a limity distančních intervencí u pozůstalých	268
17	Vstup pozůstalého do péče a první distanční sezení	271
18	Možnosti pozůstalostních intervencí a posouzení rizika vzniku komplikovaných forem zármutku	277
19	Hlavní zásady frekvence a ukončování distanční pozůstalostní péče	287
20	Nutné kompetence k realizaci pozůstalostních intervencí	291
	Použitá literatura	296
	Příloha 1	305
	Příloha 2	308

Úvod

Hlavním cílem této metodiky je nabídnout ucelený, prakticky orientovaný návod, jak v online prostoru poskytovat psychosociální (spirituální) podporu a péči lidem, kterým zemřel blízký člověk. Cílem takto pojaté pozůstalostní péče je pomoci jednotlivci zvládat emocionální a praktické výzvy spojené s úmrtím a přizpůsobit se nové identitě a realitě bez zesnulého.

Reagujeme tak na celospolečenskou potřebu dostupnosti kvalifikované péče v situacích omezeného kontaktu, ke kterému došlo v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19 (infekce způsobená koronavirem SARS-CoV-2). Tuto potřebu vnímáme s ohledem na budoucnost, pokud by k podobným opatřením znovu muselo dojít. Budování kapacit a získávání zkušeností v souvislosti s omezeným interpersonálním kontaktem znamená připravenost na budoucí hrozby (pandemie, válečný stav, živelné katastrofy atd.).

Zároveň se domníváme, že díky současnému potenciálu informačních (elektronických) technologií je možné učinit tuto službu dostupnější (levnější), a to především s ohledem na jedince, kteří žijí ve vyloučených lokalitách a mimo velká města nebo jejichž zdravotní stav jim neumožňuje cestovat.

Navíc pokud budou určité psychosociální formy pozůstalostní péče poskytovány online, lze uvažovat o nezanedbatelném preventivním rozměru. Včasná a dostupná psychosociální pomoc pozůstalým znamená předcházení budoucím komplikacím, které se u této klientely bez pomoci mohou

rozvinout (komplikované truchlení, deprese, úzkostné poruchy, suicidalita atd.). Jako pravděpodobný se tento předpoklad jeví při poskytování psychotherapeutických intervencí, přičemž více ze služeb profitují ti, jejichž truchlení je vnímáno jako komplikované (Neimeyeer, Breen & Milman, 2023).

Rozhodně tímto počínem neusilujeme o to, aby došlo k úplné změně současného východiska, které je postaveno na přímém kontaktu (tváří v tvář) pomáhajícího pracovníka a jeho klienta. Drtivá většina domácích i zahraničních výzkumů poukazuje na skutečnost, že přímý kontakt formou poradenství, krizové intervence či psychoterapie je preferován – a to jak truchlícím klientem, tak i poskytovatelem pozůstalostní péče (Probst et al., 2021; Stoll, Muller & Trachsel, 2020).

Termínem online kontakt rozumíme především možnost videokonferenčního setkání mezi profesionálem a klientem (pacientem), popřípadě kontakt telefonický, který je v takto specifické praxi aktuálně rovněž hojně využíván. Tato metodika je určena především lékařům psychiatrům, klinickým psychologům, psychoterapeutům, krizovým interventům a certifikovaným poradcům pro pozůstalé, kteří se s touto klientelou setkávají a poskytují profesionální psychosociální či spirituální oporu právě lidem zasaženým vztahovou ztrátou.

Metodika online pozůstalostní péče: provázení procesem truchlení se zabývá teoretickým vymezením dané problematiky a obsahuje především praktická doporučení a postupy vhodné k začlenění do distanční (online) formy pomoci, ať už se jedná o praxi jednotlivce či organizace. Speciální pozornost věnujeme problematice komplikovaného truchlení, které se aktuálně objevuje v MKN-11 pod označením Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek). Klademe si otázku, zda a jak je možné pomocí distančních metod s tímto fenoménem pracovat.

Navazujeme na Metodiku videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb, která sumarizovala doporučení a návody určené k implementaci distanční formy práce do praxe jednotlivce či organizace. Konkrétní postupy, které zde byly popsány, se zaměřovaly na akvizici vhodných informačně-komunikačních prostředků, plánování služby, zajištění

informovaného souhlasu a adaptaci distančních postupů do stávajících standardů kvality, včetně zabezpečení dat a informací. Tato metodika byla určena pro poskytovatele sociálních služeb, a to na úrovni veřejné správy a samosprávy, státních institucí, neziskových i soukromých subjektů. Smyslem této metodiky bylo pomoci provozovatelům sociálních služeb lépe se orientovat v problematice zavádění videokonferenční formy kontaktu do práce s klientem, včetně komplexního definování základních přínosů, možných rizik a specifik (Sluková, Jochmanová et al., 2022).

Novost naší metodiky spočívá v konkrétním a praktickém zaměření, které je cíleno na oblast poskytování psychosociální pozůstalostní péče v online prostoru – distančně. Díky práci kolegů, kteří vytvořili Metodiku videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb, se nyní nemusíme do hloubky zabývat technickými specifikacemi, etikou a formálními aspekty online kontaktu s klientem. Tuto problematiku shrneme a nabídneme uživateli dále v textu jako samostatné pojednání.

Naše metodika přináší informace o tom, jak poskytovat poradenství, krizovou intervenci či psychoterapii distančním způsobem klientům, kteří utrpěli vztahovou ztrátu a potřebují profesionální pomoc takového druhu, aby dokázali integrovat svůj žal, zvládnout praktické výzvy každodennosti po úmrtí blízkého, najít novou identitu a akceptovat následnou realitu běžného života bez zesnulého. Poskytování krizové intervence, poradenství či psychoterapie online je v zahraničí běžnou praxí, jak dokládá řada výzkumů. V ČR se tato forma kontaktu s klientem dostala do popředí zájmu především s karanténními opatřeními realizovanými v letech 2020 a 2021.

Novost a přínos naší metodiky spočívají také ve způsobu, jakým jsme získali relevantní data. Realizovali jsme kvalitativní design, prováděli jsme hloubkové rozhovory a ty jsme následně podrobili interpretativní fenomenologické analýze. Respondenty našeho výzkumu byli profesionálové s odpovídající kvalifikací i zkušeností, kteří se běžně setkávají ve své profesi s fenoménem truchlení a mají možnost porovnat přímý kontakt (tvář v tvář) s online kontaktem. Díky takto vedenému výzkumu můžeme nabídnout poskytovatelům pozůstalostní péče (lékaři psychiatři, krizoví interventi, poradci pro pozůstalé, psychoterapeuti, kliničtí psychologové, sociální

pracovníci atd.) prakticky orientované postupy, které mohou využít při práci v online prostředí s klienty, kteří utrpěli vztahovou ztrátu.

Informace a postupy prezentované v této metodice byly průběžně konzultovány s organizacemi, které poskytují psychosociální či spirituální pozůstalostní péči. Konkrétně se jedná o následující subjekty: Poradna Vigvam Praha, Institut Pallium, Centrum paliativní péče, Strom života, Asociace poradců pro pozůstalé, Terap.IO.

1 Truchlení

Prakticky každý člověk se několikrát v průběhu života dostane do situace vztahové ztráty, která je způsobena úmrtím blízkého člověka. Stáváme se pozůstalými a procházíme procesem, který označujeme pojmem truchlení. Ve většině případů je žádoucí k truchlení přistupovat jako k něčemu normálnímu a vlastně ozdravnému. Náročnost truchlení je vždy významně ovlivněna důležitostí daného člověka pro nás a okolnostmi (kontextem), které jsou s takovou vztahovou ztrátou spojeny. Čím byl daný člověk pro nás důležitější, tím pevnější součástí našeho sebepojetí (života) byl a tím náročnější bude se s takovou ztrátou vyrovnat. Navíc každé úmrtí blízkého člověka je zároveň připomínkou vlastní smrtelnosti a smrt lze považovat za jeden ze základních zdrojů úzkosti (Yalom, 2020).

Kromě toho se také jako podstatné ukazuje, jakou schopnost integrace a separace má daný pozůstalý s ohledem na jeho vlastní autobiografii, jestli má sklon spíše k pozitivnímu nebo negativnímu náhledu na svět a jaké volí copingové strategie (Boelen, Hout van den, Bout van den, 2006). Další studie se pak zabývají prediktory jak s ohledem na život jedince do období úmrtí blízkého člověka, tak s ohledem na povahu úmrtí, jeho náhlost či násilnost nebo míru poskytované sociální opory (Lobb et al., 2010).

Kast (2015) uvádí, že ztráta blízkého člověka často znamená ztrátu bezpečí, životních jistot i vztahu, tedy ztrátu my v různých životních kontextech,

ztrátu společné minulosti i očekávané budoucnosti. V řadě případů pak truchlení není slabostí, nýbrž normální reakcí a důležitým procesem pro obnovení životaschopnosti (adaptace). A jako je jedinečný každý člověk i vztah, stejně tak je jedinečný i proces truchlení. Ten se váže nejen k osobnosti daného člověka a jeho vztahu k zemřelému, ale též k okolnostem úmrtí blízkého a kvalitě vztahů s širším okolím pozůstalého. Z uvedeného můžeme vyvozovat, a v praxi se s tím setkáváme, že každý prožívá ztrátu jedinečným způsobem a v této jedinečnosti je skutečně sám. V tomto smyslu je pocit osamělosti přirozenou součástí truchlení a bohužel také zdrojem úzkosti. Přesto však silná sociální opora pro ty, kteří se potýkají s intenzivním zármutkem, sice nemusí urychlit jejich zotavení, ale může zlepšit jejich schopnost se s tímto zármutkem vyrovnat (Cacciatore et al., 2021).

Truchlení je zpravidla dlouhodobý proces (standardně uváděným cyklem je rok až dva), kterým člověk prochází. Ve většině případů vzniká u pozůstalých nová identita a nový způsob života, dochází k adaptaci. Špatenková (2023) je toho názoru, že ztráta blízkého člověka u pozůstalých vyvolává silné emoční reakce a zároveň narušuje jejich integritu a identitu, vztahy s druhými a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa. Nemusí se tak dít vždy a u každého, jsou známy také případy resilientního truchlení, nicméně je pravděpodobné, že u řady lidí k určité formě dekompenzace dojde.

Pozůstalí, kteří se vyrovnávají se smrtí blízkého člověka, musí prožít zármutek, adaptovat ve světě bez zemřelého, akceptovat ztrátu jako reálnou a integrovat ji do vlastního života. Hlavní pomoc pro pozůstalé by měla představovat rodina a nejbližší členská skupina (partneři, přátelé, děti, známí a příbuzní). Přirozené zdroje sociální opory ovšem v naší společnosti spíše selhávají, proto řada pozůstalých hledá pomoc u odborníků. Někdy navíc může být snazší hovořit o ztrátě s cizím člověkem než s členem vlastní rodiny. Distanční (online) pozůstalostní péče se v tomto kontextu jeví jako vhodná cesta, jak danou službu učinit dostupnější.

V prožívání truchlících převládají projevy smutku (zármutek). Ačkoliv slova žal, zármutek a truchlení bývají užívána jako synonyma, Špatenková (2023) upozorňuje na existenci určitých rozdílů. Uvádí, že anglicky píšící autoři chápou zármutek (grief) jako pocity pozůstalých, zatímco truchlení (mourning; mourning behavior) jako jejich chování (reakci).

Shear (2012) pak termíny používá následujícím způsobem. „Bereavement“ chápe jako zkušenost ztráty někoho blízkého, „grief“ pak jako komplexní (bio-psycho-sociálně-spirituální) reakci, která se spouští v souvislosti se ztrátou s cílem zmírnit a integrovat zármutek a ztrátu, přeorientovat se na svět bez milované osoby. Dodejme pak, že se jedná o fyzickou nepřítomnost milované osoby, protože teoretické koncepce pokračující vazby předpokládají, že dobrým vyústěním procesu truchlení je také nalezení toho, jakou roli by zemřelý v životě pozůstalého měl zaujímat. Toto rozlišování by se na jednu stranu mohlo zdát jako zbytečné či přehnané. Na druhou stranu se tím ale mírně vyjasňuje to, jak uvažovat o truchlení ve vztahu ke ztrátám, které nemají povahu úmrtí blízkého člověka. Guldin a Leget (2024) totiž upozorňují na to, že truchlení (grief) je reakce vztahující se k širšímu aspektu ztrát (jistota, práce, kontakt s blízkým člověkem atp.) a není specificky vyhrazena jenom pro situaci týkající se úmrtí blízkého.

O'Connorová (2022) považuje zármutek za intenzivní emoční reakci, která nás zasahuje opakovaně. Truchlení naopak chápe jako proces, který má svůj začátek a konec. Zatímco zármutek nemusí nikdy zcela skončit, jelikož jej v souvislosti se vzpomínkou na ztrátu konkrétní osoby budeme prožívat stále (s různou intenzitou), truchlení jakožto proces adaptace na ztrátu se v průběhu času promění. Jinými slovy to znamená, že prožívat zármutek je možné, ačkoli se ztrátou jsme se již vyrovnali.

V posledních desetiletích je procesu truchlení a projevům zármutku věnována větší pozornost. Ačkoliv lze stále hovořit o tom, že umírání a smrt jsou v západní společnosti tabuizovány, momentálně se potřebám umírajících a otázkám důstojného umírání věnují nejen odborníci, ale i média a významné osobnosti. Tato zvýšená pozornost, která se projevuje také rostoucí produkcí výzkumných článků, monografií či sborníků s sebou přináší tendenci porozumět různorodým podobám průběhu truchlení. Objevují se studie předpokládající, že je možné jeho průběh popsat pomocí tzv. prototypických reakcí, z nichž jedna odpovídá výše popsanému průběhu truchlení, další se pak více blíží spíše neproblematickému a časově poměrně rychlému zvládnutí adaptace na novou situaci (okolo 3 měsíců), přičemž emoční prožívání nemusí být intenzivní (někdy se označuje také jako resilientní truchlení). Poslední z těch obvyklých pak směřují ke komplikacím

v průběhu truchlení a dlouhodobé přítomnosti špatné adaptace na změněný svět, silných emočních projevů atp. (Fraley, Bonanno, 2004).

Důsledkem výše uvedeného je podpora hospicové péče a rozvoj péče pozůstalostní. Navíc díky zavedení nové diagnostické kategorie Porucha protražovaného truchlení do ICD-11 (česká verze tohoto diagnostického manuálu pracuje s pojmem Prodloužené truchlení) se větší pozornost věnuje také lidem, kteří jsou ztrátou blízkého člověka zasaženi natolik, že se s ní nedokáží vyrovnat bez komplexní a zpravidla kontinuální profesio-
nální pomoci.

Určité riziko v tomto směru představuje podle Špatenkové (2023) medicalizace a medikamentizace truchlení, což znamená, že z přirozené reakce na ztrátu blízkého člověka učiníme vždy nemoc a budeme ji léčit pomocí psychofarmak. Při nekomplikovaném průběhu truchlení je obojí neadekvátní, není zde vlastně co léčit. Je ovšem nutno dodat, že velmi silný zármutek a reakce na něj mohou určité onemocnění (tělesné nebo psychické) vyvolat či akcelarovat. V takových případech je potom intervence lékaře namístě. Truchlení nad ztrátou milovaného člověka může připomínat v mnoha ohledech nemoc. Pozůstalí se cítí špatně fyzicky, emocionálně i sociálně. Prožívají vykořeněnost z bezpečí světa. Mohou trpět poruchami spánku, nemají chuť k jídlu, či naopak je chuť k jídlu zvýšená, může dojít k narušení jejich sociální i pracovní integrity. Přes výše uvedené je ovšem nutno mít na paměti, že truchlení nemoc není, jedná se o přirozený způsob zpracování a integrování ztráty. Podle Špatenkové (2023) přirozený průběh zármutku podporují především rituály (např. pohřeb), možnost hovořit o ztrátě a jejím významu, kulturní vlivy, které dovolují vyjádření zármutku, a vyhýbání se alkoholu či jiným substancím, které mění vědomí, včetně léků – přičemž indikované užití medikace (nikoliv jako plošné reakce na prožívané úmrtí blízké osoby) může pomoci proces truchlení dobře zvládnout (Gang et al., 2021).

Praško et al. (2012) jsou toho názoru, že farmakoterapie je vhodná pouze v případě, že se u pozůstalého objevila další porucha, popřípadě truchlení probíhá komplikovaně nebo je zvýšeno riziko suicidálního jednání. Mezi nejčastější komorbiditý komplikovaného truchlení patří úzkostné poruchy, deprese či posttraumatická stresová porucha. U všech

těchto psychopatologických reakcí lze v dané situaci aplikovat léčbu antidepresivy. V případě podání farmakoterapie, především z okruhu benzodiazepinů, je však třeba zvážit, zda má smysl za cenu krátkodobé úlevy pozastavit přirozené zpracování ztráty a celý proces truchlení tím vlastně prodloužit.

2 Emoční reakce při truchlení

V souvislosti s prožíváním pozůstalých hovoříme o zármutku (žalu). Worden (2018) považuje zármutek za kombinaci nejrůznějších myšlenek a především emocí, které jsou spojeny s duševní trýzní (bolestí). Tyto emoce potřebují pozůstalí sdílet, potřebují jim porozumět a potřebují je spojit s konkrétními potřebami a následně je integrovat.

Emoce nás zpravidla informují o našich potřebách, o tom, co je pro nás důležité a co má smysl. Práce s nimi (uvědomění, pojmenování, ventilace a integrace) je základem psycho-sociálně-spirituální pozůstalostní péče. Dále v textu přibližujeme nejčastější emoční reakce, které mohou být i potenciálně nebezpečné, co se týká rizika vzniku komplikovaného truchlení.

Na tomto místě je ovšem také nutné upozornit, že níže uvedené projevy jsou normální, běžné a vyskytují se v různé intenzitě u všech pozůstalých. Téměř nikdy nejsou striktně odděleny jeden od druhého. Pokud bychom měli uvažovat o truchlení komplikovaném, nepůjde nám tolik o kvalitu prožívaných emocí, ale spíše o jejich kvantitu (jak moc nám daná emoce brání v každodenním fungování), délku prožívání, situační kontext a možnosti regulace. Jen připomínáme, že komplikovanému truchlení se budeme věnovat dále v textu samostatně.

Zároveň je také vhodné na tomto místě upozornit na dvě koncepce, které se k oblasti emocí v rámci truchlení vztahují. Jedná se o koncepci

„intuitivního a instrumentálního truchlení“, kterou formulovali Doka a Martin (Gamino et al., 2020) a o modelu „šíře reakcí na ztrátu“ (Machin, 2014) ve vztahu k emocím, jejich prožívání a sdílení. První koncepce poukazuje na to, že někteří pozůstalí (instrumentální podoba truchlení) preferují spíše kognitivní zvládnutí truchlení s využitím „kontroly nad emocemi“ (Gamino et al., 2020). Druhá koncepce pak z hlediska prožívání a sdílení emocí upozorňuje na fakt, že subjektivně vnímané přílišné prožívání emocí i v brzké době po úmrtí blízkého může být vyčerpávající a v důsledku ubírat energii potřebnou pro adaptaci na novou situaci. V tomto ohledu pak autoři doporučují zvažovat prvky emočního managementu, které by mohly pomoci pozůstalému, lidově řečeno, nabrat dech.

1. **Smutek:** Základní emoce, se kterou se u pozůstalých setkáváme a která v řadě případů jejich prožívání dominuje. Jedná se o emoci, již běžně zažíváme v souvislosti s jakoukoli ztrátou, pokud je daný objekt pro nás významný (má hodnotu). Vnější projevem smutku bývá pláč. Ať už jsou, nebo nejsou slzy přítomny, snaha bránit prožívání smutku (např. nadměrnou činností nebo zbytečnou medikací) může u pozůstalých průběh truchlení komplikovat, a představuje tudíž potenciální riziko (Worden, 2018). Špatenková (2023) uvádí, že pokud dokážeme smutek komunikovat druhým (dokážeme ho projevit), zvyšuje se tím pravděpodobnost nekomplikovaného průběhu truchlení. Tuto zkušenost lze dát do souvislosti rovněž s mobilizací sociální opory, kdy viditelně smutnému člověku spíše pomůžeme, projevíme o něj starost a zájem.
2. **Hněv:** Poměrně častá emoce pozůstalých. Jordan & Litz (2014) jsou toho názoru, že emoce hněvu se mohou týkat jak konkrétních osob z okruhu rodiny, přátel, kolegů či partnerů, tak institucí, které pečovaly o zemřelou osobu a rovněž i zemřelého. Hněv může být namířen rovněž proti sobě samému („neudělal jsem dost a zklamal jsem“). Uvědomit si, že hněv je směřován vůči zemřelému, je velmi těžké, a proto se může stát náhradním objektem prakticky kdokoli („proč mi to udělal, co si nyní počnu, co si o nás pomyslí druzí?“). Velmi často je hněv směřován k příbuzným, případně k personálu zařízení, v němž blízký zemřel. Lze doplnit, že v kontextu zdravotnických institucí se u pozůstalých může hněv objevit

jako adekvátní reakce zpravidla kvůli nedostatečné empatii zdravotníků, případně z důvodu selhání komunikace. Proto je velmi důležité jak systémové nastavení, tak individuální dovednosti zdravotníků při sdělování špatných zpráv (Špatenková, 2023).

3. **Toužení:** Hluboké toužení po zemřelém je podle Wordena (2018) u pozůstalých poměrně běžnou emocí. Jedná se o normální reakci na ztrátu. Když se truchlení blíží ke konci, naléhavost této emoce klesá. V opačném případě bývá tento pocit indikátorem komplikovaného truchlení.
4. **Strach a úzkost:** Jedná se emoční signály hrozícího nebezpečí. Truchlící osoby se zpravidla obávají ztráty příjemných vzpomínek a zároveň mají obavy, že převládnu vzpomínky nepříjemné. V některých případech se u pozůstalých objevuje také strach ze zármutku, respektive z neschopnosti regulovat emoce. Dalším zdrojem strachu jsou obavy z pokračujícího života, na který bude pozůstalý sám. Strach má v tomto kontextu instrumentální rovinu – jak si poradím? Strach bývá obvykle spojen s něčím konkrétním, zatímco úzkost zpravidla nemá zvláštní zaměření. Intenzita této emoce se přitom u pozůstalých může pohybovat od lehkého pocitu nejistoty až po záchvat paniky. Zdrojem úzkosti mohou být v daném kontextu buď obavy z neschopnosti žít život bez zemřelé osoby, nebo zakoušení vlastní smrtelnosti v důsledku ztráty blízkého člověka (Worden, 2018). Vždy je nutné pomoci pozůstalému smysl strachu a úzkosti pochopit.
5. **Vina a stud (výčitky svědomí):** Yalom (2020) rozlišuje vinu reálnou, neurotickou a existenciální. Hovoří o vině jako o „temném stínu odpovědnosti“. Jedná se o všepřonikající, velmi nepříjemnou zkušenost, která je prožívána jako úzkost plus pocit špatnosti (znehucení – odporu). Neurotická (iracionální) vina pochází z domnělých přestupků (nebo z drobných přestupků, na něž člověk reaguje nepřiměřeně silně). Reálná vina pramení ze skutečného provinění, zpravidla se jedná o pochybení vůči druhému člověku. Existenciální vina v našem pojednání akcentuje možnosti vztahu, které nebyly naplněny. Prožitek viny bývá někdy spojen s domnělou možností zabránit úmrtí blízkého člověka. Worden (2018) uvádí, že vina je často iracionální a zmírňuje se testováním reality. Vedle viny se může objevit také obviňování ostatních s cílem nalézt viníka

a potrestat ho. Vina v truchlení může být také spojena s myšlenkou, že pro blízkého člověka jsem neudělal vše, co bylo v mých silách, že jsem ho zklamal. Zatímco vina má intrapersonální akcent, stud je interpersonální. Stydím se za něco před sebou, a hlavně před ostatními. Obojí může vést k sociálnímu stažení, což je kontraproduktivní při zvládání truchlení – nedochází k mobilizaci přirozených zdrojů sociální opory. Pozůstalý se může také stydět za to, že přestává zvládat nároky každodenního života, že je druhým na obtíž a jeho aktuální reálné možnosti neodpovídají sebeobrazu atd. Na tomto místě je nutné zmínit závěr Špatenkové (2023), která uvádí, že pokud se pozůstalý staral o zemřelého v průběhu umírání a udělal vše, co bylo v jeho silách (byl mu nablízku), potom můžeme s větší pravděpodobností očekávat přirozený průběh truchlení. Tentýž závěr se týká pohřbu a rozloučení – pokud obojí proběhlo, můžeme očekávat spíše truchlení nekomplikované (Haškovcová, 2007; Prigerson et al., 2021; Szuhany et al., 2021). Pokud je vina reálná, přijetí a integrace dokáží její naléhavost zmírnit. Na místě je potom přijetí osobní odpovědnosti a důsledků.

6. **Osamělost:** Yalom (2020) rozlišuje osamělost interpersonální, intrapersonální a existenciální. Interpersonální osamělost v našem pojednání znamená definitivní oddělení od zemřelého, kdy se pozůstalý cítí sám a stýská se mu po všem, co bylo se zemřelým spojeno. Zároveň se můžeme setkat s tím, že pozůstalý se cítí nepochopen svým okolím, a tak se od něj izoluje, čímž se narušují vztahy s jeho blízkými. Intrapersonální osamělost nastává v okamžiku, kdy pozůstalý potlačuje své vlastní pocity nebo touhy, nedůvěřuje svému úsudku nebo nerealizuje vlastní možnosti. Vztahová ztráta může zásadním způsobem zpochybnit životní hodnoty pozůstalého. Dochází ke krizi smyslu a k vyloučení některých prožitků z vědomí, nebo také k znepřístupnění částí psychiky vlastnímu já. Hovoříme o disociaci či vytěsnění. Člověk se tak odcizuje sobě samému, přestává si rozumět, ztrácí cit pro vlastní směřování. Zde je důležité mít na paměti, že něco podobného to mohl pozůstalý zažívat již před ztrátou, kořeny osamělosti jsou tedy hlubší. Existenciální osamělost mimo jiné znamená uvědomění, že nikdo jiný za mne nemůže žít, nikdo za mne nemůže převzít odpovědnost a oddělit ode mne bolest, kterou

při truchlení prožívám. Worden (2018) je toho názoru, že k prožitku existenciální osamělosti zásadně přispívá právě konfrontace se smrtí. Osamělost je vždy mírněna vztahem. V našem kontextu máme na mysli nejen vztahy osobní, ale také profesionální (poskytování psychosociální/spirituální pozůstalostní péče).

7. **Bezmoc:** Tato afektivní reakce bývá často spojena s pocitem bezesmyšlnosti a beznadějnosti. Jedná se o pocit a přesvědčení, že pozůstalý nedokáže zvládat vlastní život, běžné denní aktivity nemají žádný smysl a bude to tak stále. Opět připomínáme, že významnou roli hraje kvantita a časové hledisko. Na počátku truchlení je výše uvedené poměrně běžné, nebezpečné je, pokud tento trend generalizuje a vyústí v syndrom naučené bezmocnosti (Praško et al., 2012).
8. **Úleva a osvobození (absence emocí):** Vedle výše zmíněných emocí se u pozůstalých můžeme setkat také s pocity úlevy, klidu, oproštění, vysvobození. Ty se většinou objevují v situacích, kdy člověk zemřel po těžké nemoci, ve vysokém věku, smířený. Úleva se může objevit i v případě ambivalentního vztahu mezi pozůstalým a zemřelým člověkem nebo také v situaci, kdy je pozůstalý vyčerpán péčí o zemřelého. Zvláštní případ pak představuje dokonaná sebevražda, kdy se u pozůstalých objevuje pocit úlevy doprovázený vinou či studem (Worden, 2018). Jak upozorňuje Špatenková (2023), silná emoční reakce se nemusí také dostavit vůbec. Tento jev vzniká v okamžiku absence vztahu a citových vazeb. Není tedy pro koho truchlit. Dalším důvodem je tzv. odložené truchlení, o němž se zmíníme později v kapitole věnované komplikovanému truchlení.

3 Kognitivní reakce při truchlení

Podle Špatenkové (2023) jsou při truchlení s emocemi spojeny typické kognitivní vzorce. Truchlící na zesnulého myslí a přemýšlí o něm, o vztahu s ním, o minulosti, o plánovaných budoucích aktivitách, které již nebude možné realizovat. Obvykle bývá první reakcí pozůstalých na sdělení o úmrtí blízké osoby odmítání a pochybnosti, a to především pokud se jedná o náhlou a nečekanou smrt. Typické jsou depresivní myšlenky, zmatenost, obtíže s koncentrací a pamětí, časovou orientací a celkově s exekutivními funkcemi, což znesnadňuje každodenní fungování. Při péči o pozůstalé je nutné tyto potíže respektovat, dát jim prostor v dialogu a uznat jejich přítomnost, normalnost a dočasnost.

1. **Neschopnost uvěřit v realitu události:** Worden (2018) uvádí, že v prvních chvílích po oznámení úmrtí se u pozůstalých poměrně často objevuje přesvědčení, že ke smrti nemohlo dojít, že je to omyl, který se vysvětlí. Tyto myšlenky jsou typické u náhlého (neočekávaného) úmrtí (Worden, 2018). Špatenková (2023) poukazuje na skutečnost, že tyto myšlenky zpravidla ustupují ve chvíli, kdy pozůstalí spatří tělo zemřelého a mohou se rozloučit.
2. **Neschopnost uspořádat si myšlenky (konfuze):** O'Connorová (2022) v této souvislosti hovoří o konfuzním myšlení, které se projevuje neschopností uspořádat si myšlenky, obtížemi se soustředěním

a nadměrným zapomínáním. V tomto kontextu lze zmínit, že pozůstalí, u nichž se objevuje komplikované truchlení, obvykle dosahují podstatně horších výsledků v kognitivních testech, jako je Test cesty (Prigerson et al., 2021; Szuhany et al., 2021).

3. **Černé myšlenky:** V průběhu truchlení jsou pozůstalí také konfrontováni s vtíravými a obtěžujícími myšlenkami, které se týkají vlastní osoby, budoucnosti, ostatních lidí („všechno dopadne špatně; jsem úplně nemožný; nikdo mě nemá rád; nikomu na mně nezáleží; všechno zkazím; na nikoho se nemohu spolehnout“). Typické jsou především ve spojení s dezorganizací běžných denních aktivit, kdy pozůstalý není schopen plně dostat požadavkům výkonu (práce, studium péče o domácnost).
4. **Obsedantní myšlenky (zaujetí zemřelým):** Zaujetí zemřelou osobou může mít podobu vtíravých myšlenek, které se dostavují proti vůli pozůstalého. Opět připomínáme, že zejména v období akutního zármutku jsou tyto tendence časté (O'Connorová, 2022). Špatenková (2023) připomíná, že v některých případech může zaujetí zemřelým u pozůstalých v raných fázích truchlení vést k pseudohalucinacím, které mají podobu vnímání přítomnosti zemřelé osoby, nebo dokonce vznikají zrakové či sluchové pseudohalucinace týkající se zemřelého. Také další odborníci (Worden, 2018; Baethge, 2022) jsou toho názoru, že se jedná o častý jev, který lze zařadit mezi normální reakce na ztrátu, jenž do několika týdnů vymizí. Pseudohalucinace spojené se zemřelou osobou u pozůstalých nepředstavují významnější problém. Ze strany profesionálů angažujících se v pozůstalostní péči je potřeba, aby truchlícího uklidnili. Na místě je tedy citlivá edukace.

4 Behaviorální a somatické projevy při truchlení

S nekomplikovaným průběhem truchlení bývá spojována řada specifických behaviorálních i somatických projevů. Může se jednat například o hledání

blízkého v davu, poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu, únavu, psychosomatické obtíže.

1. **Stažení se do izolace:** Řada pozůstalých reaguje na ztrátu redukcí sociálních vztahů. Tato izolace nesouvisí pouze se sociálními kontakty. Lze ji pozorovat i ve vztahu k vnějšímu světu, což znamená, že truchlíci redukují běžné denní činnosti a především ty, které jim do té doby přinášely potěšení. Dochází k zanedbávání péče o sebe. Opět se jedná spíše o krátkodobý jev, který vymizí v řádu týdnů nebo měsíců. Potenciální riziko představuje nedostatek sociální opory a sociálních rolí, v nichž by se mohl pozůstalý po smrti blízkého realizovat. Tato skutečnost bývá zpravidla důsledkem péče o dlouhodobě nemocného člověka. Ztráta blízkého tedy nepředstavuje pouze ztrátu citového pouta, ale také ztrátu sociálního začlenění (Špatenková, 2023).
2. **Vyhýbavé chování:** Je běžné, že pozůstalí se po smrti blízkého začnou vyhýbat některým místům i lidem evokujícím vzpomínky na zemřelého. Truchlíci se obává emocionální bolesti. Totéž se týká i některých předmětů nebo činností, které byly se zemřelým spojeny. Přestože se pozůstalí s postupnou integrací zármutku k těmto místům a předmětům dokáží vrátet, existují případy, kdy toho nejsou schopni. Jedná se o situace, v nichž se tyto osoby snaží okamžitě a jakýmkoliv způsobem zbavit věcí

spojených se zesnulým. Takové chování se obvykle vyskytuje v důsledku ambivalentního vztahu, který mezi zesnulým a pozůstalým existoval, a může vést k rozvoji komplikovaného truchlení (Worden, 2018).

3. **Vyhledávání zemřelého:** Tento způsob chování je opakem předchozího bodu. Motivem takového jednání může být obava ze ztráty vzpomínek a zároveň touha být zemřelému nablízku. Pozůstalý může navštěvovat místa spojená se zesnulým, případně u sebe nosit předměty, které mrtvému patřily. Toto chování působí uklidňujícím dojmem a evokuje vzpomínky, které mohou vést k žádoucím abreakcím (Harris & Winokuer, 2016).
4. **Narušení spánkové aktivity:** Worden (2018) uvádí, že u pozůstalých je typická přechodná insomnie, která se projevuje nižší kvalitou spánku, obtížným usínáním anebo předčasným ranním probouzením. Většina problémů se spánkem postupem času odeznívá, díky čemuž zpravidla není potřebná intervence. Sny o zemřelém jsou u pozůstalých časté. Tyto sny plní řadu funkcí a mohou být vhodnými terapeutickými prostředky (Robbins-Welty, Stahl & Reynolds, 2018). Yalom (2020) uvádí, že potlačený strach z vlastní smrti, který vzniká v důsledku vztahové ztráty, se často projeví právě poruchami spánku.
5. **Somatické reakce:** Typická je především únava, a to nejen v kognitivní, ale především v tělesné oblasti. Pozůstalí si mohou během truchlení stěžovat na ztrátu energie, kterou obvykle doprovází apatie a netečnost. Únava truchlícího zpravidla zneklidňuje, jelikož mu brání zvládat každodenní povinnosti. Obtížné je to především u těch jedinců, pro které byla výkonnost důležitou složkou sebepojetí, a dále také u lidí, kteří si nedovedou říci o pomoc, nebo jimž chybí přirozené zdroje sociální opory. Popisovaná intenzita únavy může být podobná symptomu klinické deprese, avšak s tím rozdílem, že během nekomplikovaného truchlení pocit vyčerpání časem ustupuje. Mezi nejčastější další tělesné projevy truchlení patří typicky bolesti hlavy, bolesti na hrudi, sevření hrdla, sucho v ústech, respirační obtíže, zažívací obtíže a svalová slabost. Pokud truchlící komunikuje tyto symptomy, je vždy potřeba ho uklidnit a zároveň doporučit lékařské vyšetření, aby se vyloučila somatická příčina (Harris & Winokuer, 2016).

5

Projevy truchlení vztažené ke spiritualitě a religiozitě

Truchlení může být spojováno také s potřebou reformulace světového názoru či pohledu na svět (v angličtině někdy označovaného jako *Global Meaning*). Tato změna závisí do velké míry na tom, jestli se povaha a podoba úmrtí shoduje s tím, co si myslíme o světě a jak svět vnímáme a chápeme (Park, Ai, 2006). Autoři a autorky, kteří vycházejí z této koncepce, označované jako *Meaning Making Theory of Bereavement*, popisují, že v případě, že je povaha úmrtí shodná s představou pozůstalého o světě, nedochází k narušení tohoto širšího postojového a hodnotového rámce.

Neznamená to, že by truchlení nebylo provázeno výše uvedenými projevy, které jsou popsány v předchozích třech kapitolách, ale pozůstalý není postaven před nutnost proměnit svoji představu o světě či své podstatné hodnoty a přesvědčení. Ovšem v případě, že úmrtí světovému názoru pozůstalého neodpovídá, jsou konkrétní pozůstalí postaveni před nutnost své zásadní hodnoty a přesvědčení proměnit, což může být náročný úkol (Holland, Currier, Neimeyer, 2006; Park, Ai, 2006; Neimeyer et al., 2010).

Jednou z těchto oblastí, která prochází restrukturalizací, je spiritualita (religiozita). Před samotným výčtem možných podob projevů na rovině spirituality a religiozity je potřeba říci, že religiozita je zpravidla chápána jako náboženská, tedy přináležení k určitému náboženství, kdežto spiritualitu (jejíž vymezení je velmi různorodé) je možné chápat jako osobní vazbu

k transcendentnu (Canda, 2024). Byť se níže jedná o zjednodušující přehled, je možné obecně uvažovat o následujících podobách reakcí vztažených k spiritualitě a/nebo religiozitě (Davie, 1997).

1. **Pozitivní spirituální coping:** Spiritualitu je možné vnímat jako subjektivní zdroj opory a religiozitu (ve smyslu účasti na církevním životě) jako zdroj, který souvisí s ukotveností jedince v určitém společenství a také s jistou mírou struktury, plynoucí z průběhu náboženských obřadů v jednotlivých obdobích (sociální opora). Mezi takto pospané mechanismy můžeme řadit modlitbu, vyjadřování prožitku a emocí ve vztahu k Bohu, ale také víru v posmrtný život jako zdroj podpory pokračující vazby se zemřelým (Bonore, Park, 2004; Wortmann, Park, 2008; Ungureanu, Sandberg, 2010 aj.).
2. **Spirituální střetávání / negativní religiozní (spirituální) coping:** Je poměrně logické očekávat, že tam, kde se uvažuje o pozitivním využití spirituality a religiozity jako copingového nástroje, bude uvažováno také o tom, jestli spiritualita a religiozita nedopadají na průběh truchlení negativně. Spirituální střetávání je situací, ve které je spirituální rovina vnímána a prožívána jako další ze zátěží, jimž musí dotýčný pozůstalý čelit. Může se jednat o situace ztráty víry, ztráty důvěry v konkrétní aspekt víry, či vnímání situace jako trestu (Balk, 1999; Abu-Raiva, Pargmanet, Exline, 2015; Burke et al., 2021 aj.).
3. **Spirituální bypass:** Jednou z prvních oblastí, která v kontextu psychologickém byla v rámci vztahu spirituality a truchlení popisována, je oblast spirituálního bypassu (přemostění). Jedná se o situaci, v níž se jedinec (často dříve nespirtuální) vztáhne k určitému aspektu spirituality, aby tzv. nemusel čelit emocím, které se s danou oblastí (v našem případě s úmrtím) pojí. Ve vztahu k takovému vymezení je ale také nutné dodat, že samotné využití spirituality jako zdroje opory by nemělo být vnímáno jako neadekvátní vyhýbání se realitě, nýbrž jako způsob adaptace na situaci. To, čím je bypassing potenciálně nebezpečný, je tendence vyhýbat se všem, kdo nesdílí stejný spirituální názor jako pozůstalý, který spirituálního bypassingu využívá, a aplikování tohoto principu na stále se zvětšující výčet situací jedince (Picciotto, Fox, Neto, 2018).

4. **Spirituální růst:** Některé studie naznačují, že i vyvolání potřeby přehodnotit rámec spirituality může vést k následnému růstu a rozvoji v této oblasti. Byť je tedy samotné přehodnocování zpravidla vnímáno jako náročné a přinášející další zátěž do oblastí, na které je potřeba v rámci truchlení nějak reagovat, je výsledný stav hodnocen spíše pozitivně (Pargament, 2011).

6 Modely procesu truchlení

Následující kapitola popisuje dynamiku truchlení a představujeme v ní několik modelů užitečných pro praxi. Truchlení je proces, který má svůj začátek a konec. To, co je mezi těmito dvěma časovými body, je řadou autorit v oboru popisováno jako stádia truchlení. Typickým cyklem truchlení je rok až dva. Nutné je připomenout, že stále máme na mysli popis přirozené reakce na těžkou, ale zároveň běžnou životní událost, která potká v tom lepším případě většinu z nás. Truchlení je univerzální, nevyhnutelná a bolestná součást lidského života. Chápeme-li truchlení jako proces, pak lze přemýšlet také o určitých fázích, jimiž pozůstalí procházejí. Myslíme si, že je to užitečné především s ohledem na pomoc pozůstalým, která – pokud je k dispozici a přichází včas – umožňuje předcházet celé řadě komplikací.

Kdy truchlení začíná? To je záludná otázka a dalo by se na ni odpovědět, že přece v okamžiku, kdy náš blízký zemře. Takto jednoduché to ovšem není, což dokládá práce americké lékařky (psychiatry) Elisabeth Kübler-Ross, která definovala pět stádií, jimiž umírající procházejí, a navíc upozornila, že stejnými etapami mohou procházet i jejich blízcí, kteří jsou umírajícímu nablízku, a následně můžeme obdobnou dynamiku sledovat i při truchlení (Kübler-Ross, 2015). Špatenková (2023) v této souvislosti hovoří o antici-povaném truchlení, které se objevuje u nejbližších příbuzných pacientů

s terminální diagnózou. Představa smrti milovaného člověka je děsivá a naplňuje budoucí pozůstalé obavami a zármutkem dříve, než ke smrti dojde.

Kübler-Ross & Kessler (2014) byli toho názoru, že velmi důležitá je v tomto kontextu komunikace zdravotníků s umírajícími a jejich rodinnými příslušníky. Měli na mysli především postupné sdělování diagnózy (pacientovi i jeho nejbližším) a také oznámení rodině, že jejich blízký zemřel. Způsob, jakým je obojí vykonáváno, může v tom lepším případě významně přispět nejen ke kvalitě života nevyléčitelně nemocných, ale také ke způsobu, jakým budeme truchlit.

Kübler-Rossová & Kessler (2014) zdůrazňují, že neexistuje typická reakce na ztrátu, stejně jako neexistuje typická ztráta. První známky truchlení můžeme pozorovat již u pečujících rodinných příslušníků, kteří očekávají úmrtí někoho blízkého. Náš zármutek je osobitý stejně jako náš život. Model pěti stádií je rámcem, který nám může pomoci naučit se žít se ztrátou milovaného člověka, je nástrojem, který nám umožňuje identifikovat, co můžeme v průběhu ztráty cítit, o čem přemýšlíme a jak jednáme. Model není lineární a ne všichni těmito stádii procházejí, a pokud ano, nemusí jimi procházet v dané posloupnosti. V důsledku to pak znamená, že navrhovaný model je potřeba brát v potaz s ohledem na konkrétní klienty a klientky a jejich projevy truchlení a nepředpokládat určitou skladbu prožitků.

1. **Popření:** Pozůstalí se domnívají, že jde o omyl. Jedná se o první reakci na zprávu o ztrátě, která je často spojena s pocitem neuvěřitelnosti, šoku a popření. Lidé v této fázi odmítají akceptovat realitu situace a mohou se snažit ignorovat fakt, že se něco zlého stalo.
2. **Období hněvu:** Pozůstalí se mohou cítit nespravedlivě postiženi nebo hledat někoho či něco, na koho mohou svou bolest vztáhnout. Tento hněv může být namířen na sebe, na ostatní nebo i na situaci jako celek. Může se objevit agresivní a hostilní chování zaměřené vůči okolí, které může být kombinováno s pocity závidění a žárlivosti vůči ostatním. V prožívání dominuje otázka: „Proč právě já?“ Důležité je za těmito projevy vidět prožívanou životní krizi, úzkost, zoufalství člověka a vystupňovaný pocit nespravedlnosti, křivdy a frustrace. Tento přístup profesionála

při doprovázení pomáhá dané pocity prozkoumat, pochopit, přijmout a integrovat.

3. **Období smlouvání:** Pozůstalí se často snaží hledat způsoby, jak se vrátit zpět k tomu, co bylo, nebo jak zmírnit bolest ze ztráty. Mohou se modlit, vyjednávat s vyšší mocí, snažit se najít kompromisy nebo přemýšlet o tom, co by udělali jinak, kdyby mohli, aby se situace změnila. Pozůstalý může hledat domnělá provinění, jichž se dopustil. Často může jít o snahu nabýt pocit kontroly (Kdybych to udělal/a jinak, pak se to nestalo, mohl/a jsem tomu zabránit – lze mít nad smrtí moc). Chápe smrt jako zlo, které bylo něčím zaviněno. Profesionální pomoc v tomto ohledu cílí na prožitek viny, důležité je testování reality. Jen připomínáme, že vina může být reálná, neurotická a existenciální (viz kapitolu Emoční reakce při truchlení).
4. **Období deprese:** U pozůstalých mohou přetrvávat iracionální pocity provinění, které jsou postupně nahrazeny plným uvědoměním ztráty všech dosavadních životních hodnot, cílů a možností, jež daný vztah nabízel. Člověk by neměl být sám. To platí obecně ve všech zmíněných etapách. V období deprese je potřeba blízkosti výraznější. Spoluúčast může být častěji projevoována nonverbálními způsoby – dotekem, společným mlčením, trpělivostí a ze strany blízkých i instrumentální sociální oporou (konkrétní pomoc). Zvláště je důležité, aby pozůstalí měli možnost smutek projevit a prožít, jinak lze těžko dospět do stadia posledního.
5. **Akceptace skutečnosti:** Pozůtalý se na své cestě dostal až k poznání pravého stavu věcí a smířil se s ním. V této poslední fázi lidé začínají akceptovat realitu ztráty. I když bolest může stále existovat, začínají nalézat smysl a smíření s tím, co se stalo – dochází k celkovému zklidnění situace. To neznamená, že jsou šťastní nebo že zapomněli, ale že se naučili žít v nové realitě, integrovali ji do života a objevili nové možnosti, za kterými se vydávají. Akceptace skutečnosti je v pozitivním kontextu spojena s posttraumatickým rozvojem. Kosová et al. (2014, str. 49) jsou toho názoru, že „když dojde ke ztrátě pro nás důležitých hodnot (vztah), přichází otázka, zda člověk dokáže danou hodnotu (vztah) odevzdat a udělat ve svém nitru místo pro jinou – jiný?“. Posttraumatický rozvoj je potom definován jako významná pozitivní změna v kognitivním a emočním

životě člověka, která vzniká v důsledku významné životní události. Může mít i své vnější projevy a vyústit tak ve změnu chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace (fungování a chápání života). Posttraumatický rozvoj je vymezen jako pozitivní transformace identity člověka. Nutno dodat, že rozvojem se rozumí jak proces, tak jeho výsledek, který se může objevit po několika měsících či dokonce letech od události (Mareš, 2012; Slezáčková, 2012).

Duální model procesu truchlení, navržený Margaret Stroebe a Henkem Schutem (1999), rozšiřuje původní teorii Kübler-Rossově (2015). Autoři předpokládají, že truchlící člověk, který prochází procesem adaptace, se musí vyrovnat se stresory týkajícími se ztráty i nutné obnovy (zotavení). Mezi těmito oblastmi (ztráta – obnova) se objevují každodenní zkušenosti, s nimiž se pozůstalý během procesu truchlení setkává. Pozůstalý se nemůže zaměřit na obě dimenze současně, což vede k oscilaci. Tato nutnost představuje adaptivní regulační mechanismus. Jestliže je ale narušená či nefunkční, nemusí truchlící osoba nalézt rovnováhu mezi orientací na ztrátu a orientací na obnovu. V důsledku toho dochází k ulpívání na zemřelém, nebo naopak upnutí se na obnovu, a proces truchlení se může prodloužit a zkomplikovat. Stresory ztráty zahrnují separaci, posouzení významu ztráty, žití ve světě bez zesnulého. Stresory obnovy se týkají zvládnutí nových zručností, změny identity a hodnotové restrukturalizace. Zde se opět potkáváme s fenoménem posttraumatického rozvoje.

Další významný model popisující fáze truchlení vytvořil Bowlby (2013, 2023), který je toho názoru, že kvalita vztahu mezi dítětem a pečující osobou je klíčovým prediktorem toho, do jaké míry bude dospělý člověk schopen navazovat a vytvářet citová pouta s ostatními. Lze tedy hovořit o určitém vzorci pro budoucí vztahy, který se formuje od narození. Úmrtí blízké osoby tak oživí separační úzkost, která má svůj odraz v truchlení, proto se v průběhu týdnů a měsíců po ztrátě reakce pozůstalých do určité míry shodují, takže můžeme mluvit o několika etapách, kterými v procesu truchlení procházejí. Opět platí, že ne u každého pozůstalého je tento model lineární, některá stadia mohou chybět či se překrývat, popřípadě vracet.

1. **Fáze otupělosti:** V této fázi se jedinec často nevědomě snaží potlačit své emoce, vyhnout se jim. V prožívání dominuje představa, kterou lze shrnout do věty „Nemohu uvěřit, že se to stalo.“ Pozůstalý se může cítit napjatý, stále ve střehu, nejistý. Dochází ke ztrátě schopnosti prožívat citové reakce. Většina pozůstalých pokračuje v životě s jakousi automaticností. Tento stav se pak může kdykoli převrátit v záchvaty silných emocí. Fáze trvá několik hodin či dní, maximálně však jeden týden. Potlačování emocí se může projevit nadměrnou činností různého charakteru (neobvyklou starostí o druhé, úklidem, pohlacení pracovními povinnostmi atd.). Někteří pozůstalí se domnívají, že truchlit nesmějí, případně smějí, ale pouze za určitých okolností.
2. **Fáze toužení a hledání ztracené osoby:** U pozůstalých se objevují typické emoční, kognitivní, behaviorální a somatické reakce, které již byly popsány. Ačkoli si pozůstalý uvědomuje definitivnost smrti, stále touží po návratu ztracené osoby, což se projevuje nutkáním opětovného hledání zemřelého (oblíbená místa, společné činnosti, nošení šatů po zemřelém atd.). Výše uvedené projevy lze chápat jako možný následek frustrace z bezvýslednosti a neuspokojivosti takových činů.
3. **Fáze chaosu a zoufalství:** V této fázi se jedinec může cítit zmatený a zoufalý. Emoce mohou být intenzivní a nepředvídatelné. Může se objevit pocit beznaděje, který souvisí s plným uvědoměním definitivnosti ztráty. Rozhodující je, aby pozůstalý přestál všechny negativní emoce, které se dostaví. Ačkoli jsou stále přítomny pocity zoufalství, toužení a velkého smutku, pozůstalý začíná tyto pocity a myšlenky tolerovat a postupně si uvědomuje, že je nutné se s touto situací vypořádat. Dochází k reorganizaci dosavadních představ o životě i o sobě samém, o své roli, která se odchodem blízkého člověka proměnila – jsou položeny základy nové identity. Nejedná se tak pouze o emocionální proměnu, ale dochází i ke změnám kognitivním, behaviorálním a spirituálním.
4. **Fáze nového řádu:** Dochází k postupnému přijetí reality ztráty a budování nového života bez ztracené osoby. Jedinec začíná nalézat nový smysl a začleňovat ztrátu do vlastní identity – vzniká identita nová. Objevuje se schopnost navázat nové vztahy a investovat do nových zájmů. V nitru člověka se tak otevírá prostor pro nový způsob života, dochází k vnitřní

(postojové) proměně. Původní otázka „Proč to potkalo zrovna mě a zrovna v této chvíli?“ je nahrazena otázkou „Když už se to stalo, mohu s tím žít dál, a pokud ano, tak jak?“.

Bowlbyho práci (2013) byla inspirována Verena Kast (2015), která popisuje následující fáze truchlení, jež jsou obsahově podobné výše uvedenému modelu. Tato švýcarská psycholožka a psychoanalytička akcentuje ve svém pojednání především pomoc, kterou lze truchlícím nabídnout.

1. **Fáze emocionálního šoku:** Je charakteristická ztrátou vnímavosti, člověk si připadá strnulý, izolovaný, ztracený. V případě náhlých úmrtí je tato fáze výraznější a delší. Důležitá je praktická pomoc se zařizováním každodenních věcí. Truchlící by měl pocítit, že není sám. Nikdo by mu neměl vyčítat jeho strnulost, že není schopen projevit adekvátní emoce. Následné emocionální dekompenzace lze považovat za vystupování z tohoto prvního velkého pocitu.
2. **Fáze otevřených emocí:** Typické emocionální reakce zahrnují smutek, hněv, úzkost, vinu, stud, bezmoc, osamělost. Výrazné mohou být výbuchy hněvu. Důležité je jejich otevřené projevení. Silné emoce vznikají v důsledku bezmoci, která je se smrtí spojená. Ten, kdo poskytuje nějakou formu pozůstalostní péče, musí být připraven, že hněv může být směřován i na něj. Důležité je s truchlícím sdílet to, co prožívá on. Být skutečně přítomný, pozorný, všímavý a nedávat k dobru vlastní zážitky smutku a truchlení. Nutné je o mrtvém mluvit. Aby truchlení mohlo dopadnout dobře, je nutné snést emocionální (nejen) chaos pozůstalého, a tak se propracovat k novému řádu.
3. **Fáze hledání zemřelého a odpoutávání se od něj:** Emocionální, kognitivní, behaviorální i somatické projevy truchlení jsou stále v popředí. Smyslem této etapy je vyjasnění si, jaký jsem měl se zemřelým vztah. Mrtvého hledáme a zajímavé je, koho nacházíme. Truchlící typicky zaměřují pozornost na místa nebo na určité činnosti, které měli s mrtvým spojené, které měl mrtvý rád. Může dokonce dojít k převzetí jeho způsobu života či některých zvyků. Hledání zemřelého se často projevuje vnitřními rozhovory s ním, tento vnitřní dialog nahrazuje mrtvého a zároveň tak vzniká možnost ohodnocení ztraceného vztahu. Nebezpečné je, pokud

se pozůstalý na tento typ dialogu upne a nedokáže se rozloučit. Vzniká tak nebezpečí, že v jeho životě následně nevzniknou žádné nové vztahy. Hledání zemřelého je spontánní proces a truchlení je zdařilé, pokud následuje akt rozloučení. Nápomocné mohou být v tomto ohledu rituály. Tato fáze může trvat týdny. Slábne s ohledem na úspěšnou integraci prožívaných emocí. Pro truchlíciho je důležité, aby mohl příběhy o zemřelém vyprávět. Díky tomu si bere do nové životní cesty poznání, co mrtvý pro něj konkrétně znamenal. Důležitá je sama možnost a schopnost vztahu, kterou fyzická smrt zničit nedokáže.

4. **Fáze nového vztahu k sobě a ke světu:** Když truchlíci dospěl do stádia, kdy veškerá jeho pozornost už není pohlcována ztrátou, může u něj začít etapa vytváření nového vztahu k sobě, k ostatním lidem a ke světu obecně. Již dříve jsme akcentovali tzv. posttraumatický rozvoj. Truchlení lze v tomto smyslu chápat jako formu životní krize. Joseph (2017) je toho názoru, že pokud krizi zvládneme, vždy se objeví v nějaké podobě posílení lidskosti s ohledem na to, co Frankl (2022) nazývá schopností sebeodstupu a sebezpřesahu. Kast (2015) s ohledem na vlastní psychoterapeutickou praxi uvádí, že zemřelý se stává „vnitřní postavou“. Pozůstalý může zemřelého prožívat jako vnitřního průvodce, mentora, jako někoho, kdo je stále nositelem určitých hodnot či příběhu. To co dříve prožíval ve vztahu s ním, se nyní změnilo v jeho vnitřní možnosti. Je zde ovšem jisté nebezpečí, na které jsme upozornili už v předchozí etapě. Jde o to, že truchlíci se může plně a bez vědomé reflexe identifikovat s rolí zemřelého a přestane realizovat vlastní možnosti. Yalom (2020) by řekl, že vzniká riziko intrapersonální osamělosti, která na sebe může vzít podobu rozmanitých psychopatologických reakcí. Kast (2015) úspěšnou adaptaci charakterizuje jako podstatnou změnu dosavadních životních vzorců, které byly se zemřelým spojené, což ovšem neznamená, že je mrtvý člověk zapomenut. Typické jsou také opakované regrese, které mají podobu pochybností, jak to dál zvládnou, jak a zda mohu přežít. Yalom (2020) považuje za užitečné v tomto kontextu oslovit zásadní existenciální témata – odpovědnost, svobodu, smrt, osamělost. Kast (2015) připomíná, že lidé, kterým zemřel milovaný člověk, pak delší dobu intenzivně reagují na jakýkoli typ ztráty, proto je důležité, aby truchlíci i jejich blízcí měli na paměti, že s návraty

k dřívějšímu stavu je nutné počítat. Tento postoj je možno terapeuticky akcentovat. První „úspěšné“ truchlení je potom nárazníkem pro další ztráty. Frankl (2022) je toho názoru, že nové prožívání sebe a světa je spojeno s obnovením prožívané životní smysluplnosti. Pracuje s metaforou, že tam, kde jsou ztráty, jsou také nálezy. V nitru člověka vzniká místo pro něco nového a člověk se obrazně i skutečně stává novou osobou.

Úkolový model, který vytvořil americký psycholog James William Worden, zdůrazňuje aktivitu pozůstalých, proto má podle Špatenkové (2023) své pevné místo především v terapii zármutku či v poradenství pro pozůstalé (psychologicko-sociální a spirituální pozůstalostní péče). Zármutek a proces truchlení je možno ovlivnit tím, že jsem jako pozůstalý aktivní – to je hlavní poselství tohoto paradigmatu. Worden (2018) hovoří o čtveřici úkolů, které je nutné zvládnout, projít skrze ně, aby došlo k integraci zármutku a truchlení bylo adaptivně uzavřeno. Většina pozůstalých danými stádii prochází spontánně, jinými slovy plní dané úkoly s pomocí přirozených zdrojů sociální opory.

1. **Přijmout ztrátu jako realitu (opravdu se to stalo):** Pomáháme pozůstalým ověřit a uznat skutečnost ztráty blízkého člověka. Nejlepším způsobem, jak toho dosáhnout, je nechat vyprávět pozůstalého příběh o smrti, a to co nejdůkladněji. Jedná se o typické stádium i úkol. Velká většina pozůstalých chce o své ztrátě hovořit, cítí tuto potřebu a spontánně se ji snaží naplnit. Otázkou je, zda se najde trpělivý posluchač. Poradce či terapeut, který se angažuje v pozůstalostní péči, tuto roli běžně akceptuje. Důležitá je v tomto ohledu účast na pohřbu, poslední rozloučení se zemřelým v otevřené rakvi, účast a praktická pomoc s ošetřováním blízkého, dříve než smrt přijde. Tyto zkušenosti napomáhají zvládnutí prvního úkolu.
2. **Prožít zármutek (prožít, pojmenovat a integrovat emoce):** Pomáháme pozůstalým ventilovat pocity a zvládat latentní afekty. Špatenková (2023) je toho názoru, že otevřený žal zvyšuje pravděpodobnost nekomplikovaného truchlení. Pozůstalý potřebuje vyjádřit emoce, které ztráta vyvolává. Problém nastává v okamžiku, kdy pozůstalému chybí sociální opora, sociální okolí to neumožňuje, nebo je pozůstalý v situaci, kdy je přesvědčen, že si to nemůže dovolit. Obtížně se integruje hněv (např. na zemřelého), stud

a vina, které mohou být latentní. Vždy je v tomto kontextu doporučováno zkoumat okolnosti rozloučení se zemřelým a doprovázení zemřelého. Míra vyjadřování emočního prožitku by ale vždy měla odpovídat tomu, jak dotýčný pozůstalý obvykle prožívá a vyjadřuje emoce.

3. **Přizpůsobit se světu bez zemřelého (proces obnovy):** Worden (2018) uvádí, že je nutné pomoci pozůstalým v procesu adaptace na novou skutečnost. Pomáháme překonávat nejrůznější překážky, které stojí v cestě. Za normálních okolností se to opět děje skrze sociální oporu, kterou pozůstalý mobilizuje a která vzniká rovněž spontánně. Pozůstalý se nesmí uzavřít do bezmocnosti. Nutná je oscilace mezi orientací na ztrátu a nutností dostat požadavkům okolního prostředí (Stroebe & Schut, 1999). Špatenková (2023) v této souvislosti upozorňuje na přizpůsobení vnější (týká se běžných povinností), vnitřní (nové sebepojetí) a spirituální (nová životní filozofie, nové hodnoty, hledání smyslu).
4. **Přesměrovat city a investovat do jiných vztahů (život nekončí):** Jedná se o podporu pozůstalého v tom, aby objevil nové vztahy a investoval svou životní energii do nových projektů, popřípadě aby pokračoval jiným způsobem v těch stávajících. Objevit nové vztahy neznamená zcela zapomenout na ten ztracený. Vzpomínky zůstávají. V zásadě jde podle Špatenkové (2023) o to, nalézt v životě nové úkoly, kterými se cítím být osloven. Worden (2018) hovoří v této souvislosti o nalezení nového místa pro zemřelého. Zůstat s ním ve spojení takovým způsobem, aby pozůstalému tato forma vnitřního vztahu nebránila v dalším životě. Za určitých okolností může zůstat zesnulý vzorem, může udělovat rady v určitých situacích, vytyčovat základní životní hodnoty, být vzácnou částí životního příběhu pozůstalého. Terapeutický či poradenský rozhovor pomáhá porozumět proměňujícímu se životnímu smyslu. Zpracování zármutku je emocionálně náročná práce, stejně jako postupné osvojování si nových dovedností a rolí. Doprovázející má být vnímavý a pozorný k oběma těmto polohám. Paralely lze nalézt v modelech, které formulovali Verena Kast (2015) i Margaret Stroebe a Henk Schut (1999). Oba jsme představili výše.

7 Anticipovaný zármutek a truchlení

Worden (2018) uvádí, že termín anticipovaný zármutek se vztahuje k truchlení, které se objevuje ještě před úmrtím. Špatenková (2023) je toho názoru, že za určitých okolností se proces truchlení spouští již před vlastní ztrátou a objevují se tak typické projevy zármutku.

K mnoha úmrtím dojde za předem očekávaných okolností. Jedná se zpravidla o důsledek progredující choroby. Proces anticipovaného truchlení může začít sdělením diagnózy. Úmrtí je anticipováno a některé projevy zármutku i truchlení se objevují u nejbližších zúčastněných.

Worden (2018) uvádí, že pokud zdravotníci komunikují vhodným způsobem s rodinnými příslušníky a ti se mohou z hlediska vlastních sil zapojit do péče o umírajícího, zvyšuje se pravděpodobnost nekomplikovaného průběhu truchlení. Jinými slovy, lepší prognóza je u těch osob, kterým můžeme nabídnout psychologickou podporu ještě za života jejich nejdražších. Je tedy zřejmé, že výše uvedené modely truchlení nabízejí praktická vodítka pro poradenskou a terapeutickou formu doprovázení jedinců, kterým umírá nejbližší.

Kupka et al. (2024) uvádějí, že s očekáváním ztráty se pojí velké množství pocitů, jimž může dominovat úzkost – jak separační, tak existenciální i existenční. Poradenská a terapeutická činnost by měla směřovat k jejich reflexi a integraci. Dochází také k předjímání budoucí zátěže, která se týká

změněné životní perspektivy a nutnosti osvojit si nové role (péče o domácnost, placení účtů, opravy, výchova dětí atd.).

Špatenková (2023) připomíná, že velice důležité je z praktického hlediska vybízet rodinu umírajícího k tomu, aby se postarala o neuzavřené záležitosti. Jedná se o témata, která by se měla sdílet dříve, než k úmrtí dojde. Nutné je, aby kompetentní odborník v této věci rodinu instruoval a v rámci doprovázení pomáhal vytvářet bezpečný prostor pro takovou formu komunikace. Máme na mysli především záležitosti týkající se vděčnosti, odpuštění, společně prožitého příběhu, vzájemných potřeb, ale také viny, odpovědnosti, křivdy a ztrát apod. Následně můžeme očekávat příznivější prognózu truchlení a celkově příznivý účinek na všechny zúčastněné.

Kromě dostupné psychologické péče je velmi důležitý celkový charakter komunikace zdravotníků. Jedná se o sdělování špatných zpráv. Pokud lékař postupuje správně, zvyšuje se šance, že pacient pochopí a akceptuje vážnost situace a bude tak připraven na otevřenou komunikaci. To v důsledku povede k tomu, že bude s lékařem spolupracovat, bude mu důvěřovat, a i když jeho nemoc nepůjde vyléčit, zvyšuje se šance, že komplexní paliativní péče přinese adekvátní výsledky nejen pro pacienta samotného, ale rovněž pro jeho rodinu.

Kumar a Sisodia (2013) rekapituluji ve svém pojednání možnosti využití postupu BREAKS při sdělování velmi špatných zpráv pacientovi a jeho rodině. Vycházejí z práce Narayana, Bista a Koshy (2010), kteří vysvětlují šestikrokové schéma sdělování závažné diagnózy. Název „BREAKS“ vznikl složením počátečních písmen šesti zásad: B – Background (pozadí/kontext); R – Rapport (vztah); E – Explore (vysvětlení); A – Announce (oznámení); K – Kindling (ošetření emocí); S – Summarize (shrnutí).

1. **Background:** Je třeba znát pacientův příběh či životní kontext. Do této kategorie patří pacientův případ, postavení ve společnosti, vzdělání i znalost prostředí, z něž pochází (socioekonomická vrstva). Je důležité sem přiřadit také emoční ladění pacienta, dále jeho způsob zvládání stresu a míru sociální opory. Příprava na sdělení velmi špatné zprávy obnáší zjištění výše popsaných informací a rovněž přípravu na pacientovy otázky. Těsně před rozhovorem je nutné zbavit se rušivých elementů

a vyčlenit si na pacienta dostatek času. S tím souvisí i příprava na reálné emoční reakce.

2. **Rapport:** Základem pracovního společenství je vztah. Pro jeho vznik je nezbytný kladný náhled na pacienta. Lékař by při rozhovoru neměl spěchat. Prostředí, kde se rozhovor odehrává, by mělo být klidné. Na úvod se doporučuje pokládat pacientovi otevřené otázky, aby lékař mohl zmapovat jeho současný tělesný i duševní stav, a teprve poté přikročit ke sdělení závažné zprávy.
3. **Explore:** Zjistit, co pacient o své diagnóze již ví. Lékař prozkoumává pacientovy názory a přesvědčení a zaměřuje se na odlišnosti od skutečnosti. Nesrovnalosti případně vysvětluje. Odkrývá postupně pacientovy obavy, přičemž by se neměl zaleknout a předčasně začít pacienta utěšovat. Pomocnou silou při sdělování závažné zprávy může být pro lékaře i pacienta blízká osoba, která je rozhovoru přítomna. Tento člověk se může stát pacientovi oporou. Blízkou osobu může suplovat psycholog.
4. **Announce:** Při oznámení zprávy je dobré navázat na pacientovy vědomosti o jeho nemoci. Ještě než lékař vysloví špatnou zprávu, mělo by zaznít varování, aby vyřčená pravda nebyla šokující a zároveň aby pacient měl možnost říci, že si přeje nevědět.
5. **Kindling:** Velmi důležité je reflektování pacientových emocí. S nimi může lékař pracovat tak, že bude zrcadlit řeč pacientova těla, nebo jeho pocity pojmenovávat. Sdělení závažné diagnózy má být stručné, výstižné a srozumitelné. Toho lze dosáhnout krátkými jednoduchými větami a užíváním pacientova běžného jazyka. Důležité je také nesdělovat více než tři informace současně. Vždy je nutné ošetřit pacientovy emoce. Emocionální reakce po vyslechnutí velmi závažné zprávy mohou nabývat rozličných podob (smích, pláč, vztek atd.), někdy může dokonce emoční reakce chybět. Základem pro práci s emocemi je především jejich přijetí. V tu chvíli je schopnost pacienta vstřebávat další informace omezená. Proto by se nemělo na pacienta dále naléhat otázkami. Jestliže se začne doptávat na podrobnosti sám od sebe, je to v pořádku. Lékař by mu měl v takovém případě pravdivě a srozumitelně odpovédět.
6. **Summarize:** Lékař rekapituluje hlavní témata a především plán dalšího postupu. Efektivní je dát podstatné závěry pacientovi k dispozici

písemně, aby se k nim podle potřeby mohl vrátit. Pro posílení vztahu je dobré pacienta ujistit, že lékař je zde pro něj, a domluvit si termín další schůzky.

V této souvislosti můžeme dále zmínit Buckmana (1992, 2005), který vypracoval schéma SPIKES, které je v mnoha zemích používáno jako první volba při výcviku lékařů v komunikaci s pacienty i rodinnými příslušníky při sdělování neblahé prognózy.

1. **S (Settings):** Jedná se o tzv. nastavení či okolnosti. Jde hlavně o prostředí, atmosféru setkání lékaře s pacientem. Důležité je soukromí a dostatek času. Sdělení špatné zprávy by mělo probíhat v uzavřené pracovně či na místě bez rušivých vlivů. Rozhovoru by neměl naslouchat nikdo nepovolaný. Za určitých okolností může být vhodné zapojit do rozhovoru také někoho z rodiny nemocného, kdo ho podpoří a může nést část sdělení s ním. Vhodný může být také klinický psycholog. Lékař by měl při rozhovoru sedět v úrovni pacienta tak, aby mezi nimi nebyla překážka, případně se s dovolením posadit na okraj postele. Je nutné omezit projevy vlastních obav a působit klidně – vstřícně.
2. **P (Perception):** Je nutné si před samotným sdělením zjistit dostatek informací o tom, jak pacient vnímá svou nemoc a zdravotní stav, jak moc je to podle něj vážné a jaká má očekávání. Lékař by měl poznat způsob vyjadřování a slovník pacienta a připravit se na něj, aby mu následně přízpůsobil vlastní projev. Takové jednání pomůže zmenšit rozpor mezi tím, co si pacient myslí, a skutečností. Objeví-li se u pacienta popření, nedoporučuje se konfrontace, nýbrž práce na jeho překonání v průběhu vícera sezení.
3. **I (Invitation):** Dále je nutné zjistit, kolik toho chce pacient vědět o svém stavu, zda chce znát celou pravdu, či jestli by naopak nebyl raději, kdyby zůstal v nevědomosti. Ačkoliv ve většině případů se počítá s tím, že se při rozhovoru nic nezatají, je nutné brát v potaz právo pacienta nebýt informován. V praxi jde o velmi malý počet jednotlivců, je však dobré s takovou možností počítat.
4. **K (Knowledge):** Lékař by měl pacienta připravit na sdělení špatné zprávy. Pacient získá více síly přijmout nevyhnutelné. Doporučuje se začít třeba

následovně: „Obávám se, že mám pro vás špatnou zprávu“; „Je mi líto, ale musím vám sdělit, že...“ Je vhodné vyhnout se zbytečně odbornému jazyku. Pokud se informace rozdělí do několika částí, je pro lékaře snadnější odhadnout, zda pacient podanému sdělení porozuměl, a podle toho postoupit k další informaci, či naopak předchozí zopakovat a ujistit se, že je vše jasné.

5. **E (Empathy):** Jak jsme již uvedli výše, pro řadu lékařů je náročné vhodným způsobem reagovat na projevené emoce pacienta. Často se snaží zmírnit emoční dopady sdělení a potažmo vlastní diskomfort z nepříjemné situace zlehčováním prognózy. Takové jednání může snížit napětí v přítomném okamžiku, ale z dlouhodobého hlediska je nevhodné a může celkově poškodit vztah a míru důvěry mezi pacientem a lékařem. Klíčové je nebát se projevených emocí a vhodně je při komunikaci reflektovat. Důležitá je též normalizace pacientových pocitů, tedy snaha ujistit ho, že to, co prožívá, je normální.
6. **S (Strategy and Summary):** Před ukončením setkání, při kterém byla sdělena nepříznivá diagnóza, by se lékař měl přesvědčit, že pacient opravdu porozuměl důležitým informacím a má představu o svém stavu a možnostech léčby. Je vhodné společně naplánovat další kroky a vytvořit plán léčby, s nímž bude pacient souhlasit. Nabídnutí dalších konzultací je samozřejmé.

Pacient s fatální prognózou musí vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude nabídnuta též péče psychologická, a především lidská. Umírající člověk ani jeho rodina nesmí být ostrakizováni. Nelze dopustit, aby pacient zemřel psychicky či sociálně dříve než fyzicky. Profesionální pomoc v takovéto situaci by měla být pravidlem. V této činnosti může lékaři asistovat klinický psycholog. Lékař ovšem zůstává koordinátorem všech typů pomoci (Sláma a Kabelka, 2022).

V případě jednání s pozůstalými má lékař možnost opustit profesionální postoj, vyjádřit soucit a soustrast příbuzným zemřelého pacienta. Tento druh rozhovoru vyvolává řadu nejistot. Navozuje pocit selhání medicíny nejen u pozůstalých, ale také u zdravotníků. Navíc obě strany jsou konfrontovány s vlastní smrtelností. Je důležité, aby lékař danou situaci důstojně

zvládl. 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 tak zbytečně vznikat různé domněnky a podezření a otevírá se prostor pro komplikované truchlení.

Je nepřípustné, aby informace o úmrtí 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 psychický diskomfort pozůstalých a může být i příčinou následujících stížností.

Haškovcová (2007) uvádí, že samotný fakt úmrtí by neměl být sdělován jinak než osobně. Jako vhodnější se ukazuje rodinu nejprve informovat telefonicky o zhoršení stavu pacienta. 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.

Podle Špatenkové (2023) je dále 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 vyslechnout, ale také ji přijmout a srovnat se s ní, proto by měl lékař mluvit co nejsrozumitelněji, jednoduše a neměl by používat eufemismy. Lékař také při rozhovoru nesmí pospíchat, může tak působit dojmem, že chce mít vše brzy za sebou. Dobré je nebránit se diskusi a být připraven na to, že v krizovém psychickém stavu nebudou otázky pozůstalých vždy logické.

Po zklidnění se teprve přistupuje k seznámení příbuzných se všemi nezbytnými formalitami, které budou následovat a kterým musí vyhovět. Může pomoci i krátký tištěný informační text. V rámci dalšího postupu lze nabídnout pomoc psychologa, sociálního pracovníka, popřípadě duchovního.

Zmíněná základní pravidla rozhovoru s pacienty i pozůstalými by se měla stát standardem. Pozůstalý žádá nejen informace o tom, co se stalo, ale také hledá ujištění, že smrt byla klidná a bezbolestná, že bylo učiněno všechno, co učiněno být mohlo. Lze předpokládat, že adekvátní způsob sdělení ohledně úmrtí blízkého člověka usnadní celkový proces truchlení, který vždy následuje. To, jakým způsobem zdravotníci tuto fázi zvládnou, bude mít vliv na dynamiku prožívání pozůstalých.

8

Komplikované truchlení

Maercker a Lalor (2012) uvádějí, že truchlení bylo dlouho považováno za přirozenou reakci na ztrátu blízké osoby. Naštěstí se stále u většiny pozůstalých v tomto kontextu pohybujeme. Výzkum intenzivních, komplikovaných či protrahovaných forem truchlení byl zpočátku spojen se zkoumáním závažných psychických a somatických projevů stresu, které se objevily v důsledku traumatické zkušenosti. Je nutné si uvědomit, že atypické formy zármutku se ve své podstatě neliší od normálních reakcí. Liší se většinou intenzitou a délkou trvání.

V rámci našeho pojednání je nutné upozornit na terminologii DSM-5-TR a ICD 11, kde je uvedena diagnostická kategorie Porucha protrahovaného truchlení (Prolonged grief disorder – DSM-5-TR; ICD 11). V české odborné terminologii MKN-11 se prozatím pracuje s ekvivalentním pojmem Prodloužené truchlení (možná synonyma: Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek).

U takto postižených osob se objevuje výrazná touha po zemřelém člověku, která je provázena intenzivními myšlenkami nebo vzpomínkami. U dětí a dospívajících se může zaujetí týkat také okolností úmrtí. Dále je typické narušení identity pozůstalého, odmítání uvěřit v úmrtí blízkého člověka a vyhýbání se připomínkám, že někdo důležitý zemřel. Typická je výrazná

emocionální bolest, kterou postižený komunikuje například jako úzkost, hněv, vinu, smutek, bezmoc atd. Obvykle tento stav zahrnuje stesk a přetrvávající zaujetí zesnulou osobou. Může se dokonce objevit přání zemřít, aby mohl pozůstalý být zemřelému nablízku. Nezřídka se vyskytují také obtíže ve vybavování si příjemných vzpomínek spojených se zesnulým.

Je narušena socializace. Pozůstalý se obtížně začleňuje do vztahů i aktivit, které dříve měl či vykonával. Je narušeno plánování budoucnosti, která najednou nemá motivační rozměr. Dostavuje se emocionální otupělost, osamělost a pocit, že další život v důsledku úmrtí nemá smysl. Z hlediska výše uvedeného je pak logické, že takto postižený člověk vnímá funkční narušení svého života v důležitých oblastech (rodinné, pracovní, studijní, zájmové, sociální, intimní atd.). Délka trvání a závažnost průběhu přesahují očekávané společenské, kulturní nebo náboženské zvyklosti v kontextu kultury a prostředí daného jedince. Navíc zmíněné symptomy nelze vysvětlit v jiném psychopatologickém kontextu (Mohr, Libiger, Pavlovský, 2023).

Jako důležitý se jeví rovněž časový horizont, ve kterém by daný problém měl být diagnostikován. Podle Bolena et al. (2019) lze o protrahovaném truchlení hovořit až ve chvíli, kdy uplynulo 12 měsíců od ztráty (6 měsíců u dětí). Do té doby se nejedná o abnormální truchlení. Gesi et al. (2020) je toho názoru, že časové vymezení „normálního“ truchlení se různí v závislosti na kulturním kontextu. Ve srovnání s diagnostickými kritérii DSM-5-TR vyžaduje MKN-11, aby reakce na zármutek byla u dospělých delší než 6 měsíců, zatímco v DSM-5-TR je to 1 rok.

Prigerson et al. (2009) s kolegy vytvořili diagnostická kritéria protrahovaného truchlení. Podle jejich názoru tento termín lépe vystihuje povahu poruchy, ačkoliv délka trvání není hlavním a jediným faktorem. V roce 2009 byly publikovány výsledky rozsáhlé studie, která si kladla za cíl ověřit psychometrickou validitu kritérií poruchy protrahovaného truchlení. V rámci této studie se potvrdilo, že kritéria poruchy protrahovaného truchlení dokáží vhodně identifikovat ty pozůstalé, kteří jsou jí nejvíc ohroženi.

Poté, co studie několik desetiletí naznačovaly, že mnoho lidí zažívá dlouhodobé potíže spojené s úmrtím blízké osoby, které překračují sociální, kulturní nebo náboženská očekávání týkající se délky a průběhu truchlení, byla porucha pod názvem Porucha protrahovaného truchlení (Prolonged Grief

Disorder) přidána do DSM-5-TR (textové revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch), vydané v březnu 2022. Přibližně ve stejné době byla publikována nejnovější verze Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11), do které byla zahrnuta nová diagnostická jednotka se stejným názvem (Mohr, Libiger, Pavlovský, 2023).

Prevalence výskytu protrahovaného truchlení (prodlouženého truchlení) bývá častější u žen a celkově připadá přibližně na 10 % pozůstalých. Některé odhady však hovoří i o 20 % pozůstalých, z čehož vyplývá, že přibližně až třetina pozůstalých může procházet komplikovaným truchlením (Maercker & Lalor, 2012; Praško et al., 2012; Arizmendi & O'Connor, 2015; Machů et al., 2019).

Možným vodítkem pro praxi (k diagnostice viz níže) může být rozdělení obvyklých projevů truchlení, projevů integrovaného truchlení a projevů komplikovaného truchlení, které navrhli Shear s kolegy (2011). Poměrně rozsáhlý autorský kolektiv čítající 25 odborníků a odborníků napříč lékařskými i nelékařskými profesemi chápe jako obvyklé projevy truchlení v prvním půlroce až roce (akutní fáze truchlení) silné emoce, toužení po zemřelém, toužení po opětovné blízkosti, přání zemřít z důvodu blízkosti se zemřelým, smutek, stesk, pláč, vidění zemřelého atp. Jako projevy integrovaného truchlení (což lze považovat za stav dobrého zvládnutí adaptace) pak označují subjektivní prožitek uvynutí si na ztrátu, nalezení zájmu nebo účelu v životě, dobrou adaptaci v rolích, jakož i schopnost prožívat radost a satisfakci. Přesto mohou přetrvávat prožitky smutku, samoty či toužení nebo vzpomínky, které mohou, lidově řečeno, bolet. Tyto ale nejsou dominantní a pozůstalý s nimi umí většinou dobře nakládat. Oproti tomu komplikované truchlení chápou zmínění autoři jako přítomnost intenzivních projevů akutní fáze truchlení.

Shodné rysy můžeme pozorovat také mezi ztrátou blízkého člověka a posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), jelikož na úmrtí blízké osoby můžeme za určitých okolností pohlížet jako na traumatickou událost (Preiss, 2009). Nicméně trauma spojené se ztrátou blízké osoby se v důležitých aspektech liší od traumatu způsobeného ohrožující událostí. Ztráta blízkého člověka je trvalá, vzbuzuje zármutek a stesk a pozornost pozůstalého upoutá cokoli, co se zesnulou osobou souvisí. Objevují se dotěrné

myšlenky a vzpomínky, mohou se vyskytnout poruchy pozornosti, výpadky paměti, poruchy spánku, neschopnost se radovat, snížená chuť k jídlu, přílišné zaměření se na minulost a opomíjení přítomnosti (Joseph, 2017).

Naopak mezi typické projevy PTSD patří strach, děs, vztek, vina a stud, v kombinaci s intenzivní úzkostí. Navíc projevy PTSD způsobené ztrátou blízkého člověka jsou většinou fixovány na okolnosti smrti a zahrnují pocit ohrožení, což u pozůstalého vede k vyhýbání se jakýmkoliv připomínkám události smrti zesnulého. Mezi další výrazně odlišující charakteristiky PTSD a protrahovaného truchlení patří také to, že u PTSD se často objevují noční můry, flashbacky a agrese (Jordan & Litz, 2014).

Turunen a Punamäki (2016) jako možné projevy tzv. traumatického truchlení, což v jejich pojetí v podstatě znamená pravděpodobný výskyt PTSD a truchlení v rámci reakce na úmrtí blízkého člověka, nabízejí následující dvojici projevů, z nichž první odpovídá spíše obvyklému průběhu, druhý pak spíše traumatické reakci: zaměření na zemřelého – zaměření na smrt, obraz zemřelého – obraz zkázy, chuť mluvit o ztracené osobě – vyhýbání se mluvení o ztrátě, toužení po zemřelém – toužení po bezpečí, separační úzkost – ztráta kontroly aj.

Stejně tak je třeba diferencovat mezi protrahovaným truchlením a depresí. Z hlediska současné diagnostiky je klíčovým rozdílem mezi protrahovaným truchlením (prodlouženým truchlením) a depresí to, do jaké míry se konkrétní příznaky týkají ztráty milované osoby a do jaké míry se jedná o smutek bez zjevné konkrétní příčiny. Smutek pozůstalého vychází především ze separace od milovaného člověka, jeho mysl je zaměstnána myšlenkami na zemřelého. Rovněž celkový pocit viny a vlastní bezcennosti, který je typický pro depresivní pacienty, nepatří mezi nejvýraznější symptomy protrahovaného truchlení, ačkoliv se někdy může objevit nepřiměřené obviňování se za smrt zesnulého (Jordan & Litz, 2014).

Pokud pozůstalý odmítá čelit realitě ztráty, může tím prodloužit svou emocionální přecitlivost na jakýkoliv podnět související se zesnulým. Vyhýbání se těmto podnětům může vést k neochotě přijmout nové životní role a novou identitu. Pokud pozůstalý přestane vyhledávat kontakty s lidmi, dojde celkově k rezignaci na hledání nových zdrojů smyslu života (Jordan & Litz, 2014). Tento aspekt nás odkazuje k modelům, které akcentují nutné

aktivní zapojení pozůstalého do procesu truchlení. Jedná se o Duální model procesu truchlení, navržený Margaret Stroebe a Henkem Schutem (1999), a především model čtyř úkolů Jamese Williama Wordena (2018).

Machů et al. (2019) jsou toho názoru, že v praxi se můžeme potkat s komplikovaným truchlením, které je maskované (zkreslené) a odkazuje tak na původní práci Lindemanna (1944). Klient vyhledá odbornou pomoc (psychiatrickou, psychoterapeutickou) v souvislosti s depresí či posttraumatickou stresovou poruchou, psychosomatickými symptomy, úzkostnými reakcemi (fobie), panickými atakami, závislostním chováním atd. Při odběru anamnézy vzniká důvodné podezření, že akutní obtíže vznikly v kontextu problematického přizpůsobení se ztrátě blízkého člověka. Ke zkresleným reakcím počítáme rovněž přetrvávající změny ve vztahu k přátelům a příbuzným, které se mohou projevovat jako nepřátelství až nenávisť, a dále také přetrvávající upjaté a formální chování, které je v rozporu s dřívějšími projevy dotyčného, což v dlouhodobé perspektivě způsobí rozpad sociálních kontaktů. Je proto naprosto nezbytné věnovat se prostřednictvím klinických metod životnímu příběhu konkrétního člověka a nepřehlédnout v jeho biografii významné události, na které psychopatologické reakce mohou nasedat.

Reakce na ztrátu blízkého člověka mohou být také odložené, někdy o celé týdny či měsíce. Pozůstalý může dokonce vypadat velmi přesvědčivě a stabilně ve svém přizpůsobení se ztrátě. Posléze dochází ke ztrátě další či k obtížnému životnímu období, které ukáže, že trauma z minulosti vyřešeno nebylo. Tato opožděná reakce může úplně zastavit a znemožnit další život pozůstalého bez odborné intervence či dlouhodobé terapie. Zde je nutno v souladu se Špatenkovou (2023) dodat, že odložené truchlení a zdánlivě dobré přizpůsobení se může vyústit i v somatické onemocnění, které vzniklo v důsledku neodžitých, nekomunikovaných emocí.

Špatenková (2023) je toho názoru, že někteří pozůstalí si uvědomují zřetelně, že se jejich zármutek zkomplikoval. Cítí, že v jejich životě je něco špatně a že nemohou dál takto pokračovat. Z toho důvodu vyhledají odbornou pomoc. Tato vlastní diagnostika je důležitá v tom ohledu, že nám usnadní práci. Pokud tomu tak není, je potřeba si v rozhovoru s pozůstalým povšimnout (jak bylo výše uvedeno) případů ztráty a úmrtí, které lze dát s jeho aktuálním stavem do souvislosti.

Worden (2018) se v této souvislosti pokouší o klasifikaci komplikovaného truchlení následovně:

1. **Chronický zármutek:** Zármutek trvá nepřiměřeně dlouho, truchlení se protahuje, člověk se nedokáže vrátit zpátky do života, necítí se být sám sebou. Hledá odbornou pomoc a jasně komunikuje výše uvedené, což usnadňuje diagnostiku tohoto fenoménu. Chronický zármutek vyžaduje, aby intervent a klient zjistili, který z úkolů truchlení není vyřešený a které rizikové faktory komplikovaného truchlení působí.
2. **Odložený zármutek:** Pozůstalý může prožívat zármutek, ale jen velmi slabě. Nedostatečné truchlení může být způsobeno nízkou mírou sociální opory, člověk potřebuje být silný pro někoho jiného. Také je možné, že pozůstalý po ztrátě netruchlí vůbec. S největší pravděpodobností nebyl uspokojivě vyřešen druhý úkol truchlení (prožít zármutek – pojmenovat a integrovat emoce). Následně při další ztrátě dojde k oživení původního zármutku, který nebyl vyjádřen. S tímto fenoménem bývá často spojen rizikový faktor nedostatku sociální opory. K oživení původního zármutku nemusí dojít pouze na základě reálné ztráty či na základě ohrožení ztrátou. K aktivaci může přispět např. film, divadelní hra či příběh jiného člověka.
3. **Excesivní zármutek:** Zármutek je intenzivní, pozůstalý se cítí zahlcen emocemi a představami o zemřelém, není schopen adekvátně fungovat v rámci životních úkolů a společenských rolí. Uvědomuje si, že jeho potíže souvisí se ztrátou, spontánně vyhledává odbornou pomoc. Za těchto okolností může zármutek přerůst v klinickou depresi, kterou je třeba ovlivnit nejen psychoterapií, ale také farmakoterapií. Dále se v tomto kontextu potkáváme s úzkostnými poruchami. Fobie se často týkají smrti. V pozadí můžeme najít nevědomé pocity viny a myšlenky typu „zasloužím si také zemřít“, přičemž obojí vychází z ambivalentního vztahu k zesnulému. V úvahu dále přichází symptomatika posttraumatické stresové poruchy (úmrtí v důsledku katastrofy), zneužívání návykových látek nebo závislost na nich. Léčba spočívá v kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Psychiatrické příznaky by měly být léčeny standardními intervenčními postupy pro danou poruchu. Jakmile jsou symptomy

odstraněny nebo dojde k jejich zmírnění, pokračujeme v rámci terapie zármutku a je nutné pracovat na jednotlivých úkolech truchlení.

4. **Maskovaný zármutek:** Pozůstalí zažívají řadu těžkostí (viz výše), ale neuvědomují si (mohou pouze tušit) skutečnost, že se vztahují k předchozí ztrátě. Maskovaný zármutek se projeví nejčastěji nějakým tělesným symptomem (psychosomatické reakce) či maladaptivním jednáním (delikvence, sebepoškozování), zároveň může vyústit do jakékoli výše uvedené klinické diagnózy. Podstatný je rozdíl oproti excesivnímu zármutku v náhledu, který zde chybí. Základem léčby je v první řadě umožnit pozůstalému náhled a následně pracovat na jednotlivých úkolech truchlení (Worden, 2018).

8.1 Rizikové faktory truchlení

Špatenková (2023) uvádí několik důvodů, proč může u některých pozůstalých dojít k projevům komplikovaného truchlení:

1. **Okolnosti úmrtí:** Předčasná, náhlá, strašlivá smrt většinou v souvislosti s nehodou, zločinem nebo sebevraždou. Truchlení je obtížné, objevuje se silné popírání reality, rovněž bývají přítomny pocit viny za přežití či pocity viny, které mají základ v realitě (způsobená nehoda). Velmi silný a naléhavý je pocit bezmoci a zoufalství. Rovněž dlouhý proces doprovázení umírajícího člověka může vyčerpat emoční zdroje rodiny (pozůstalého).
2. **Charakteristika vztahu mezi zemřelým a pozůstalým:** Jedná se o vztahy, které mají ambivalentní základ (láska a náklonnost jsou spojeny s nenávistí a častými křivdami, neuzavřenými záležitostmi), problematický je také vztah závislý či intenzivně symbiotický. Rovněž smrt dítěte nebo člověka mladšího 20 let většinou indukuje u rodičů silnou reakci problematického truchlení, kdy je ohroženo partnerství rodičů. Do jaké míry byl vztah pro pozůstalého ústřední (klíčový), rozhoduje o tom, jak intenzivní bude zármutek a truchlení.
3. **Charakteristiky pozůstalého:** Předchozí nedořešené ztráty, neschopnost vyjadřovat a integrovat pocity, nedostatek porozumění vlastním

- potřebám, slabé komunikační dovednosti, nízká míra resilience, využívání méně adaptivních strategií zvládání stresu nebo dříve působící psychosociální stresory, které byly přítomny před smrtí blízkého člověka.
4. **Sociální okolnosti:** Nedostatek přirozených zdrojů sociální opory (rodina, přátelé, partneři, nedospělé děti v zasažené rodině atd.), nižší angažovanost v sociálních rolích či ztráta sociálních rolí v důsledku péče o umírajícího a následná neschopnost dříve zastávané sociální role obnovit.

Jiné členění nabízí přehledová studie Burkeho & Neimeyera (2013) a Burkeho et al. (2019):

1. **Význam zemřelého pro pozůstalého:** Pravděpodobnost komplikovaného truchlení se zvýší, pokud se vztahová ztráta týká významného vztahu. Vždy je nutné zjistit, jak důležitý zemřelý člověk byl – ohodnocení ztraceného vztahu.
2. **Nízká míra sociální opory:** Chudé, nedostačující vazby znamenají vždy nižší míru odolnosti vůči zátěži. Osamělost je téměř vždy zdrojem distresu. Přirozené zdroje sociální opory jsou prvním nárazníkem, který nám pomáhá vyrovnat se s úmrtím blízkého člověka.
3. **Úzkostná nebo vyhyčbavý citová vazba:** Lidé s úzkostnou nebo vyhyčbavou citovou vazbou k blízké osobě častěji prožívají nejistotu, mají nižší sebevědomí a hůře zvládají zátěžové situace. Tyto typy vztahových vazeb mohou u pozůstalých způsobovat emocionální a behaviorální problémy, které bývají označovány jako komplikované truchlení.
4. **Objevení nebo identifikace těla zemřelé osoby (v případě násilné smrti):** Objevení těla osoby zemřelé v důsledku tragické (násilné) smrti (např. sebevraždy, vražda, nehoda) představuje u pozůstalých jeden z aspektů komplikovaného truchlení.
5. **Smrt manžela/manželky nebo dítěte:** Ztráta životního druha (manžela, manželky) představuje krizi, s níž se pojí další ztráty – společné budoucnosti, zvyků a výhod, které ze společného soužití plynou. Riziko komplikovaného truchlení je přitom spojeno spíše s vdovami než s vdovci. Co se však týká nebezpečí smrti pozůstalé osoby, vdovci představují ohroženější skupinu. Řada autorit v oboru (např. Haškovcová, 2007; Kübler-Ross & Kessler, 2014; Worden, 2018; Špatenková, 2023) považuje ztrátu dítěte

- za nejvíce zraňující. U pozůstalých rodičů se často objevují pocity viny a selhání. Smrt dítěte pro rodiče znamená ztrátu budoucnosti a bývá spojena s narušením vlastní identity. Ačkoliv může takový zármutek trvat roky, není neměnný. Postupem času se většina rodičů naučí se ztrátou žít a může u nich dojít také k utužení partnerského vztahu (Joseph, 2017).
6. **Závislý vztah k partnerovi:** Míra závislosti pozůstalého na zemřelém ovlivňuje následnou adaptaci na novou realitu. Mohou vznikat obtíže, které se týkají běžných denních činností. Závislé vztahy bývají obvykle spojovány s osobami tvořícími úzkostné citové vazby.
 7. **Neuroticismus:** Vysoká úroveň neuroticismu může být rovněž rizikovým faktorem a znamená vyšší pohotovost k emočním rozladám, které komplikují následnou adaptaci. Není přitom zřejmé, zda je neuroticismus v tomto případě primární či sekundární (Worden, 2018).
 8. **Vliv genderu:** Ženy představují rizikovější skupinu pro vznik komplikovaného truchlení, a to především v období starší dospělosti či stáří, což je dáno obecně nižším délkou dožití u mužů. Vdovy jsou po ztrátě manžela ohroženy finančními problémy, přebírají povinnosti spojené s fungováním domácnosti a dochází u nich navíc k vyšší míře sociální izolace (Robbins-Welty et al., 2018).
 9. **Náhlé (neočekávané) úmrtí:** Podle Špatenkové (2023) může být s náhlým, neočekávaným úmrtím spojeno komplikované truchlení, pro které jsou typické intenzivní emoce, přičemž tradiční rituály nedokáží tyto projevy mírnit.
 10. **Kumulace stresu:** Worden (2018) upozorňuje na skutečnost, že souběžný stres, krize a životní změny celkově se po ztrátě blízkého mohou kumulovat. To znamená, že existují pozůstalí, kteří musí zvládat více zátěže, a zvyšuje se tak pravděpodobnost vzniku komplikovaného truchlení.
 11. **Truchlení v mladším věku:** Revet, Laifer a Raynaud (2018) upozorňují, že zážitek tragické smrti blízkého člena rodiny (např. rodiče) u adolescentů souvisí s častějším výskytem komplikovaného truchlení a suicidálními tendencemi.
 12. **Problematický vztah k zemřelému:** Ambivalentní vztah k zemřelému bývá podle Špatenkové (2023) zdrojem rozporuplných emocí, přičemž bezprostředně po úmrtí nastupuje prvotní pocit úlevy, který záhy střídá

smutek, hněv nebo vina. Tyto pocity a s nimi související potřeby nedokáží pozůstalí vhodně interpretovat, a tedy ani integrovat. Společná nedokončená – nedořešená minulost se tak stává přítěží, která komplikuje adaptaci.

13. **Nižší vzdělání:** Heeke et al. (2019) zjistili, že existuje souvislost mezi rozvojem komplikovaného (protrahovaného) truchlení a nižší úrovní vzdělání u pozůstalých jedinců. Autorský kolektiv interpretoval dané zjištění s ohledem na využívání méně efektivních copingových strategií u této skupiny pozůstalých jako celku.
14. **Nižší úroveň spirituality:** Vliv spirituality na zvládání životních těžkostí má spíše protektivní účinek. Nejinak je tomu při ztrátě blízkého člověka. Spiritualita (religiozita) nabízí interpretační rámec životním událostem, je silným zdrojem smyslu, poskytuje v řadě případů díky sdílení v komunitě sociální oporu. Spirituální prožívání skutečnosti jako takové tudíž bude s vyšší pravděpodobností příznivě moderovat i truchlení a zármutek. Absence spirituálního náhledu na realitu může naopak truchlení komplikovat (Čepuliné, Skruibis, 2023).
15. **Pohřeb bez obřadu:** Absence rituálu rozloučení, ať už v krematoriu či kostele, popřípadě na základě individuálních preferencí pozůstalých, zvyšuje pravděpodobnost komplikací v truchlení. Rituál rozloučení umožňuje aktivaci sociální opory, nabízí prostor k emoční abreakci – katarzi, realita rozloučení vytváří základ pro zvládnutí prvního úkolu truchlení – uznání reality ztráty, následné doprovodné rituály (smuteční hostina) vytvářejí vhodnou platformu pro ohodnocení ztraceného vztahu atd.

Výše uvedené rizikové faktory je nutné brát v potaz. Je naprosto nezbytné věnovat se prostřednictvím klinických metod (rozhovor, anamnéza) životnímu příběhu konkrétního člověka a nepřehlédnout v jeho biografii významné proměnné, které mohou truchlení komplikovat (Boelen, Hout van den, Bout van den, 2006).

8.2 Diagnostika komplikovaného truchlení

V základě existují dva způsoby diagnostiky. Buď přijde pozůstalý klient sám s vlastní diagnózou a má náhled, že jeho potíže souvisí se vztahovou ztrátou. Druhá situace je komplikovanější a vyžaduje zkušeného odborníka (klinický psycholog, psychiatr, psychoterapeut, poradce pro pozůstalé atd.), který zjistí, že současné problémy klienta souvisí s nevyřešeným zármutkem. Všechny vstupní rozhovory u klientů s psychickými problémy by měly zahrnovat podrobnou anamnézu. Důležité je nepřehlédnout vztahové ztráty, protože ty mohou mít přímý vztah k aktuálnímu problému. Při úvodním rozhovoru je tedy nezbytné ptát se na historii vztahových ztrát. Worden (2018) nabízí 12 diagnostických klíčů, které mohou sloužit jako vodítka pro identifikaci komplikovaného truchlení.

1. Člověk nedokáže o úmrtí hovořit, aniž by ztratil emoční rovnováhu (čerstvý, intenzivní smutek, který se objevuje mnoho týdnů či měsíců po ztrátě).
2. Některé relativně nevýznamné události spustí intenzivní reakci zármutku.
3. Téma ztráty se objeví při rozhovoru s odborníkem a ukáže se jako klíčové pro pochopení současných obtíží.
4. Pozůstalý není ochoten dát pryč věci, které patřily zesnulému, nebo dokonce celkově prostředí domácnosti zachovává tak, jako by zesnulý stále žil. Je potřeba brát v úvahu kulturní a náboženské zvyklosti. Rovněž vyhazování všeho po smrti blízkého může být indikátorem budoucích komplikací.
5. Lékařské záznamy (rozhovor) odhalí, že tělesné symptomy pozůstalého jsou podobné těm, které měl zesnulý před smrtí. Mohou se vracet s výročím smrti či jinak osobně významnými dny. Jednoduché otázky o nedávných či minulých ztrátách a o tom, jak si myslí, že se s nimi vyrovnal, nám mohou dát vodítka k tomu, abychom identifikovali skrytý prvek zármutku. Totéž se může týkat zdánlivě bezdůvodného smutku, který vzniká při událostech dříve sdílených se zesnulým (svátky, jubilea atd.).
6. Radikální změna životního stylu, vyloučení přátel a příbuzných ze života nebo konkrétních aktivit, které byly se zesnulým spojené.

7. Klient komunikuje dlouhodobé depresivní ladění, které se vyznačuje pocity viny a selhání, nízkým sebevědomím. Klíčový může být také protiklad – euforie následně po úmrtí.
8. Nutkání k imitaci zemřelého bez náhledu – chování, styl oblékání, osobnostní charakteristiky.
9. Sebedestruktivní impulzy.
10. Strach ze smrti nebo z nemoci, na kterou blízký člověk zemřel.
11. Vyhýbání se hřbitovu, pohřebnímu rituálu, zřetelné chybění sociální opory v době ztráty.
12. Intenzivní smutek, který se objeví každý rok v určitém čase (výroční reakce) a je vázán na situace či události, které pozůstalý sdílel se zesnulým.

8.2.1 Diagnostická vodítka komplikovaného truchlení

Z psychologického pohledu truchlení představuje vysoce individualizovaný proces, jenž v sobě zahrnuje soubor kognitivních, emocionálních, behaviorálních a spirituálních reakcí na ztrátu blízkého člověka. Truchlení zároveň představuje bolestivou a stresující zkušenost, z toho důvodu byl jeho abnormální průběh v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-11) zařazen mezi poruchy specificky spojené se stresem.

Z metaanalýzy 14 studií zaměřených na tuto poruchu byla zjištěna hodnota prevalence okolo 10 %. Na komplikovaný proces truchlení má vliv mnoho rizikových faktorů, které je důležité při hodnocení obtíží zmapovat. Jedná se zejména o nižší úroveň sociální opory, vyšší úroveň neuroticismu, úzkostnou nebo vyhýbavou citovou vazbu, závislý vztah na partnerovi, objevení nebo identifikace těla zemřelého člověka (zejm. v případě násilné smrti) a smrt manžela/manželky nebo dítěte. Mezi potenciálně rizikovými faktory také bývá zmiňováno ženské pohlaví, nižší vzdělání a nižší věk.

Reakce spojené s procesem truchlení se, zejména v počátečních fázích, velmi často překrývají s příznaky komplikovaného zármutku. Přestože jsou v současnosti stále předkládány nové výsledky studií zaměřených na abnormální zármutek, mezi odborníky na toto téma stále probíhá diskuze týkající se přesnějšího vymezení normální reakce na ztrátu. Za základní indikátory k odlišení normálního a abnormálního procesu truchlení bývají považovány:

časové kritérium (minimálně 6 měsíců od ztráty, kdy zpravidla projevy akutního zármutku odeznívají); intenzita projevů, která v čase neslabne, ale spíše přetrvává; neschopnost naplňovat životní role (Prigerson et al., 2021).

V aktuálně implementované MKN-11 jsou v souvislosti s komplikovaným truchlením uvedena následující diagnostická kritéria:

- A. V anamnéze je přítomná smrt partnera, rodiče, dítěte nebo jiného blízkého člověka.
- B. Je přítomná přetrvávající a všudypřítomná touha po zemřelé osobě.
- C. Je přítomné přetrvávající a všudypřítomné zaujetí zemřelou osobou.
- D. Objevuje se intenzivní emoční bolest projevující se například pocity smutku, viny či hněvu, popřením, obviňováním nebo potížemi s přijetím smrti, pocitem ztráty části sebe sama, neschopností prožívat dobrou náladu, emoční otupělostí nebo obtížemi se zapojováním se do společenských či jiných aktivit.
- E. Truchlení přetrvává neobvykle dlouho dobu (minimálně 6 měsíců od ztráty blízkého) a výrazně překračuje sociální, kulturní nebo náboženské normy.
- F. Dochází k výraznému zhoršení v osobní, rodinné, sociální, pracovní, studijní nebo jiné důležité oblasti fungování.

Killikelly & Maercker (2018) jsou toho názoru, že pro diagnostiku komplikovaného truchlení není blíže specifikován počet nutně naplněných (a)nebo významných diagnostických vodítek. Nicméně lze nabídnout diagnostický algoritmus, podle něhož by mělo být splněno aspoň jedno z kritérií B nebo C, jeden z příznaků emoční bolesti (tj. jeden ze symptomů kritéria D) a zhoršení v alespoň jedné oblasti života (tj. kritérium F).

Nutno podotknout, že k tomu, aby byl symptom naplněn, musí souviset s procesem truchlení a neměl by být vysvětlen jinými příčinami. V minulosti byla prokázána klinická užitečnost těchto kritérií. Pomocí uvedených symptomů dokázalo správně zařadit pacienty s touto poruchou 92 % lékařů, přičemž nejčastější neshody panovaly v souvislosti s časovým kritériem a ohledem na sociokulturní či náboženský kontext jedince (Bok, 2020).

Szuhany et al. (2021) uvádějí, že při hodnocení stavu pozůstalého je důležité zohlednit také tzv. výroční reakce, kdy se především během prvního roku od ztráty v určitých časových obdobích mohou projevy truchlení zvýraznit (např. narozeniny, výročí svatby, společensky či kulturně podmíněné významné události, jako je období vánočních svátků, Dušičky atd.). I zde bychom měli brát zřetel na intenzitu projevů spojenou s dopadem na životní fungování daného člověka. Ta by měla v případě normální reakce na ztrátu postupem času slábnout a neměla by znamenat výraznější a dlouhodobější dopad na naplňování aktuálních životních potřeb. Vždy je proto důležité pomocí rozhovoru blíže prozkoumat individuální i sociokulturní odlišnosti a zvyky, které by na proces truchlení, potažmo i jeho (ab)normalitu mohly mít vliv, a zároveň sledovat vývoj potíží v čase.

Worden (2018) poukazuje na skutečnost, že z diferenciálně diagnostického hlediska se mohou projevy komplikovaného zármutku překrývat s některými symptomy depresivní poruchy (např. vyšší plačtivost, pesimismus, anhedonie), a může být proto obtížnější od sebe tyto nozologické jednotky odlišit. V některých případech navíc dochází k rozvoji komorbidní depresivní poruchy, která na proces truchlení může navázat. V rámci diferenciální diagnózy je potřeba odlišit také projevy generalizované úzkostné poruchy, při níž se postižený, v porovnání s truchlícím jedincem, méně zabírá minulostí a více se u něj objevují obavy nebo starosti spojené s budoucností. Další nozologickou jednotkou, nad níž bychom mohli v rámci diferenciální diagnostiky uvažovat, je posttraumatická stresová porucha (PTSD), v tomto případě se však myšlenky postižených velmi často týkají traumatické události, zatímco vzpomínky truchlících osob jsou zaměřeny na různé aspekty života spojené se ztrátou.

K rychlejší orientaci v potížích truchlících osob můžeme v praxi využít některou z dotazníkových metod. Jedním z nejužívanějších nástrojů je aktuálně Inventář komplikovaného truchlení (IKT) skládající se z 19 položek, u nichž respondenti hodnotí frekvenci výskytu potíží na pětibodové škále (tj. od 0 = „nikdy“ až po 4 = „vždy“). Tento inventář nalezneme také v české verzi, přičemž výsledky dosavadních českých studií potvrzují jeho dobré psychometrické vlastnosti. U této metody byla v zahraničních studiích opakovaně potvrzena prahová hodnota 25 bodů, která indikuje komplikovaný

průběh procesu truchlení. Při použití tohoto nástroje bychom však měli mít na paměti, že nebyl vytvořen na základě aktuálně platných diagnostických kritérií v MKN-11, a nepostihuje tedy všechny symptomy vymezené v daném klasifikačním systému. IKT je proto vhodné využívat spíše jako screeningovou metodu: může nám napovědět, zda projevy truchlících osob přesahují běžnou úroveň obtíží, nebo nám může pomoci v situacích, kdy si nejsme jisti, zda by bylo adekvátní klienta odkázat na některé klinické pracoviště, popřípadě jej můžeme opakovaně administrovat při sledování vývoje obtíží truchlící osoby v čase. I v tomto kontextu je vhodné prostřednictvím rozhovoru následně blíže zmapovat situaci pozůstalého (např. již uvedenou výroční reakci) a zohlednit možné situační vlivy na naměřený hrubý skór.

Pokud bychom se chtěli více opírat o kritéria uvedená v MKN-11, existuje pro tyto účely screeningový dotazník, který uvádíme v přílohách metodiky (příloha 1). Dotazník je složen z 20 dichotomických položek (tj. 0 = „ne“ a 1 = „ano“) a při stanovené prahové hodnotě 8 bodů vykazuje nejvyšší hodnoty indexů senzitivity (77 %) a specificity (85 %). Tento dotazník může být užitečný zejména v klinické praxi. Pro porovnání s položkami v dotazníku lze připomenout naplnění jednoho z kritérií B nebo C (tj. aspoň jedna odpověď „ano“ u položky 1 nebo 2), některý ze symptomů D (tj. minimálně jedna odpověď „ano“ u položek 3–9) a aspoň jednu oblast života, v níž osoba sleduje narušené fungování F) (tj. minimálně 1 bod u některé z položek 10.1–10.6), přičemž by délka truchlení neměla být kratší než 6 měsíců. Pokud tedy osoba získá v každém z uvedených kritérií aspoň jeden bod a získá-li celkově v dotazníku minimálně 8 bodů, lze předpokládat vyšší pravděpodobnost komplikovaného průběhu truchlení a bylo by vhodné zvážit doporučení například individuální nebo skupinové psychoterapie, popř. vyhledání odborné lékařské péče (Bok, 2020).

9 Psychosociální (spirituální) intervence v pozůstalostní péči

V této části textu popíšeme základní intervence, které mohou být poskytnuty pozůstalým. Cílem takové péče a podpory je umožnit klientům čelit emocionálním, sociálním, spirituálním a praktickým výzvám, které jsou spojeny s úmrtím blízkého člověka. Díky tomu mohou pozůstalí dojít snáze k nové identitě, novému způsobu života a novému postoji k životu. Tato péče a podpora integruje psychologickou, psychoterapeutickou, psychiatrickou a spirituální pomoc a zahrnuje krizovou intervenci, postupy vycházející z dovedností pro psychické zotavení, poradenství pro pozůstalé, psychoterapii zármutku a za určitých okolností i farmakoterapii. Nejčastěji je realizována individuálně, vzácněji skupinově. Ve většině případů má ambulantní formu, v minoritních případech dochází k hospitalizaci. Může probíhat v přímém kontaktu (tváří v tvář) nebo distančně (videokonference, telefonický kontakt, chatování).

Podpora pozůstalých je v ČR poskytována různými subjekty (např. nemocnice, domovy pro seniory, hospice, specializovaní poskytovatelé pozůstalostní péče atd.) a v rámci různých profesí (poradci pro pozůstalé, sociální pracovníci, lékaři, kliničtí psychologové, psychoterapeuti, krizoví interveni, pracovníci pohřebních službách atd).

Specializované služby pro pozůstalé jsou poskytovány organizacemi, které pracují s umírajícími a jejich blízkými. Jsou nabízeny standardně v rámci

specializované paliativní péče (např. mobilní týmy paliativní péče, hospice, léčebny dlouhodobě nemocných atd.) nebo poskytovateli konkrétních služeb pro pozůstalé (např. různé nestátní organizace). V našem kontextu je nutné zmínit tři základní kvalifikace: psychoterapeut pro pozůstalé, poradce pro pozůstalé a stabilizační specialista pro pozůstalé.

Psychoterapeut pro pozůstalé: Cílem jeho činnosti je především práce s komplikovanými formami truchlení. Psychoterapeut má ukončený akreditovaný psychoterapeutický výcvik, výcvik v krizové intervenci, vysokoškolské vzdělání (nejčastěji humanitního nebo zdravotního směru) a dále se vzdělává s ohledem na specifickou klientelu (poradenství pro pozůstalé, akreditovaný výcvik v pozůstalostní péči atd.).

Průvodce umírajících a pozůstalých (stabilizační specialista pro pozůstalé): Cílem jeho činnosti je stabilizace klienta v běžném životě. S pozůstalou osobou sdílí její situaci, podporuje uvolňování emočního napětí, podporuje ji v situacích, které musí řešit. Specialista má minimálně vyšší odborné vzdělání humanitního nebo zdravotního směru, výcvik v krizové intervenci a akreditované vzdělání se zaměřením na práci s truchlením.

Poradce pro pozůstalé nebo sociální pracovník pracující s pozůstalými: Cílem jeho činnosti je poskytovat sociální poradenství, zprostředkovávat návazné sociální služby, provádět sociálně terapeutické činnosti, pomáhat při uplatňování práv, oprávněných zájmů, obstarávat osobní záležitosti, vyřizovat běžné záležitosti, pomáhat při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Poradcem pro pozůstalé je pracovník, který absolvoval zkoušku pro poradce pro pozůstalé. Sociální pracovník může pracovat s pozůstalými, pokud absolvuje základní kurz krizové intervence a kurzy (akreditované) se zaměřením na práci s truchlením. Jednou z možných metod podpory pozůstalých v tomto rámci je aplikace tzv. dovedností pro psychické zotavení.

9.1 Krizová intervence

Pokud pracujeme s pozůstalými, je vhodné mít výcvik v krizové intervenci (KI). V praxi se velmi často stane, že pozůstalý vyhledá odbornou pomoc

právě proto, že se s aktuálními životními podmínkami nedokáže vyrovnat a selhávají jeho dosavadní strategie zvládání zátěže. Dochází k narušení psychické rovnováhy, klesá pocit sebehodnoty, narůstá úzkost. Krize se projevuje tísní, zúženým pohledem, bezmocností a někdy sebevražednými myšlenkami (Špatenková, 2017).

Typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů: dosud užívané způsoby přestaly být funkční a člověk musí hledat jiné. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nezvládnutelného problému. Lze ji chápat jako podnět k nutné změně. Krize není nemoc, je to normální reakce na těžkou životní situaci. KI má často stabilizační charakter (uklidnění, obnovení kompetence) a také charakter preventivní (nedojde k prohloubení obtíží).

Při vyřešení krize dochází k životní proměně a posílení možností zvládnutí do budoucnosti. V opačném případě mohou vzniknout chronické potíže (psychické, psychosomatické, sociální atd.), v našem případě hovoříme o komplikovaném truchlení. Extrémním vyústěním krize je suicidální pokus. KI je poskytována velmi často distančně (telefonicky, prostřednictvím internetu), ale může mít i formu setkání tváří v tvář či podobu krátkodobé hospitalizace (Kosová et al., 2014).

Kosová et al. (2014) jsou toho názoru, že při KI vstoupí mezi jedince a jeho krizi prostředník a zahlcený člověk tak získá potřebný odstup. Pro účinnou pomoc je zásadní, aby se jedinec otevřel druhému člověku a důvěřoval mu. Postupně je třeba získat kontakt s krizí tím, že se podaří objevit stěžejní problém, který se za ni skrývá. Hledáme konkrétní řešení pro konkrétního člověka. V krizi se mohou zpřítomnit i zraňující zážitky z minulosti, které nebyly dříve zpracovány.

Podstatou krize je nesnesitelné utrpení, z něhož dotýčný nevidí východisko. Základním předpokladem úspěchu není verbální pohotovost ani znalosti, ale ochota a schopnost po celou dobu kontaktu s klientem udržet pozornost a soustředit se na jeho osobu a příběh. Je třeba vnímat nejen informace, ale především emoce.

Povzbuzujeme k vyjadřování emocí, zážitků, bolesti. Pro emoce nabízíme bezpečný rámec a potvrzujeme právo člověka cítit se tak, jak se cítí. Přijetí klienta a jeho bolesti je zásadní. Pomoc s vyjádřením emocí a jejich propojení

s aktuální situací přináší úlevu. V KI je důležité klientovi předat poselství „zajímáš mě jako člověk“.

Velice důležité je zhodnocení suicidality. Je třeba se na tento aspekt ptát přímo: „Uvažujete o sebevraždě? Jak dlouho nosíte myšlenku, že si vezmete život?“ Pomáháme klientovi hledat pevné body v jeho životě (odpovědnost vůči blízkým, životním úkolům). Nelze mu upřít právo realizace suicidia. Vždy je ale nutné dotyčnému předávat poselství „Záleží mi na tom, abyste žil. Současně vím, že rozhodnutí je na vás, je to ale konečný a nevratný krok, sebevražedný čin je možno odložit a dát šanci řešení, které nyní nevidíte.“

Důležité je zjistit, co člověk od smrti očekává. To nám dá příležitost pochopit a pojmenovat, po čem dotyčný touží, čeho se mu nedostává, co potřebuje, co by si přál, co se mu nesplnilo. Nejde jen o vizi, co smrt přinese, ale i o to, jak nastane. Prosté doptání se na to, kdo dotyčného najde, pokud sebevraždu uskuteční, může otevřít důležité téma. Vždy je nutné uzavřít dohodu, že v průběhu krizové intervence a při následné poradenské či terapeutické práci klient sebevraždu neprovede (suicidální dohoda). Pokud se KI nejeví dostatečně účinná, je potřeba klienta přesvědčit k hospitalizaci. Nutné je také dodat, že probíhají i tiché krize, kterých si nikdo nepovšimne a které končí smrtí.

Kast (2010) uvádí, že časovým rámcem KI je cca 10 setkání. Následně můžeme v případě potřeby navázat poradenstvím, doprovázením či psychoterapií. Pokud bychom v obecné perspektivě měli shrnout zásady KI, lze uvést následující: navázání kontaktu, zhodnocení suicidality, práce s pocity a podpora, identifikace centrálního problému, vytváření alternativ, vytvoření plánu pro krátkou budoucnost, plán a zprostředkování kontinuity – návazné péče.

Při realizaci KI je zásadní vnitřní postoj odborníka, podle kterého se orientuje i ve svém osobním životě – vždy, i když ne třeba hned, lze najít v každé životní situaci řešení, cestu k životu. To je důležitým terapeutickým faktorem, který působí změnu.

Podle Špatenkové (2023) je základem KI u pozůstalých rychlé navázání kontaktu. Nutné je vytvořit atmosféru důvěry a přijetí, což umožní ventilaci emocí spojených se smrtí blízkého člověka. Zásadní roli sehrává emocionální podpora. Špatenková (2017, str. 172) uvádí vhodné formulace, které navázání

kontaktu podporují: „Je mi to líto. Cítím s vámi. Jak to všechno zvládáte? Nevím, proč se to stalo, ale jsem tu, abych naslouchal. Nevím, jestli vám dokážu pomoci, ale rád bych to zkusil. Co je pro vás nejtěžší? Co pro vás mohu udělat? Je dobře, že jste zavolal/přišel, že jsme se mohli takto potkat.“

Důležité je, aby se v průběhu KI u pozůstalých objevily následující momenty:

1. **Normalizace prožitku ztráty:** Pozůstalý by měl být seznámen s tím, že to, co prožívá, je normální, přirozené, nutné a individuální (každý truchlí vlastním způsobem).
2. **Podpořit pozůstalé ve vyjadřování emocí:** Dávat najevo pocity, které souvisí se ztrátou milovaného člověka, je nutné a zdravé.
3. **Identifikovat přirozené zdroje sociální opory:** Především rodina, příbuzní a přátelé by měli být přirozeným zdrojem pomoci a opory v truchlení.
4. **Hovořit s pozůstalými o jejich vztahu k zemřelému:** Aby truchlení mohlo skončit, je důležité ohodnotit ztracený vztah. Pozůstalí potřebují dostatek prostoru k vyprávění o zemřelém, o tom, jaký byl.
5. **Sejmout s truchlícího břímě iracionální viny:** Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, prožitek viny je velmi častý a navíc iracionální. Důležité je odlišit reálnou vinu od iracionální.

Podle Špatenkové (2017) je důležité v procesu KI u pozůstalých soustrastně naslouchání:

1. Mít pro rozhovor dostatek času, především pokud se jedná o první kontakt s pozůstalým.
2. Být všímavý (pozorný), trpělivý, aktivně naslouchající.
3. Používat otevřené otázky a nebát se otázek uzavřených (záleží na situačním kontextu).
4. Nedávat zbytečné rady, nefilozofovat, nepoučovat.
5. Přijmout emoce pozůstalého.
6. Neskákat pozůstalému do hovoru, zbytečně ho nepřerušovat, nechat hovořit především pozůstalého.
7. Umět pracovat s tichem, dovolit, aby se stalo součástí rozhovoru.

8. Poskytnout ujištění, že pozůstalý udělal vše, co bylo v jeho silách.
9. V závěru KI podpořit klienta, aby se vrátil ke starým zájmům, činnostem nebo aby se nebál hledat nové.

9.2 Dovednosti pro psychické zotavení

Jednou z aktuálně rozvíjených intervencí na poli péče o pozůstalé je postup označovaný jako Skills for Psychological Recovery (Dovednosti pro psychické zotavení, dále také DPZ). K metodě jako takové je potřeba podotknout, že byť je v kontextu pozůstalostní péče zaváděna jako zdroj podpory (Rheingold, Williams, 2023) její kořeny vycházejí z pomoci osobám, které prožily potenciálně traumatizující událost. Jako taková pak není chápána coby léčba, nýbrž aktivita k rozvíjení odolnosti.

To s sebou ale také nese, že pro její aplikování do praxe podle The National Child Traumatic Stress Network (sítě, která zajišťuje školení, poskytuje manuál pro aplikování metody a s dalšími odborníci a odborníky – např. Steve Berkowitz, či Richard Bryant, nebo Melissa Brymer – danou metodu vytvořila) postačuje zkušenost s předchozí prací s lidmi v kontextu krize, stresu a traumatu a poté vstupní školení, jež lze v současné době absolvovat online (viz <https://www.nctsn.org/resources/skills-psychological-recovery-spr-online>).

Metoda jako taková se opírá o povahu truchlení ve smyslu učení se a adaptace (Hogen, Morese, Tason, 1996), tedy jako určité zkušenosti, která je následně zpracovávána a na niž se jedinec postupně adaptuje. Tato adaptace nemusí být chápána ve smyslu začátku a konce truchlení, ale jako reakce na úmrtí blízkého, která do jisté míry nekončí nikdy, především proto, že úmrtí nelze odestát. Další podstatnou teoretickou základnou přístupu je teorie konzervace zdrojů (Conservation of Resource Theory), jejíž základním předpokladem je, že lidé chrání to, co považují za podstatné a hodnotné. To může sloužit jako zdroj dobré adaptace ve světě. Ztráta takového zdroje je vnímána jako nepoměrně významnější než je zisk zdroje. Z toho také plyne, že pro vyrovnání ztráty zdroje je potřeba investovat zdroje jiné a velmi pravděpodobně ve větším množství (Hobfoll, 2011).

Obecným cílem metody DPZ je podpořit získání a také aplikaci dovedností, které mohou pomoci zlepšit zvládání zátěže a stresu a také zefektivnit copingovou odezvu na zažívanou situaci. Zpravidla se poskytuje v rozmezí týdne až měsíce či několika měsíců od prožité události, a to tam, kde nestačí postupy první psychické pomoci či prvotní podpora získaná v návaznosti na úmrtí blízkého. S ohledem na výše formulované teze o tzv. integrovaném truchlení není cílem DPZ dopracovat se s daným pozůstalým až do této fáze truchlení, ale podpořit co nejvíce dobrý průběh učení se a adaptace (Hogen, Morese, Tason, 1996).

Konkrétnějšími cíli metody jsou pomáhat při identifikování aktuálních potřeb, podporovat adaptivní coping, podporovat převzetí aktivní role v procesu zvládání situace a učit se dovednostem, které umění distres. Tam, kde je to potřeba, pak metoda směřuje k podpoře vyhledání a kontaktování dalších služeb, které jsou popsány v následujících kapitolách metodiky (Rheingold, Williams, 2023; Williams, Rheingold, 2020; Williams et al., 2024).

Procesně spočívá způsob práce v tom, že na počátku společných konzultací (může se jednat jak o jednorázové, tak o opakované kontakty podle povahy okolností a nastavení práce v rámci konkrétních organizací) je podstatné vybudovat pracovní spojení a získat informace o současné situaci, které pomohou prioritizovat podobu následné společné práce (tedy to, na co a jak bude zaměřena). Podpora se pak volí z jednoho, či více tzv. modulů (v tomto ohledu se jedná o modulární práci), které se zaměřují na budování dovedností pro řešení problémů, podporu pozitivních či smysluplných aktivit, management emočních a kognitivních reakcí, podporu budování nápomocného myšlení a opětovné budování zdravých sociálních vazeb. Role profesionála se pak opírá o předpoklad, že je vhodné identifikovat, co je právě třeba se naučit, a následně podporovat v učení se dané dovednosti a v její aplikaci do života pozůstalého (Rheingold, Williams, 2023; Williams, Rheingold, 2020; Williams et al., 2024).

Metoda předpokládá, že pozůstalí jsou sami či s dopomocí schopni určit, co je pro ně v dané chvíli nejpalčivější, resp. v jaké oblasti současného života, která se pojí s truchlením, potřebují podpořit. V praxi je typické, že pracovník spolu s konkrétním klientem společně určují, co je v současné situaci nejvíce náročné, a společně hledají podobu podpory.

Prvotní mapování směřuje k určení toho, co je v tom všem pro pozůstalého aktuálně složité, resp. co by mohlo pomoci, aby se mu alespoň v něčem mírně ulevilo. V rámci prvotního mapování aktuální podoby zvládání je možné využít oblasti SPR Screening Form, který se zaměřuje na potíže v oblasti fyzického zdraví, emočního prožívání, pocitu bezpečí, základních potřeb, fungování v rozličných rolích, interpersonálních vztahů a v oblasti užívání medikace, alkoholu nebo omamných a psychotropních látek. V rámci těchto oblastí se pak společně hledá, co je potřeba vyřešit nejdříve, která z oblastí se stále zhoršuje nebo je-li možné určit oblast, jejíž zvládnutí by výrazněji pomohlo (Rheingold, Williams, 2023; Williams, Rheingold, 2020; Williams et al., 2024).

Po identifikování dané potřeby se společně s klientem formuluje ideální podoba dosahované změny a hledá se možnost jejího naplnění. Klienti jsou podporováni v aplikaci domluvených postupů, a to i s ohledem na fakt, že je zcela pochopitelné, že se vše nedaří realizovat hned na první pokus, resp. v rámci zkoušení si dovedností se někdy aplikovat domluvené postupy daří a někdy nikoliv. Podstatnou součástí postupů je vědomí toho, že pomáháme měnit určité konkrétní postupy ve vztahu k dané situaci, nikoliv člověka jako takového (Rheingold, Williams, 2023; Williams, Rheingold, 2020; Williams et al., 2024a).

Byť je evidence ve vztahu k práci s pozůstalými spíše v počátcích ověřování (viz Williams et al., 2024), lze tento postup považovat za vhodný a akceptovatelný. Mimo cílovou skupinu pozůstalých identifikovali pozitivní dopady aplikace DPZ např. Sheerin et al. (2021) či Williams s kolegy (2024b), na využitelnost DPZ ve vztahu k profesionálům pak poukazují Wade s kolegy (2014).

9.3 Poradenství pro pozůstalé

Jak jsme uvedli v předchozí kapitole, pozůstalý může bezprostředně po úmrtí milovaného člověka potřebovat krizovou intervenci (KI), na kterou v některých případech navazujeme dovednostmi pro psychické zotavení, poradenstvím pro pozůstalé či psychoterapií (terapií zármutku).

Důležitým hlediskem je čas. Poradenský proces nezačínáme bezprostředně po ztrátě, nicméně jak bylo uvedeno, někteří klienti mohou potřebovat právě KI. Jedná se zpravidla o situace neočekávaného úmrtí nebo úmrtí za trýznivých okolností (nehoda, sebevražda, vražda atd.). Nutné je také dodat, že ne každý pozůstalý potřebuje na začátku celého procesu KI. Řada klientů využije pouze poradenské služby, které začínají zpravidla týden po pohřbu. Výjimkou mohou být situace, kdy poradce pro pozůstalé poskytuje rodině umírajícího člověka podporu ještě za jeho života (anticipované truchlení). Poradenství pro pozůstalé je adekvátní formou pomoci v případech nekomplikovaného truchlení.

Worden (2018) je toho názoru, že hlavními cíli poradenství pro pozůstalé jsou adaptace na ztrátu blízkého člověka, přizpůsobení se nové realitě, ve které milovaný člověk chybí, vytvoření nové identity a nového způsobu života. K tomu je zapotřebí, aby klient přijal ztrátu jako skutečnou událost, naučil se zacházet se svým zármutkem, dokázal překonávat konkrétní překážky reálného života a vytvořil si vazbu se zesnulým tak, aby mohl žít dále i bez něj.

Důležitá je podle Špatenkové (2023) linie prvního kontaktu, poskytnutí tzv. „první pomoci“, která zahrnuje odkázání na kvalifikované odborníky (poradce pro pozůstalé, stabilizační specialista pro pozůstalé, krizový intervent, psychoterapeut atd.). Především zdravotníci (lékaři) a členové integrovaného záchranného systému představují důležitý mezník v celém procesu, protože jsou nejčastěji prvními osobami, s nimiž se pozůstalí setkají (oznámení úmrtí, ohledání těla zemřelého, převoz z místa nehody, zásah na místě nehody atd.). Na lékaře se pozůstalí také často obrazejí v důsledku obav o vlastní zdravotní stav a na místě je posouzení, co a koho takový člověk potřebuje. Rozhodně nelze doporučit plošnou medicinalizaci či medikamentizaci zármutku, kdy při nekomplikovaném truchlení není co léčit. Zármutek ale může spustit fyzické či psychické onemocnění, a v takovém případě je lékařská intervence nutná.

Poradenství pro pozůstalé je specifické. Důležité jsou nejen konkrétní znalosti a dovednosti, ale především hodnotové (osobnostní) nastavení kompetentního odborníka. Aktuálně se tato profesní kvalifikace nazývá „poradce/poradkyně pro pozůstalé“ (kód: 69-020-M). Existuje také profesní

kvalifikace „průvodce/průvodkyně pro pozůstalé“ (kód: 69-056-M). V tomto směru lze získat vzdělání, které v ČR nabízejí některé organizace (např. Asociace poradců pro pozůstalé). Špatenková (2023) dále uvádí, že požadované znalosti a dovednosti se potvrzují vykonáním zkoušky u autorizované osoby.

Pracovní činnost poradce pro pozůstalé vymezuje Špatenková (2023, str. 52) následovně:

1. Samostatné provádění soustavné psychosociální podpory a podle potřeby akutní krizové intervence.
2. Vytváření dlouhodobých pietně uměřených vztahů klienta k zemřelému.
3. Vedení poradenského rozhovoru s pozůstalými klienty.
4. Poskytování informací o možnostech a aktivitách usnadňujících práci se vzpomínkami a ventilaci emocí.
5. Analytická a metodická činnost v individuálním i skupinovém poradenství pro pozůstalé.
6. Identifikování komplikovaných reakcí na ztrátu blízké osoby.
7. Doporučování dostupné svépomoci.
8. Doporučování vhodné navazující pomoci.
9. Evidování klíčových dat o průběhu a výsledcích poradenského procesu.

Podle Arizmendiho & O'Connora (2015) profesionální pomoc vyhledávají pozůstalí v situaci, kdy jsou na ni odkázáni (dozví se, že vůbec něco takového existuje), a také v okamžiku, když osobní zdroje sociální opory nejsou k dispozici nebo nestačí. Poradenství pro pozůstalé je vhodnou formou pomoci v případě nekomplikovaného truchlení. Pokud je nutné zvládnout komplikovaný zármutek, je nutná psychoterapie (terapie pozůstalých, terapie zármutku), kterou lze podpořit v některých případech adekvátní medikací (psychiatrická péče) a vzácněji i hospitalizací – tedy součinností s dalšími odborníky.

9.3.1 Základní principy poradenství pro pozůstalé

1. **Aktualizace ztráty:** Prvním úkolem truchlení je uvědomit si, že k úmrtí milovaného člověka skutečně došlo. Je nutné překročit pocit nereálnosti situace – nezústat v zajetí obranných mechanismů založených na popření. Nutné je podpořit klienta, aby o ztrátě hovořil. Vhodné je klást otevřené otázky, které pomohou pozůstalému mluvit specificky o tom, co se stalo (např. „Kde a jak došlo ke smrti? Kdy jste svého milovaného viděli naposled a co vám řekl? Kdo vám úmrtí oznámil? Kde jste byli a co jste dělali, když jste se to dozvěděli? Jak proběhl pohřeb?“). V tomto směru se ukazuje jako výhodné, když se pozůstalý zúčastnil pohřbu – proběhl rituál rozloučení, měl možnost vidět tělo mrtvého člověka. Rovněž návštěva hřbitova pomáhá. Někteří klienti v tomto směru potřebují povzbudit. Je nutné být pozorným a citlivým posluchačem, který dá pozůstalému prostor a podporuje ho ve vyprávění příběhu o smrti (Worden, 2018). Podle Špatenkové (2023) se nabízejí následující formulace otázek: „Řekněte mi o vašem blízkém (zemřelém) něco víc. Řekněte mi něco o jeho smrti – jak zemřel? Kdy jste s vaším blízkým naposledy hovořili a co vám posledního řekl? Jak na vás ostatní reagovali, co říkali, dělali a co to pro vás znamenalo? Měl/Měla jste možnost být s vaším blízkým po jeho smrti – před pohřbem? Jak proběhl pohřeb?“ Pomáháme pozůstalému, aby dokázal říkat slova jako mrtvý, zemřel, smrt atd. Pomáháme tím, že tato slova sami používáme v rozhovoru s pozůstalým a nevyhýbáme se jim!
2. **Pomoc identifikovat a vyjádřit pocity a potřeby:** Ve druhé kapitole této metodiky jsme popsali množství pocitů, které mohou pozůstalí prožívat. Obecně můžeme hovořit o emoční bolesti (dysforii), která má konkrétní kvalitu (smutek, hněv, vina, bezmoc, úzkost atd.). Důležitou náplní práce s pozůstalými je pomoc s tím, aby dokázali tyto pocity pojmenovat, vyjádřit a propojit je s potřebami. Slovy Frankla (2022) pomoci uschopnit člověka k utrpení, nikoli od něj bolest odejmout, ale dát jí tvar, zarámovat její smysl, umožnit ji akceptovat a unést. Pomáhají nám v tom konkrétní otázky („Jak vám je? Co nyní prožíváte? Co se s vámi děje uvnitř? Řeknete mi více o vaší bolesti. Můžete se o bolest rozdělit se mnou? Na co jste v životě sám/sama? Co cítíte a potřebujete?“). Většinou se v tomto

kontextu setkáváme s negativními pocity. Stejně důležitá a obohacující může být pomoc klientovi, aby se dostal do kontaktu i s pozitivními emocemi, které jsou spojeny s ohodnocením ztraceného vztahu. Je terapeutickým (poradenským) uměním zvolit vhodné načasování. Pokud se truchlící soustředí pouze na negativní emoce, narůstá riziko komplikovaného truchlení. Vyvážený pohled je zdravý. Pozitivní pocity bývají spojené s objevením smyslu a možnostmi posttraumatického růstu (Yalom, 2020). Důležité je doptávat se na aktuální kontext. Špatenková (2023) nabízí následující formulace: „Řekněte mi něco dalšího o věcech, jež se vám staly nebo se vám dějí a které všechno zhoršují. Co vás překvapilo – negativně, pozitivně? Řekněte mi něco o vás jako o člověku, o vašem životě před ztrátou – jaký byl váš život? Řekněte mi něco o vaší rodině, jak smrt vašeho blízkého zasáhla ostatní? O koho máte největší strach? Co vás nejvíce překvapilo? Může být těžké dát před ostatními najevo své pocity, můžeme se bát, že ostatní zarmoutíme nebo zaskočíme, ale když si to dovolíme – projevit své pocity a říci ostatním, co potřebujeme, zjistíme, že to opravdu pomáhá.“

3. **Ohodnotit ztracený vztah a pátrat po smyslu:** Cenné je, pokud v průběhu poradenského procesu vzniká prostor k ohodnocení společného života. Pomáháme truchlícímu nalézt odpověď na základní otázky: „Co pro mě zesnulý znamenal? Jaký byl náš společný život? Co jsme spolu sdíleli? Co si mohu vzít na další cestou sebou? Jaké byly silné, ale i slabé stránky společného života?“ Špatenková (2023) v tomto směru doporučuje jako vhodnou techniku práci s fotografiemi, které společný život zachycují. Nejen že tato technika pomáhá identifikovat a vyjadřovat pocity, ale rovněž je královskou cestou ke smyslu vztahu mezi pozůstalým a zesnulým. Za určitých okolností pozůstalý zjistí, že mu smrt nemůže blízkého člověka vzít zcela, že vždy něco zůstává navždy, že společný život byl zdrojem cenných zkušeností. Tyto vhledy, které pomáháme zprostředkovat, jsou nositeli pozitivních emocí. Worden (2018) je toho názoru, že zesnulý může být i nadále přítomen jako ten, kdo vytyčuje základní životní hodnoty (kdo je vzorem), které nám pomáhají v postojoyé realizaci smyslu – jak žít správně, čemu věnovat pozornost, co je důležité, jak se rozhodovat. Obnovení prožitku životního smyslu je centrální

kategorií úspěšné práce s truchlením (krizová intervence, poradenství, terapie). Velmi často je otázka po dalším smyslu života přítomna implicitně či explicitně hned v úvodu práce s klientem. Velmi častým prožitkem pozůstalého v prvním roce života po úmrtí je ztráta či minimálně skepse ohledně životního smyslu. Co bylo dříve samozřejmé, je najednou cizí (Yalom, 2020). Náléhavost životního smyslu vystupuje do popředí v případech náhlých, neočekávaných či tragických úmrtí. Zřetelným příkladem je smrt mladého člověka, kterého oplakávají rodiče, nebo sebevražda či jiná násilná smrt. V prožívání klienta dominují otázky: „Proč se to stalo a proč se to stalo právě mně (nám)?“ Bod obratu nastává v okamžiku, kdy klient je schopen výše uvedenou otázku přeformulovat a ptát se: „Když už to potkalo právě mě (nás), jak s tím mám (máme) žít dál?“ Právě zde začíná pátrání po novém smyslu. Překlenutí této propasti pomáhá v další životní cestě a obnovení kompetence a následně i radosti ze života – k opětovnému přitakání životu. Podle Kosové et al. (2014) dochází k vnitřní změně, přehodnocení (novému zhodnocení) postoje – vztahu k zemřelému. Cílem je podpořit postupné uvolňování vazeb.

4. **Podpořit život bez zesnulého:** Podporujeme a usnadňujeme schopnost pozůstalého žít bez zesnulého a činit vlastní rozhodnutí. Existují tři základní oblasti přizpůsobení se ztrátě: vnější, vnitřní a spirituální. Vnější přizpůsobení se týká sociálních rolí a úkolů. Vnitřní zahrnuje změnu sebepojetí. Spirituální se týká změněného obrazu světa a jeho smyslu. Vždy je nutné poskytnout pozůstalému podporu. V popředí stojí otázka: Jak zvládnou sám to, na co jsme byli dva? Důležité je ujasnit si, jakým problémům náš klient v běžném životě čelí, jaké má možnosti řešení, před jakými úkoly stojí a jaké má potřeby. V tomto ohledu je důležitá předchozí kapacita klienta zvládat životní zátěž (zdroje individuální resilience i možnosti sociální opory). Tento rozměr poradenské práce je důležitý především v případě ztráty životního partnera (dělba práce, péče o děti, finanční příjmy atd.). V takovém případě se po ztrátě zákonitě objevují nové výzvy s ohledem na přebírání rolí a každodenních úkolů. Pokud je to možné, měli bychom klienta vést k tomu, aby bezprostředně po ztrátě blízkého člověka nečinil závažná životní rozhodnutí (prodej majetku, změna zaměstnání, půjčka, přerušování kariéry, adopce dětí atd.). Učinit

dobré rozhodnutí ve fázi akutního zármutku je takřka nemožné. Klíčové jsou zdroje přirozené sociální opory, kterou má pozůstalý k dispozici. Tuto stránku jeho života je potřeba facilitovat. Kromě individuálního kontaktu se nabízí možnost svépomocných skupin, pokud jsou k dispozici. Nutné je zjistit, jaké jsou přirozené zdroje sociální opory pozůstalého, pomoci je aktivizovat, anebo objevit alternativní. Opět je důležitá vnitřní změna, změna postoje. Zdravý postoj spočívá v tom, že se člověk považuje za tvůrce svého života – vnímá, že má nad životem kontrolu a určuje jeho směr, i když si uvědomuje hranice (vnitřní i vnější). Maladaptivní je vždy postoj, který je spojen s rolí oběti, rezignací, stagnací, fatalismem, zoufalstvím či lhostejností (Kosová et al., 2014).

5. **Podpora emocionálního odpoutání od zesnulého:** Podle Špatenkové (2023) je důležité, aby pozůstalý ve svém životě našel pro zemřelého takové místo, které mu umožní nejen žít dál smysluplně, ale především vytvářet nové vztahy – investovat své city. Jinými slovy dovolit sám sobě žít dál radostně (smysluplně) a těšit se ze vztahů s ostatními (dávat i přijímat). Poradenství pro pozůstalé by mělo klienty podporovat v návratu do běžného života a zapojení do sociálních vztahů. Jestliže se dveře jednoho vztahu uzavrou, jiné čekají, až budou otevřeny. Podobně jako jsme uvedli výše s ohledem na závažná rozhodnutí, ani nový partnerský vztah by neměl vzniknout ukvapeně a rozhodně by neměl být pouze tišícím prostředkem na emoční bolest. Aby mohl vzniknout nový partnerský vztah, je potřeba „oplatat“ ten stávající, a především se za ním (jak bylo také řečeno) ohlédnout. Ve fázi akutního zármutku je tedy vhodné nečinit zásadní rozhodnutí ani nezakládat nové partnerské vztahy. Totéž se týká i početí dalšího dítěte. Worden (2018) i Špatenková (2023) poukazují na klinické zkušenosti rodičů, jimž zemřelo dítě. Z nich vyplývá, že nové početí by nemělo být „emocionální náplastí“ na bolest ztráty. Nejprve je důležité projít zármutkem. Pro rodiče zemřelých dětí je navíc uklidňující (léčivé) zůstat s nimi v trvalém emočním spojení. Jinými slovy, naši zesnulí mohou mít trvalá místa v našich srdcích. Tato forma vztahu by za optimálních okolností neměla být překážkou pro jiné vztahy.
6. **Dostatek času a prostoru k truchlení:** Zármutek chce svůj čas, jedná se o postupné přizpůsobování se světu bez zesnulého. Špatenková (2023)

poukazuje na to, že pozůstalý by měl dostat prostor k tomu, aby svůj žal mohl volně projevit, což je v naší výkonově orientované společnosti obtížné. Člověk by vlastně měl mít možnost nefungovat standardně. Worden (2018) je toho názoru, že tři měsíce od úmrtí jsou pro pozůstalého kritické. Zhruba v tomto čase ubývá přirozené poskytování sociální opory, které je silné často bezprostředně po úmrtí a do pohřbu milovaného člověka. Další kritické období přichází s prvním výročím smrti. V tomto období se objevuje řada vzpomínek a pocitů, které mohou vyžadovat profesionální facilitaci. Kritické bývá rovněž období vánočních svátků. V poradenství je důležité tyto okolnosti ozřejmit a pomoci pozůstalým se na ně dopředu připravit. Špatenková (2023) je toho názoru, že poradce pro pozůstalé by měl být truchlícímu k dispozici v nejkritičtějších obdobích 13 měsíců po ztrátě. Tato podpora nemusí být kontinuální. Poradenský vztah je v řadě případů tou nejlepší možností. V praxi je běžné, že naši klienti často hovoří o tom, že své blízké nechtějí „obtěžovat vlastním zármutkem“. Prostor, čas a blízkost profesionálního vztahu jsou často to nejlepší, co v současnosti a v rámci naší společnosti můžeme nabídnout.

7. **Normalizovat truchlení a zármutek:** Řada pozůstalých si klade otázku, zda to, co prožívají, není patologické. Úkolem poradce pro pozůstalé je projevy zármutku normalizovat – ujistit truchlícího, že to co se děje, je přirozené, adekvátní situaci. Worden (2018) uvádí, že poradce pro pozůstalé by měl znát normální projevy truchlení a umět identifikovat komplikované formy zármutku. Stává se velice zřídka, že pozůstalý se dekompenzuje psychotickým směrem (bludy, halucinace). Může se to stát u jedinců, kteří již tuto psychopatologickou reakci prožili dříve. V takovém případě je nutné daný případ konzultovat s psychiatrem. Podobné to je s ohledem na rozvoj depresivní poruchy nebo posttraumatické stresové poruchy. V tomto kontextu ale již uvažujeme o komplikovaném zármutku.
8. **Respekt k individuálním rozdílům v truchlení:** I když máme k dispozici řadu poznatků, které nám umožňují fenomén truchlení kategorizovat, je nutné respektovat individuální rozdíly a tyto rozdíly umět srozumitelně komunikovat (vysvětlit). Je nanejvýš žádoucí poskytnout našim klientům takový prostor, aby mohli truchlit po svém způsobu, který je pro

ně přirozený. Zní to jako banální rada, nicméně z hlediska praxe to tak rozhodně není. Jak jsme již uvedli na jiném místě tohoto textu, základním předpokladem úspěchu není verbální pohotovost ani znalosti, ale ochota a schopnost po celou dobu kontaktu s klientem udržet pozornost a soustředit se na jeho osobu a příběh.

9. **Prozkoumat obranné mechanismy a strategie zvládání:** Podle Špatenkové (2023) by měl poradce pro pozůstalé u svých klientů podporovat adaptivní strategie zvládání zátěže. Důležitá je důvěra a bezpečí, protože jen v takové atmosféře nám klient řekne více o svém prožívání a chování. Neadekvátní reagování je často spojeno se sebepoškozováním, suicidality, abúzem návykových látek či zneužíváním léků, popřípadě nadměrným trávením času online (elektronické hry, sociální sítě, pornografie atd.). Problematické je rovněž nekritické tíhnutí k okultismu či ezoterice. Nutné je zvýšení pozornosti, pokud je naším klientem člověk, který se dříve léčil se závislostí. Poradce pro pozůstalé by měl být dobře obeznámen se základními dovednostmi v oblasti duševní hygieny a sám by měl mít dovednosti v jejich praktikování. Potom může nabídnout základní portfolio dovedností, které je schopen i prakticky předat. Důležité je tedy u pozůstalého podpořit ty strategie zvládání stresu, které jsou adaptivní, nikoli sebepoškozující.
10. **Identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc:** Vždy je nutné respektovat hranice vlastních kompetencí a být schopen poznat, kdy klienta předat do péče jiného odborníka: psychiatra, lékaře, klinického psychologa, psychoterapeuta. Máme na mysli v souladu s Wordenem (2018) a Špatenkovou (2023) situace komplikovaného truchlení.

9.3.2 Základní techniky poradenství pro pozůstalé

1. **Hovořit s klientem tak, abychom evokovali emoce:** Worden (2018) je toho názoru, že správné používání jazyka může stimulovat vzpomínky a evokovat důležité emoce, které pozůstalý potřebuje vyjádřit, prožít a integrovat. Rovněž je lepší hovořit a o zesnulém v minulém čase, což pomáhá v přijetí ztráty jako reality (opravdu se to stalo). Nabízejí se následující formulace: „Řekněte mi něco o dni, kdy váš blízký zemřel.

Řekněte mi o... něco víc, jaký to byl člověk? Povězte mi něco víc o době, kdy jste byli šťastní. Jaké problémy jste spolu museli ve vztahu řešit? Řekněte mi něco o jeho smrti, jak zemřel? Co vám posledního řekl? Kdy jste se viděli naposledy? Co je pro vás nejtěžší? Co vás nejvíc překvapilo? Co nebo kdo vám nejvíc pomáhá, kdo vám stojí nablízku?; Může být těžké dát druhým najevo své pocity, ale když to zkusíte, možná zjistíte, že to pomáhá.“

2. **Práce s biografií:** Špatenková (2023) uvádí, že pro poradce je důležité porozumět životnímu příběhu klienta a pochopit, jak svému životu rozumí. Biograficky orientovaný rozhovor je vždy přínosný, protože podporuje přijetí vlastní smrtelnosti. Yalom (2020) v této souvislosti poukazuje na akceptaci konečnosti, časovosti (pomíjivosti) všech jevů, tedy i života jako takového. Špatenková (2023) z praktického hlediska biografie doporučuje soustředit se na téma životních ztrát a klíčových životních událostí. Výhodná je v tomto ohledu práce s časovou osou nebo fotografiemi. V rozhovoru lze použít následující formulace: „Řekněte mi něco o sobě jako o člověku, o vašem životě. Řekněte mi něco o vaší rodině – jak smrt vašeho blízkého zasáhla ostatní? Co vám na zesnulém nejvíce chybí? Co vám na něm nechybí? Čím vás v životě zklamal?“
3. **Využívání symbolů:** Symbolika společného života je velmi často spojena s rodinnými fotografiemi. Worden (2018) doporučuje nechat pozůstalého přinést na sezení fotografie, které zesnulého zachycují, nebo dopisy či pohlednice, které psal, audio či video nahrávky. Pomocí těchto materiálů se dají velmi rychle evokovat emoce a rovněž nám pomohou zachytit a zvýraznit charakteristiku (smysl) vztahu mezi zesnulým a pozůstalým. Symboly lze rovněž využít při ukončování poradenského kontraktu. Špatenková (2023) nabízí techniku vypouštění balonu se vzkazem jako symbolu rozloučení (poslední poradenské setkání), případně je možné použít rozpustný papír nebo pálení.
4. **Psaní:** Špatenková (2023) uvádí, že pozůstalým můžeme doporučit, aby si své myšlenky a emoce týkající se truchlení zapisovali formou deníku. Užitečné mohou být také jiné literární formy jako básně, povídky atd. Záleží, zda je to klientovi blízké. Worden (2018) navrhuje pozůstalým, aby napsali pozůstalému dopis, v němž mu sdělí to podstatné – myšlenky,

emoce a všechno, co si nestihli povědět za života, co mezi nimi zůstalo otevřené, nedořešené. Dopis může mít také formu rozloučení se. S těmito materiály lze pak dále pracovat.

5. **Kresba:** Stejně jako psaní může i malování evokovat pocity či vzpomínky. Démuthová (2010) i Worden (2018) poukazují na velmi dobré výsledky kresebných technik u truchlících dětí. Kresba je méně náchylná k obranným zkreslením. Pomáhá facilitovat pocity, identifikovat konflikty. Skrze kresbu jednoduše řečeno vyplyne na povrch to, co je důležité. Existují rovněž konkrétní modely arteterapie, které jsou založeny na využití hudby, vizualizace a následné kresby (Turetsky, Hays, 2003; Špatenková, 2023).
6. **Práce s terapeutickými kartami:** V současnosti je populární facilitovat poradenský (terapeutický) proces skrze práci s předpřipravenými terapeutickými kartami. Záleží na odbornosti, zkušenostech a výcviku. Důležité je mít danou techniku vyzkoušenou. V ČR nabízí řadu terapeutických karet sdružení b-creative (<https://www.b-creative.cz/lektorske-a-terapeuticke-pomucky/>). Jedním z nabízených produktů jsou také terapeutické karty Ztráta a žal. Dobře se dá pracovat i s kartami Roads (Cesty), případně s kartami, které usnadňují práci s emocemi. Podobně mohou posloužit i plyšové postavy z filmu V hlavě, které znázorňují jednotlivé emoce a jejichž příběh je – zvláště dětem, ale i dospělým – dobře známý. V neposlední řadě můžeme zmínit i práci na terapeutickém písčovišti.
7. **Hraní rolí:** Prvky psychodramatu – hraní rolí jsou užitečné při skupinové práci, ale lze je využít i v rámci individuálního doprovázení. Díky hraní rolí získává klient nové dovednosti, dochází ke snížení úzkosti z neznámého.
8. **Kognitivní restrukturační:** Tato metoda slouží k tomu, aby si klient uvědomil, které myšlenky v něm vyvolávají nepříjemné emoce, prozkoumal jejich legitimitu a objevil alternativní myšlenky, které zmírní emoční dekompenzaci. Tato metoda má tři návazné kroky. Jedná se o identifikaci automatické negativní myšlenky, zpochybnění automatické negativní myšlenky a nalezení racionální odpovědi na automatickou negativní myšlenku. Blíže tuto metodu popisuje Praško et al. (2012). Zdrojem

automatických myšlenek jsou hlubší kognitivní struktury, které Beck (2005) nazývá schémata. Člověk si je vytváří na základě zkušeností. Pomocí nich potom hodnotí sebe, ostatní, svět, budoucnost. K určení dysfunkčního schématu mohou pomoci konkrétní otázky, které opakovaně klademe: A co je na tom nejhorší? nebo A co to říká o vás? Když dovedeme klienta k náhledu, že se ve svém prožívání a chování nechává strhnout určitým nevyřčeným předpokladem – kognitivním schématem (např. nezasloužím si nic dobrého; nikdo mě už nebude mít rád; nic dobrého mě už v životě nečeká atd.), můžeme začít jeho všeobecnou platnost relativizovat podobně jako při zpochybňování automatických myšlenek.

9. **Kniha vzpomínek (box vzpomínek):** Worden (2018) hovoří o možnosti vytvořit vzpomínkové album, které bude obsahovat příběhy, fotografie, básně či obrázky ze života zemřelého. Tento počín může pomoci vzpomínat, najít pro zemřelého nové (stálé) místo v životním příběhu rodiny. Truchlíci díky této technice mohou dosáhnout náhledu, že smrt jim nemůže vzít vše, co bylo s blízkým člověkem spojené, že dále mohou nést životem to, co mělo za společného života silný význam. Tento náhled (poznání) působí léčivě a zmírňuje žal. Špatenková (2023) danou techniku tvořivě doplňuje o tzv. archiv vzpomínek – krabici (vzpomínkový box), do níž pozůstalí uloží předměty, jež evokují vzpomínky. Čas od času se pak dá tento archiv vzpomínek vzít a znovu projít. Jeho vytváření i uchovávání má rovněž léčivý potenciál. Se vzpomínkovým boxem se dá pracovat také přímo na sezení s klientem.
10. **Aktivní imaginace:** Worden (2018) uvádí, že prožitkově silné jsou techniky aktivní imaginace či vizualizace zemřelého. Na tento způsob práce je nutné klienta dopředu připravit a mít je vyzkoušené nejlépe na sobě pod odborným dohledem. Pozůstalý si může díky aktivní imaginaci milovaného člověka vizualizovat, rozloučit se s ním, něco důležitého mu říci, požádat ho o radu atd. Stejný způsob práce skrze imaginaci nalezneme také v pojednání Kosové et al. (2014).
11. **Čtení knih:** Špatenková (2023) poukazuje na léčivý význam beletrie či poezie v době zármutku. Poradce může z vlastního portfolia takové četby nabídnout klientovi publikaci, ve které najde inspiraci, útěchu, poznání

či katarzi. Užitečné mohou být rovněž odkazy na weby či internetové portály.

12. **Rodinné rituály:** Pomáhají udržet pocit sounáležitosti a kooperaci, zmírňují emocionální bolest zármutku. Mají jednak praktický význam pro vzájemnou pomoc při řešení problémů a jednak také význam emocionální – sdílení, dodávání odvahy. Poradce pro pozůstalé může rovněž pomoci vytvořit individuální rituál, který vyhovuje konkrétnímu klientovi. V praxi se podle Špatenkové (2023) osvědčilo vytvoření tzv. pamětního místa doma, kde je uložena fotografie zesnulého s několika předměty, které ho připomínají.
13. **Vzpomínkové akce:** Pozůstalý se může zapojit do skupinových činností konkrétní komunity, která je k dispozici, a poradce pro pozůstalé ho může k takové aktivitě inspirovat. Jedná se o vzpomínkové akce iniciované komunitou, náboženskou skupinou, svépomocnou skupinou, církví atd.

Worden (2018) i Frankl (2022) jsou toho názoru, že při práci s pozůstalými je důležité uvědomovat si hodnoty, na kterých stojí náš profesní život, když se setkáváme s různými formami utrpení. Citovaní autoři nabízí v tomto směru tři vodítka: solidaritu, úctu (respekt) a pravdivost. Důležité je nabídnout pozůstalým plnou pozornost (tady a teď) a podporu, naslouchat jejich příběhům se soucitem bez hodnocení. Podporovat pozůstalé k přijetí aktivní role. Nabídnout jim bezpečné místo. Pomoci jim s plánováním každodenního života. Vyjádřit důvěru v jejich schopnosti čelit ztrátě a dalším životním výzvám. Ujistit je, že nemusí zvládnout všechno najednou, že vše má svůj čas i místo. Pomoci jim identifikovat jejich silné stránky a zároveň faktory, které průběh truchlení komplikují, a nabídnout či pomoci dojednat adekvátní službu (terapeutickou, psychiatrickou, sociální, právní, lékařskou atd.).

9.4 Psychoterapie pro pozůstalé (terapie zármutku)

Psychoterapie pro pozůstalé je vhodná tehdy, pokud pracujeme s komplikovanými formami zármutku. Worden (2018) je toho názoru, že cílem terapie je identifikovat a vyřešit separační konflikty, které jsou v pozadí a brání

normálnímu průběhu truchlení. Řešení těchto konfliktů od klienta vyžaduje, aby prožíval pocity a myšlenky, jímž se vyhýbal. Terapeut poskytuje v tomto směru bezpečné prostředí a podporu. Vytváří prostor pro truchlení, který v čase ztráty chyběl. Čím větší je konflikt se zesnulým (např. problematický vztah) nebo čím silnější byla vazba na zesnulého, tím více odporu budeme při terapeutické práci nuceni zvládat.

Yalom (2020) uvádí, že v každé úspěšné psychoterapii je potřeba odpor monitorovat a pracovat s ním jako s běžnou součástí terapeutického procesu. Jedním ze způsobů, kterým klient komunikuje odpor, je to, že přejde od jádra věci k tématu, které s truchlením nesouvisí. V takovém případě má terapeut připomínat klientovi smysl terapie (kontrakt – zakázka) a zkoumat to, čemu se klient snaží vyhnout.

Psychoterapeutická práce s pozůstalými má většinou formu individuálních sezení jednou týdně. Důležité je uzavřít s klientem jasný kontrakt (zakázka), který je časově ohraničený. Prigerson et al. (2021) hovoří o 8 až 10 sezeních, na kterých se zkoumají současné potíže s ohledem na vztahovou ztrátu. Worden (2018) je toho názoru, že tento časový rámec v řadě případů stačí ke zlepšení klientova stavu, a následně je možno s daným člověkem pracovat podle poradenských kritérií. Je důležité mít na paměti, že při krátkodobé (časově ohraničené terapii) musí být terapeut zkušený a musí udržovat fokusované sezení.

Příležitostně se můžeme potkat s psychopatologickými reakcemi, které jsou dramatické povahy (viz kapitola 8) a vyžadují delší léčbu podle standardních psychiatrických postupů. Rovněž terapeuti, kteří s klienty realizují dlouhodobou, systematickou psychoterapii, někdy objeví nevyřešené téma zármutku, stojící v pozadí současných potíží, a v tomto případě realizují terapii zármutku v rámci dlouhodobé psychoterapie.

Problematiku komplikovaného truchlení jsme přiblížili v osmé kapitole. Nyní pouze připomínáme, že komplikované formy truchlení se mohou manifestovat jako chronický zármutek, odložený zármutek, excesivní zármutek a maskovaný zármutek. Rovněž je potřeba upozornit na terminologii DSM-5-TR a ICD 11, kde je uvedena diagnostická kategorie Porucha protrahovaného truchlení (Prolonged grief disorder – DSM-5-TR, ICD 11). V české odborné terminologii MKN-11 se prozatím pracuje s ekvivalentním

pojmem Prodloužené truchlení (možná synonyma Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek).

Před zahájením níže popsaného postupu terapeutické práce považujeme za vhodné zdůraznit, že z hlediska bezpečí pro klienta je podstatné identifikovat, zda se v případě konkrétního prožívání nemůže jednat o souběh traumatu a truchlení. To by následně mělo vést v kontextu pracovních hypotéz k vyloučení takových postupů, které by způsobovaly retraumatizaci konkrétních pozůstalých (Regehr, Sussman, 2004).

9.4.1 Doporučený postup terapie podle Wordena (2018) a Špatenkové (2023)

1. **Vyloučit tělesné onemocnění:** Pokud klient popisuje zdravotní problémy, je vždy důležité vyloučit chorobu. Nabízí se úvaha o možné somatizaci, která je vzhledem k povaze truchlení pochopitelná a u řady pozůstalých se s podobnými projevy můžeme setkat – stresová reakce se manifestuje tělesně. Přesto bychom nikdy neměli realizovat poradenství či psychoterapii, dokud lékař nevyloučí tělesné onemocnění!
2. **Uzavřít kontrakt (zakázku) a budovat terapeutický vztah:** Klient musí souhlasit se zkoumáním vztahové ztráty (prozkoumat vztah se zemřelým) a musí pochopit, že vzhledem k jeho současnému stavu je to užitečné – žádoucí. Někteří pozůstalí potřebují v tomto směru více edukace. Pokud uvažujeme o krátkodobé intenzivní psychoterapii (8 až 10 sezení), je zakázka nutná a fokusujeme se pouze na ni.
3. **Vyvolat vzpomínky na zemřelého:** Nutné je znovuoživit vzpomínky na zemřelého, na společně prožité chvíle. Kdo to byl, jaký byl, jaké byly společné zážitky, společný příběh? Na začátku je důležitá pozitivní konotace (pokud je to možné). Je důležité, abychom měli odrazový můstek pozitivních vzpomínek, který později pomůže při konfrontaci s negativními emocemi. Tento základ umožní, abychom později mohli přejít ke vzpomínkám a emocím, které působí bolest, zklamání, hněv, bezmoc, vinu, stud atd. (Co vám na něm nejvíce chybí? Co vám na něm nechybí? Je něco, čím vás zklamal?). Pokud pozůstalý pociťuje na začátku terapie

k zemřelému pouze negativní pocity, doporučuje Špatenková (2023) postupovat obráceně a následně se pokusit oživit alespoň několik pozitivních vzpomínek a emocí. Pokud byla ztráta vícenásobná, je nutné se zaobírat každou zvlášť. Nejprve je nutné zkoumat tu méně významnou – méně komplikovanou.

4. **Zjistit, který úkol truchlení nebyl dokončen:** Pokud terapeut zjistí, že nebyl dokončen první úkol truchlení (přijmout ztrátu jako realitu), zaměřujeme se na fakt, že člověk je mrtvý a že pozůstalý bude muset tuto realitu akceptovat – na ověření reality a získání náhledu. Je důležité prozkoumat dimenze ztráty, které ztěžují přijetí tohoto faktu. Pokud se těžkosti týkají druhého úkolu (prožít zármutek – zpracovat bolest ze zármutku), terapie se zaměřuje na možnost bezpečného prožívání pozitivních i negativních emocí vůči zemřelému, přičemž tyto pocity je nutné postupně vyvažovat. Pokud problém souvisí s třetím úkolem truchlení (přizpůsobit se světu bez zemřelého – vnějškově, vnitřně, spirituálně), klient se může v terapii učit nové strategie a získávat odvahu (změnit postoj) k překonávání překážek ve vnějším světě – učit se novým dovednostem a rolím. Celkově by mělo dojít také k přehodnocení jeho dosavadní životní filozofie (životní smysl). Klientův zápas se čtvrtým úkolem truchlení (přesměrovat city a investovat do jiných vztahů) je vyřešen v okamžiku, kdy sám sobě dovolí žít dál a najde bezpečné a trvalé spojení se zesnulým (nové vztahy již nejsou urážkou zesnulého). Terapeut pomáhá toto trvalé a bezpečné spojení nalézt a navíc podporuje klienta v investicích do dalších vztahů.
5. **Zaměřit se na emoce či nedostatek emocí:** Vzpomínky na zesnulého by měly vyvolávat emoce. Zkoumáme jejich kvalitu, intenzitu. Problém je, pokud emoce chybí nebo jsou pouze intenzivně pozitivní či negativní. V úvodu terapie je důležité, aby terapeut klientovi dovolil zesnulého popisovat a vzpomínat na něj tak, jak potřebuje, jak se to spontánně děje. Jsou-li přítomny pouze pozitivní vzpomínky a pocity, dřímají pod povrchem emoce opačné – nevyjádřené. Postupně se v terapii objeví, klient je začne prožívat a komunikovat. Když je identifikujeme, pozůstalý potřebuje také zakusit, že negativní pocity a vzpomínky nebudou negovat to dobré, co ve vztahu se zesnulým existovalo. Pomáháme budovat náhled,

že negativní emoce existují právě proto, že vztah se zesnulým byl důležitý. Nejčastějším negativním pocitem je hněv. Důležité je, aby ho klient dokázal vyjádřit, a terapeut musí pomoci s jeho integrací – pomáhá s porozuměním a přijetím tohoto pocitu, klient objevuje jeho smysl. Pokud pocit hněvu pouze vyplyne na povrch, riskujeme, že pozůstalý na tom bude hůře než před začátkem terapie. Dále se můžeme jednat o prožitek viny. Yalom (2020) ji klasifikuje jako iracionální, existenciální a reálnou. Pokud se s vinou setkáme, je nutné postupné testování realitou, které ve většině případů ukáže její iracionalitu, a tak dojde ke kognitivnímu přehodnocení. Některé pocity viny jsou ovšem reálné. Potom je nutné v terapii hledat možnosti, jak dojít mezi klientem a zesnulým k odpuštění. Techniky, které to umožňují, jsou založené na hraní rolí nebo imaginaci. V některých případech (např. smrt za dramatických okolností; narušený vztah se zesnulým) se může pozůstalý zaměřovat pouze na negativní aspekty. V takovém případě je cílem umožnit klientovi dostat se postupně i k pozitivnímu náhledu na zesnulého – vzpomínky, emoce. Než k tomu dojde, může klient potřebovat zaměřit se na nejtěžší obrazy události prostřednictvím vystavení se situaci v představách (systematická desenzibilizace), při čemž dochází k postupnému snížení emoční bolesti. Worden (2018) doporučuje v některých případech použít techniku EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing – Desenzibilizační terapie využívající pohyb očí). Jedná se o komplexní, integrativní psychoterapeutickou léčbu, která pomáhá zotavit se z problémů vyvolaných traumatickými událostmi. V terapii můžeme narazit také na pocit trapnosti – studu. Pokud klient utrpěl ztrátu před několika roky a teprve nyní se s ní v terapii snaží vyrovnat, objevují se u něj aktuálně symptomy truchlení, které nemusí být pro širší sociální okolí pochopitelné (akceptovatelné). Pomáhá, když klienta upozorníme, že se s takovými reakcemi může potkat, a pomůžeme mu s informováním jeho nejbližších. V každém případě je důležité, aby terapeut pomohl klientovi najít způsob vyjádření (a integrování) pro jakékoli emoce, které se objeví.

6. **Prozkoumat asociační předměty a zmírnit jejich význam pro zemřelého:** Při terapii zármutku se můžeme setkat s případy, ve kterých hrají důležitou roli předměty se specifickou symbolikou. Pozůstalý je uchovává,

protože mu pomáhají v udržování vztahu se zesnulým, mají pro něj velký význam a jsou s nimi spojeny silné emoce. Špatenková (2023) je toho názoru, že terapeut by měl zjistit, jaké předměty si pozůstalý po smrti blízkého člověka ponechá. Nutné je rozlišit, zda se jedná o věci na památku, či o předměty asociační. U asociačních předmětů hrozí, že v případě jejich ztráty vznikne u pozůstalého intenzivní stav úzkosti či paniky. Pozůstalý se bez nich nedokáže obejít a většinou je má stále při sobě, nebo potřebuje vědět, kde se takový předmět nachází. Worden (2018) doporučuje, aby si klienti asociační předměty vzali s sebou do terapie. Pomáhají facilitovat truchlení a určit hlavní konflikty, které způsobily komplikace. Pokud se terapie daří, klienti spontánně tyto předměty odloží, obejdou se bez nich, najdou pro ně adekvátní místo, emoční náboj s nimi spojený již není tak silný – stávají se z nich věci na památku.

7. **Pomoc s uznáním definitivnosti ztráty:** Někteří pozůstalí nejsou schopni uznat konečnost ztráty a udržují naživu myšlenku, že úmrtí jejich blízkého není definitivní – drží se nerealistické naděje na shledání. Terapeut by jim měl pomoci zjistit, proč tomu tak je. Takovému jevu zavdává příčinu především neočekávané úmrtí, kde pozůstalí neviděli tělo.
8. **Zaměřit se na nový život bez zesnulého:** Worden (2018) doporučuje techniku, při které klienta žádá, aby si představil, co by pro sebe chtěl, kdyby jeho zármutek někdo kouzlem odstranil. Na tuto představu lze navázat pojmenováním nových životních cílů a vytvořením nového životního rámce. Užitečné je také nechat klienty zkoumat fantazie o tom, jaké by to bylo, kdyby ukončili truchlení, a co by to pro ně znamenalo. O co by přišli, kdyby se vzdali zármutku? Řada z pozůstalých odpoví, že se obávají zapomenutí. Tito lidé potřebují najít způsob, jak vytvořit trvalé spojení se zesnulým a vhodně uctít jeho památku. Jiní lidé se obávají, že když se vzdají zármutku, okolí si bude myslet, že jim na zesnulém nezáleželo. Tento postoj je potřeba podrobit testování reality.
9. **Prozkoumat a zlepšit sociální vztahy:** Nutné je zkoumat zklamání ve vztahu k přátelům, k němuž pozůstalí došli v důsledku truchlení. Je důležité klienta povzbudit k tomu, aby znovu začal přátele kontaktovat a také aby ve svém životě vytvořil prostor pro vztahy nové. Problematické může být, pokud byly vztahy pozůstalého narušené či menší kvality,

než by chtěl či potřeboval, již před úmrtím. Pak je důležité věnovat pocitům osamělosti větší prostor.

10. **Přivést pozůstalého ke konečnému rozloučení:** Špatenková (2023) je toho názoru, že na konci terapie by měl klient dospět k bodu, kdy se může rozloučit definitivně (Už je to tak, chci tě nechat jít; Chci ti dát sbohem; Chci se s tebou rozloučit). Při vyslovení podobné věty dochází u klientů k úlevě. Důležité je nechat rozhodnutí zcela na klientovi, je pouze vhodné se dotázat, zda je na podobný krok připraven.

9.4.2 Techniky terapie zármutku

Při terapii zármutku lze využít řadu terapeutických prostředků. Zmiňme například techniku „prázdné židle“, která pochází z dílny gestalt terapie. Podle Wordena (2018) je důležité, aby klient hovořil přímo k zesnulému v přítomném čase. Pozůstalý si představuje, že sedí proti němu (prázdna židle), a vede s ním dialog, hovoří k němu. Klient může mluvit o svých myšlenkách, pocitech, dřívějších událostech atd. Důležité je načasování a příprava klienta k takové akci. Tato technika pomáhá především uzavřít nedokončené záležitosti, umožňuje zvládání pocitů hněvu, viny, smutku atd. Účinnost techniky lze zvýšit tak, že necháme klienta měnit židle, kdy chvíli hovoří za sebe a následně za zesnulého. Rovněž lze využít fotografii zesnulého, ke které klient hovoří podobným způsobem, jaký byl popsán výše.

Podobně lze využít práci s fotografiemi, které zachycují delší časové období vzájemného vztahu. Klient přinese na sezení fotografie, rozloží je na stole a sám či s podporou terapeuta začne vyprávět příběh o zesnulém a o vzájemném vztahu s ním. Takto se můžeme dostat k důležitým událostem, emocím, charakteristice vztahu, vzpomínkám atd.

V terapii zármutku lze využít i tzv. domácí úkoly. Na sezení požádáme klienta, aby příště donesl dopis, který zesnulému napíše. Takovýto list může být koncipován jako tzv. dopis vděčnosti nebo prostě jen dopis o tom, jak se mu nyní vede, co je pro něj těžké atd. Následně na dalším sezení požádáme pozůstalého, aby tento dopis přečetl nahlas. Domácím úkolem může být i nabídka monitoringu myšlenek a emocí. Klient se tak učí zaznamenávat

různé spouštěče bolestných emočních stavů, což mu umožní se jim příště vyhnout nebo se na emoční bolest alespoň lépe připravit.

Použitelná je v tomto kontextu také logoterapeutická technika dereflexe, kterou můžeme na výše uvedený monitoring navázat. Podrobně ji popisují Kosová et al. (2014) nebo Frankl (2022). Dereflexe působí změnu v zaměření pozornosti ve prospěch smysluplného cíle. Pokud člověk realizuje přehnané sebepozorování, objeví se fixace na duševní procesy (myšlenky, emoce) nebo somatické projevy (bolest, bušení srdce atd.). Tato hyperreflexe narušuje přirozený způsob prožívání. Pokud klient přehnaně fixuje pozornost na emoci, myšlenku nebo tělesný projev, zvyšuje se pravděpodobnost úzkostného prožívání, které daný symptom ještě prohloubí. Dochází tak k uzavření bludného kruhu cirkulární kauzality. Doporučený postup při aplikaci dereflexe je následující: vysvětlení souvislosti hyperreflexe a vzniku symptomu; hledání smysluplného obsahu; vypracování alternativního katalogu pro situace, které spouštějí hyperreflexi; úkol vyzkoušet si v zátěžové situaci jednu alternativu z vypracovaného katalogu možností; pozorovat, jak účinkuje a jak hodnotná změna v prožívání přichází – pozornost se zaměřuje na ztvárnění alternativního nápadu; opakování dereflexe, což vede ke stabilizaci prožívání (obnovení kontroly nad prožíváním).

Užitečné mohou být rovněž techniky založené na aktivní imaginaci. Nutné je, aby si klient osvojil základní relaxační postup, důvěřoval terapeutovi a byl dopředu instruován, jakým způsobem bude cvičení probíhat. Při aktivní imaginaci je možné klienta přivést k rozloučení se zesnulým, zesnulý může být tím, kdo udílí radu, v rámci aktivní imaginace může být něco dokončeno – dopovězeno atd.

Worden (2018) popisuje práci se sny. Pokud je tento přístup terapeutům blízký, mohou ho využít. Je užitečný v terapii i poradenství. Sny mohou přinášet cenný materiál, který je předmětem následujících sezení, mohou způsobit emoční úlevu, změnu v postojích klienta, životní přehodnocení atd. Vždy je nutné se klienta doptávat, jak snu rozumí. Výhodnější je vždy pracovat se sérií snů.

Psychoterapii pozůstalých může realizovat pouze vyškolený odborník s dokončeným komplexním psychoterapeutickým výcvikem a supervizní zkušeností. Výše uvedené techniky autority v oboru doporučují jako vhodné

pro naši cílovou skupinu, nicméně podle individuálních terapeutických zkušeností je možné využít to, co se konkrétním terapeutům osvědčilo v praxi. Vždy je důležité načasování a především pevnost terapeutického vztahu. Bez této komponenty nebude fungovat žádná terapeutická technika sama o sobě.

9.5 Pastorační péče o pozůstalé

Smyslem tohoto krátkého vstupu je spíše poukázat na to, co již bylo výše naznačeno, a sice že prožívané truchlení může vyvolat potřebu podpory také v oblasti spirituality, která může, ale také nemusí být spojována s konkrétní církví.

Podporu v oblasti spirituality je možné realizovat v rámci jednotlivých výše uvedených přístupů, tak jak na to v oblasti psychoterapie upozorňuje Pargament (2011). V takovém případě se pak často mluví o spirituálně citlivých intervencích, či o integraci spirituality v rámci celostní péče o člověka.

Jak uvádí Hodge (2013), možnost zacházení s oblastí spirituality ovšem do velké míry závisí na připravenosti odborníků. Při nedostatečné důvěře ve vlastní dovednosti při zacházení s touto oblastí v konkrétních životech jednotlivých pozůstalých tak může být vhodné vědět, na koho konkrétního klienta delegovat (Opatrný et al., 2024).

Tavares et al. (2022) upozorňují na to, že v oblasti podpory duchovní stránky lidské existence je možné rozlišovat spirituální komfort (spiritual comfort), spirituální podporu (spiritual support) a spirituální péči (spiritual care). Velmi zjednodušeně řečeno lze spirituální komfort chápat jako takový druh intervencí, který má sloužit k zajištění podpory naplňování spirituálních potřeb tam, kde je jejich naplňování komplikováno spíše vnějšími okolnostmi (např. hospitalizací). Mezi spirituální podporou a spirituální péčí se pak rozdíl jeví v komplexitě intervencí, přičemž spirituální péče je chápána jako komplexnější a často opřená o realizaci v multidisciplinárním týmu.

Teologickou odezvou – v křesťanském slova smyslu – na potřebu spirituální podpory je obor, který je v posledních letech souhrnně označován jako poimenika nebo také pastorační péče. Obecně je možné nad tímto přístupem

uvažovat jako nad podporou duchovní oblasti u těch, kteří zažívají různorodé potíže či trápení (Kolář et al. 2024).

V kontextu pozůstalostní péče je potřeba upozornit na to, že nedílnou součástí pastorační péče je také hledání rovnováhy mezi potřebami a možnostmi konkrétních pozůstalých a teologicky adekvátní interpretací situace (Schipani, 2022). To je potřeba při delegaci vzít v potaz především proto, že je vhodné směřovat případně pozůstalé k rukám těch pastoračních poradců a poradkyň, kteří potřebu zmíněného hledání rovnováhy berou vážně. Kromě toho se ale také rozvíjí tzv. sekularizovaná podoba spirituální péče, kterou realizují ti, jež sami sebe chápou jako nenáboženské osoby (Lawton, Anderson, Cadge, 2023).

10

Možnosti distanční pozůstalostní péče

Poradenská či terapeutická práce s klientem, kterému zemřel někdo blízký, evokuje představu setkání tváří v tvář v prostředí k tomu určenému – pracovna, poradenská místnost, kontakt v terénu při katastrofické události atd. Nicméně jak upozorňují Špatenková (2023) a Jochmanová et al. (2022), v současnosti je možnost nabízené pomoci rozmanitější a především s dostupností informačních technologií se objevují příležitosti k jejímu přesunu do virtuálního prostředí. Rovněž je nutné poznamenat, že právě krizová intervence má v tomto ohledu dlouhou tradici a její distanční poskytování skrze telefonický kontakt či internet (chatování) je běžné již řadu desetiletí (krizové linky, linky důvěry, linky bezpečí atd.).

Internet nabízí nejen snadný přístup k informacím, ale také dostupnou formu komunikace s kýmkoliv na světě. Příchod pandemie covid-19 podpořil už tak výrazný nárůst počtu aktivních uživatelů této technologie, neboť naprostá většina vzdělávacích zařízení, firem a jiných institucí se přesunula do online prostředí. Nejinak tomu bylo s poradenskou a terapeutickou péčí o klienty různého druhu. I do budoucna je potřeba počítat s riziky, jež nastolí podobné výzvy, jako byla pandemie covid-19, tudíž se optimalizace online poskytované psychosociální podpory (krizová intervence, poradenství, psychoterapie) jeví více než nutná.

Psychosociální (spirituální) formy pomoci pozůstalým mohou být tedy nabízeny distančně prostřednictvím telefonu či internetu (videokonference, chatování). Jde o to, aby se je poskytovatelé této péče nebáli využívat, naučili se s nimi zacházet a využívali je ku prospěchu svých klientů. Je potřeba říci, že realizace krizové intervence, poradenství či psychoterapie online formou má své výhody i nevýhody.

V důsledku prudkého technologického rozvoje došlo obecně k rozšíření poskytovaných psychologických služeb. V této souvislosti proto nyní hovoříme o fenoménech jako e-terapie, e-poradenství, cyberterapie či teleterapie. K masivnímu využívání této formy kontaktu došlo, jak bylo uvedeno výše, zejména v době celosvětové epidemie nemoci covid-19. To také vedlo ke změně názoru u mnoha psychologů, kteří dříve tento postup nevyužívali. Současně přibývá výzkumů zabývajících se touto formou pomoci a souvisejícími fenomény – zdánlivá anonymita kontaktu, identita a utváření dojmu, vyjadřování emocí v kyberprostoru a problematika etiky v kyberprostoru (Richards & Viganó, 2013; Maher et al., 2022).

Využívání online komunikace pro terapeutické či poradenské účely začalo v polovině 90. let 20. století v důsledku rozvoje počítačového softwaru a hardwaru, internetu a komunikačních technologií umožňujících vzdálenou interakci. Zpočátku dominovaly textové formy, netextové komunikační prostředky využívající přenos obrazu a zvuku začaly být používány později, až když se tyto technologie staly dostupnějšími.

Navzdory kritice od svého počátku různé psychologické intervence zprostředkovávané technologiemi vzkvétaly, což je pravděpodobně způsobeno několika faktory, mezi něž patří zvyšování přijatelnosti internetu jako legitimního sociálního nástroje, vývoj počítačového hardwaru a softwaru (snadné použití, ochrana soukromí a možnosti online komunikace), vývoj etických směrnic pro práci v online prostoru, rostoucí výzkum a zavedení online školení pro profesionály (Barak, Klein & Proudfoot, 2009).

Online psychosociální podporu můžeme definovat jako poskytování poradenských či terapeutických intervencí v kyberprostoru, kdy je komunikace mezi vyškoleným odborníkem a klientem zprostředkována pomocí komunikačních technologií. Online poradenství či psychoterapie jsou

poskytovány jako samostatná služba nebo jako doplněk k jiným terapeutickým intervencím (Richards & Viganó, 2012).

Někteří badatelé (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva, 2003) se domnívají, že online psychosociální pomoc je převedením poradenství či terapie tváří v tvář do online prostoru skrze technologie, které zprostředkovávají terapeutickou komunikaci a mají své výhody i určitá omezení. Jiní (např. Fenichel et al., 2002) jsou toho názoru, že online kontakt s klientem by měl být považován za nový typ terapeutické intervence, a proto potřebuje jiný teoretický rámec než tradiční způsob práce. Z této perspektivy jsou online poradenství či psychoterapie považovány za nový, všestranný a flexibilní přístup s potenciálem doplňovat a podporovat jiné typy intervencí. V současnosti ale převládá názor, že teleterapie (poradenství) může být ve většině případů plnohodnotnou náhradou kontaktů tváří v tvář, i když má některá dílčí specifika. To souvisí také se skutečností, že došlo k prudkému rozvoji digitálních kompetencí nejen u mladých lidí, ale i u dalších skupin populace. Rovněž hardware je finančně mnohem dostupnější a uživatelsky přívětivější než dříve (Maher, Reilly, Smith, Coyne, Murphy & Wilson, 2022).

Využití internetové komunikace pro terapeuticko-poradenské účely se neliší od jiných způsobů mezilidské online interakce, například e-mailu, okamžitého zasílání zpráv (např. MSN Live Messenger, ICQ) nebo chatování. Vzhledem k tomu, že tyto komunikační prostředky lze využít pro odborné poradenství, jejich použití by mělo být vázáno určitými pokyny a pravidly, aby se zabránilo zneužití nebo odchylce od toho, co se očekává od konstruktivního profesionálního vztahu (Kraus, 2004).

Online mohou být aplikovány hlavní terapeutické přístupy, například dynamické, kognitivně-behaviorální, existenciální, zaměřené na klienta, narativní a další. Online kontakt může probíhat jak skupinově, tak individuálně, nicméně je třeba zdůraznit, že vést v online prostředí skupinovou terapii je komplikovanější a náročnější a ukázalo se, že online práce se skupinou se více hodí k poskytování emoční podpory než pro terapii (Barak, Boniel-Nissim & Suler 2008; Barak, Klein & Proudfoot, 2009).

10.1 Informačně-komunikační technologie a možnosti jejich využití v distanční formě kontaktu s klientem

Online komunikace je realizována prostřednictvím sociálních médií a různých komunikačních platforem. Základní dělení online komunikace rozlišuje tři primární formy – textovou, hlasovou a videokomunikaci. Mezi textovou formu patří e-maily, chatovací aplikace a instant messaging, SMS, MMS a RCS. Do hlasové formy online komunikace řadíme VoIP telefonii a chatovací aplikace s podporou hlasových zpráv a hovorů. Video komunikaci zajišťují chat aplikace s podporou video hovorů a videokonferenční software. Zařadit sem ale můžeme i live videostreaming, ačkoliv jde pouze o jednostrannou online komunikaci. Online poradenství či psychoterapie umožňuje klientovi kontaktovat poradce kdykoliv a z jakékoli vzdálenosti z pohodlí domova (nebo jiného místa). Tento způsob tak může nahradit tradiční osobní schůzku v konkrétní čas na konkrétním místě.

Pro mezilidskou komunikaci prostřednictvím internetu existují různé technické možnosti, které zahrnují čtyři základní komunikační modality: individuální nebo skupinový kontakt pomocí synchronního (chat a videokonference) nebo asynchronního (e-mail) komunikačního režimu (Barak, Klein & Proudfoot, 2009). Lze využít kombinaci synchronního a asynchronního režimu. V některých případech se využívá také online poradenská forma asynchronní zpětné vazby po psychoterapeutickém sezení, u které bylo prokázáno, že zlepšuje výsledky léčby (Newman, Szkodny, Llera & Przeworski, 2011; Richards & Richardson, 2012; Richards & Viganó, 2013).

Pro online komunikaci s klientem lze využít následující prostředky (citováno volně podle Metodiky videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb, 2022):

1. **Mobilní telefony, smartphony** (chytré telefony), **pevné linky** a internetová telefonie (IP telefonie, VoIP – Voice over Internet Protocol), která umožňuje přenos digitalizovaného hlasu v rámci počítačové sítě. Jelikož je komunikace prostřednictvím telefonu značně rozšířená a jednoduchá, hodí se pro práci se seniory, lidmi s hendikepem atd.

2. **Chat** je služba umožňující komunikaci s jiným uživatelem sítě (nebo skupinou uživatelů) v reálném čase, přičemž je možné využít formu textových zpráv, zvukových nahrávek, případně videa. Uživatel má zároveň přehled o tom, zda je ten, s kým komunikuje, k dispozici. Velká část komunikace prostřednictvím chatu probíhá na sociálních sítích (např. Instagram Direct, Facebook Messenger atd.). Chat dává možnost si odpověď lépe promyslet, nicméně psaná odpověď zabere více času. Zvukové zprávy v tomto mohou představovat určitou výhodu, jelikož je rychlejší zprávu nahrát než ji napsat.
3. **SMS** neboli textové zprávy jsou poměrně levným a snadno dostupným prostředkem elektronické komunikace, nevýhodou ale může být jejich omezená délka (maximálně 160 znaků). Z tohoto důvodu se spíše využívají v rámci organizace setkání, a ne při sezení samotném.
4. **Aplikace**, mezi které můžeme zařadit WhatsApp, Viber, Signal, Telegram, iMessage/FaceTime atd. Většina aplikací propojuje funkce chatu s internetovou telefoní, kdy je na posílání zpráv a volání (zvuk, nebo i video) používáno internetové připojení telefonu.
5. **E-mail** (elektronická pošta) je jednou z nejrozšířenějších forem elektronické komunikace, o čemž svědčí také to, že většina lidí dnes má založenou e-mailovou schránku. V rámci poradenství/terapie se e-mail často používá hlavně při prvním kontaktu s klientem.
6. **Videokonferenční kontakt** je pojednán samostatně, neboť se ukazuje jako relevantní ekvivalent kontaktu přímého (tváří v tvář). Výše uvedené metody však mohou videokonferenční kontakt doplnit a posloužit zejména v případě, že dojde k technickým problémům při spojení.

10.1.1 Videokonferenční kontakt

Videokonferenční kontakt umožňuje účastníkům vést vizuálně interaktivní online setkání pomocí videokamer a díky tomu se nejvíce blíží přímému kontaktu tváří v tvář. Na rozdíl od konvenční telefonní komunikace, kde jsou zúčastněné strany omezeny pouze na to, aby se navzájem slyšely, videokonferenční kontakt využívá ke komunikaci zvuk i video, což umožňuje

účastníkům vidět a slyšet jeden druhého, jako by byli ve stejné místnosti (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva, 2003).

Videokonferenční kontakt může být nápomocný zejména v odlehlých oblastech, kde často dochází k tomu, že klienti nejsou dostatečně léčeni a pomoc je jim poskytována jen v naléhavých případech. Kromě toho může poskytnout příležitosti pro klinickou konzultaci, posouzení, diagnostiku, dohled, domácí zdravotní péči, evidenci léků, další vzdělávání a administrativní kontrolu. Akceptace videokonferenčního kontaktu je tak ze strany klientů vysoká (Jerome & Zaylor, 2000).

Mezi základní vybavení pro videokonferenční kontakt patří v první řadě počítač (notebook/tablet, případně chytrý telefon) – vše s kamerou. Většina výše uvedených moderních zařízení má vestavěný mikrofon, nicméně stolní počítač vyžaduje připojení externího mikrofону (pokud již není součástí připojené externí web kamery). Důležitý je také vhodný operační systém a kvalitní připojení k síti. Dále je nutné využít některé z videokonferenčních platform. Jako příklad neznámějších a nejpoužívanějších videokonferenčních platform lze uvést Zoom, Microsoft Teams, Skype, Webex Meetings a Google Meet. Existují také volně dostupné open-source platformy s volně přístupným zdrojovým kódem, např. Jitsi Meet (viz Metodika videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb, 2022).

Jerome a Zaylor (2000) popsali rozdíly mezi poskytováním poradenství či psychoterapie přes interaktivní televideo (videokonference) a konvenční psychoterapii tváří v tvář. I když autoři identifikovali několik rozdílů (např. pomalejší tempo komunikace, rozdíly ve vnímání hloubky, mezilidskou vzdálenost) mezi těmito dvěma přístupy, došli k závěru, že neexistuje dostatek důkazů, které by umožňovaly vyvodit, zda má videokonferenční podoba terapie spíš pozitivní, nebo negativní dopad. Naopak je pravděpodobné, že některé z charakteristik videokonference mohou posilovat psychoterapeutický proces. Také se ukázalo, že videokonferenční kontakt umožňuje přenos sociálních a afektivních podnětů, ačkoliv se nejedná o setkání tváří v tvář.

10.2 Kompetence pro práci s klientem v online prostoru

1. **Technologické kompetence:** Poskytovatelé i klienti by měli mít středně pokročilé znalosti práce na počítači, včetně dovedností práce se základním počítačovým softwarem. Někteří autoři výzkumů poukazují na to, že technologické problémy se v poradenských či terapeutických sezeních ukázaly jako nejkritičtější (Court & Winwood, 2005; Haberstroh, 2009). Klient by měl být schopen využívat internet a měl by být s tímto médiem obeznámen. Poskytovatelé i klienti, kteří si dokážou poradit s některými problémy týkajícími se hardwaru a softwaru, mohou usnadnit proces terapeutické či poradenské práce v online prostoru. Poskytovatelé rovněž mohou v rámci zkvalitnění svých služeb nabízet odkazy na online zdroje, které obsahují návody, jak řešit běžné technické problémy. Některé zahraniční organizace doporučují screening počítačových dovedností klienta jako součást počátečního rozhovoru. Tento typ screeningu je možné realizovat například prostřednictvím vyplnění krátkého dotazníku (Haberstroh, 2009). Nestabilita připojení je ovšem problém, který je jen omezeně řešitelný. Výpadky připojení přitom mohou zásadně ovlivňovat průběh sezení. Pokud se tyto problémy objeví, je třeba volit takové aplikace, které jsou méně náročné na objem přenášených dat. Situaci také může napomoci vypnutí přenosu obrazu, což ale nelze doporučit jako dlouhodobé řešení. Také je vhodné domluvit se na eventuálním využívání méně náročných postupů, které umožní alespoň omezený kontakt v případě výpadku videokonference.
2. **Profesionální kompetence:** Jednou ze základních profesionálních kompetencí je schopnost pracovat v online prostředí v rámci právní, profesionální a etické normy. Mezi profesionální kompetence můžeme zařadit například znalost a schopnost identifikovat právní a etické výzvy, reagovat na ně a řešit je; schopnost posuzovat a monitorovat vlastní úroveň kompetencí ve vztahu k online či telefonickému kontaktu či schopnost identifikovat mezery ve vlastních kompetencích. Důležité je nastavit terapeuticko-poradenský rámec a vhodné chování v rámci terapeutické či poradenské práce a usnadnit klientovi vytvoření konzistentního, bezpečného a důvěrného vztahu. Nutné je také vést klienty k efektivnímu řízení

vlastního technologického zabezpečení a soukromí. Dále je nutné znát právní a etické aspekty práce s dospělými a dětmi. Z toho vyplývá také potřeba být schopen ověřit si zákonný věk a právní totožnost klienta, je-li to potřeba (Carl, Jones, Lindhiem, Doss, Weingardt, Timmon & Comer, 2022). Rovněž je důležité zachovat důvěrnost a dbát na ochranu osobních údajů (GDPR) a monitorování vlastní digitální stopy. Vhodné je orientovat se v kulturních odlišnostech ve vztahu k práci v online prostoru, znát implikace videokonferenčního kontaktu a způsobů, kterými může být zprostředkován klientům se zdravotním postižením, např. sluchovým nebo zrakovým. S tím souvisí také znalost technologických pomůcek a/nebo vhodného podpůrného softwaru, který může rozšířit dostupnost této formy kontaktu pro ty, kteří mají problémy s pohyblivostí/řečí/učením atd., a dále také schopnost při práci bez vizuálního kontaktu řešit problémy a dávat najevo svůj zájem a porozumění. Případně je možné využít také online supervizi (British Association for Counselling and Psychotherapy, 2021; Lin, Stone & Anderson, 2024).

- 3. Terapeutické (poradenské) kompetence:** Mezi základní terapeutické (poradenské) kompetence patří schopnost komunikovat srozumitelně a efektivně a schopnost pracovat online v rámci zvoleného teoretického přístupu. Profesionál musí vytvořit a udržovat účinnou vztahovou alianci a pracovat s vědomím zvýšeného rizika nedorozumění při komunikaci. Mezi specifické kompetence můžeme zařadit také znalost konkrétních dopadů práce v online prostoru na určité jevy ovlivňující sebeprezentaci. Dále můžeme zmínit schopnost rozpoznat a uznat existující a vznikající problémy s duševním zdravím a reagovat na ně, případně o nich komunikovat s dalšími odborníky. V rámci poradenství či terapie v online prostoru si musíme uvědomovat, že lidé se mohou při kontaktu na dálku chovat odlišně, a reflektovat, že tyto rozdíly mohou mít důsledky. Nutné je rovněž věnovat pozornost efektu disinhibice, zvláště u klientů, u nichž projevy ztráty kontroly mohou zvyšovat pravděpodobnost, že nebudou schopni zpracovávat materiál, který odhalují. Je potřeba na tyto situace rychle reagovat a zvládat prozrazení citlivých informací a/nebo neomezené vyjadřování emocí, jelikož zde vzniká riziko, že se klient bude cítit zranitelný a/nebo přetížený. Rovněž je třeba věnovat pozornost většímu

prostoru pro fantazii a spekulace, které mohou vzniknout, zvláště když se klient a terapeut vzájemně nevidí. To je obzvláště důležité u jedinců s psychotickými symptomy či s poruchou osobnosti. V neposlední řadě je třeba brát zřetel i na dopad zpoždění v asynchronní (např. textové) komunikaci. Odborník musí také vhodně ošetřit závěr/ukončení terapeutického (poradenského) sezení a nezapomínat na péči o sebe (British Association for Counselling and Psychotherapy, 2021). Výzkum Heinonen a Nissen-Lie (2020) zahrnuje systematický přehled 31 studií, které identifikují charakteristiky terapeutů ovlivňující úspěšnost terapie či poradenství. Patří mezi ně především verbální plynulost, schopnost reagovat a schopnost vyjadřovat emoce. Ačkoliv se studie týká terapie tváří v tvář, lze předpokládat, že schopnost vyjadřovat emoce je základní složkou jakéhokoli druhu podpory i léčby, ať už probíhá online nebo osobně. Můžeme pak uvažovat o tom, zda možnost sdílet emoce online dokonce nenabízí více možností jejich vyjádření než sdílení tváří v tvář. K tomu může napomáhat třeba to, že setkání obvykle probíhá v místě, které je pro klienta pohodlné, ale i to, že emoce je možné sdílet okamžitě a k jejich vyjádření lze využít i nejrůznější symboly a emotikony (Derks et al., 2008). Kreativita je rovněž klíčovým aspektem efektivního poradenství a terapie, jelikož umožňuje rozvíjet teorii v praxi (Gladding, 2008). Proto je potřeba podporovat poskytovatele v tvořivosti a povzbuzovat je, aby nahlíželi lidskou přirozenost z více úhlů pohledu. Online poradenství či psychoterapie vyžadují podporu kreativního myšlení a intimní a bezpečné prostředí, které klientům umožňuje volně formulovat své myšlenky a pocity (Bennett-Levy, 2019; Treffinger et al., 2021).

4. **Metakompetence:** Do kategorie metakompetencí můžeme podle Britské asociace pro poradenství a psychoterapii (2021) zařadit následující: schopnost zjistit identitu klienta; schopnost dobře posoudit úroveň požadovaných informací při komunikaci na základě předpokládaného rizika a úrovně podpory dostupné klientovi; schopnost posoudit, kdy je třeba dodržovat smlouvané hranice, a kdy je naopak potřeba jednat flexibilně (např. další kontakt nad rámec dohody v reakci na jasné náznaky rizika na straně klienta); schopnost vyvážit potřebu důkladného posouzení problému a potřebu rychle vybudovat efektivní (bezpečný)

pracovní vztah s klientem; schopnost přizpůsobit obsah, styl a úroveň komunikace možnostem klienta.

10.3 Výhody a nevýhody distančního kontaktu

Přestože byl distanční kontakt mnohými akceptován a považován za více méně adekvátní ekvivalent poradenství či terapie tváří v tvář již dříve, jeho smysluplnost se ukázala především v mimořádné situaci pandemie nemoci covid-19 a lze předpokládat, že může být obdobně užitečný i v dalších závažných situacích spojeným s omezeným pohybem obyvatel. Rovněž práce s klienty v odlehlých oblastech se bez online komunikace obejde jen těžko, stejně jako některé formy krizové intervence.

Jinou otázkou je využívání tohoto postupu za běžných situací. Zdá se, že pro některé typy práce s klientem, respektive u některých typů klientů mohou být nevýhody nebo přínosy odlišné, než je tomu v jiných případech. Mezi typy terapie (poradenství), u nichž je využití obtížnější, patří skupinové formy práce. Rovněž u párové a rodinné terapie je problémem omezení spontánnosti a přirozenosti vzájemných interakcí. Na druhou stranu v případě, kdy příslušníci páru či rodiny žijí odděleně, může online kontakt průběh spolupráce ovlivňovat pozitivně (Heiden-Rootes, Ferber, Meyer, Zubatsky & Wittenborn, 2021).

Značně nevhodné je online spojení pro různé formy práce s tělem, jako jsou taneční terapie či dramaterapie (obecně arteterapie). Omezení neverbální komunikace představuje problém zejména u klientů s vrozeným či získaným mentálním postižením, respektive u osob s poruchami autistického spektra. U dětí se může snadno objevit problém s udržením pozornosti, což lze částečně eliminovat zapojením herních prvků, což je ovšem poněkud náročnější na přípravu odborníka před těmito sezeními (Bolton, Thompson, Spring & Frick, 2023).

Specifickým tématem je bezpečnost a soukromí při videokonferenčním kontaktu. Nedostatečné řešení těchto aspektů může vést k ohrožení důvěrných informací a také vést k psychické nepohodě na straně klienta. Samozřejmostí by mělo být, že poskytovatel zajistí, že nebude docházet

k narušování komunikace přítomností a zásahy dalších osob. Podobně samozřejmě by mělo být zabezpečení počítače před napadením malwarem a využívání bezpečného připojení. Důležité je ale také zjistit, zda má klient klid a soukromí v prostoru, odkud komunikuje.

Pokud klient takovou možnost nemá, může to ohrožovat průběh a efektivitu kontaktu a je třeba společně s klientem hledat alternativu. Ochrana před možností napadení po síti sice spolupráci ohrožuje méně bezprostředně, ale o to závažnější následky může mít v budoucnu, kdy případné zneužití informací či záznamů z průběhu sezení může vést nejen k poškození vztahu s klientem, ale i k jeho vydírání. Je tedy vhodné ujistit se, že klient má k dispozici alespoň základní antivirovou ochranu, respektive ho poučit, jak ji může získat (Carl, Jones, Lindhiem, Doss, Weingardt, Timmon & Comer, 2022; Lin, Stone & Anderson 2024).

Špatenková (2023) počítá k výhodám distančního kontaktu tzv. deinstitucionalizaci a větší míru anonymity klienta. Pro některé jedince se tyto atributy jeví jako výhodné a činí pro ně profesionální pomoc bezpečnou – přijatelnou. Díky distančnímu kontaktu se může pozůstalostní péče stát dostupnější (imobilní klienti, senioři, akutně nemocní, Češi žijící v zahraničí, rodiče samoživitelé, lidé z vyloučených lokalit). Navíc s ohledem na současné trendy digitalizace se dá předpokládat, že zájem o distanční setkávání poroste. Efektivita distanční péče je rovněž zřejmá s ohledem na finanční náročnost (může být nižší) a čas klienta (nemusí nikam cestovat, rychleji se dostane na řadu atd.).

K nevýhodám distančního kontaktu se vyjadřuje řada autorů (Sluková, Jochmanová et al., 2022; Špatenková, 2023; Lin, Stone & Anderson 2024). Jedná se především o absenci vizuálního klíče (v případě chybějícího obrazu), omezení vizuálního klíče (chybí či je omezena řada neverbálních charakteristik – gestika, mimika atd.) a celkově o redukci informací, které klient poskytuje spontánně. Pokud jsme s pozůstalým v přímém kontaktu, lépe vyhodnocujeme jeho aktuální emocionální stav, adaptační možnosti, ochotu sdílet a vztahové naladění na poskytovatele péče – spontánně vyhodnocujeme řadu informací, které se v distančním kontaktu hůře rozpoznávají.

Problematické může být selhání techniky. Tento problém jsme naznačili již výše. Pokud k němu dojde, je vždy nutné mít připravený náhradní plán spojení a dopředu tuto eventualitu s klientem probrat, aby s ní počítal.

Distanční forma pozůstalostní péče je výhodná rovněž pro klienty (občany ČR), kteří žijí v zahraničí, a není pro ně komfortní komunikovat citlivý materiál v cizím jazyce. Potřebují o ztrátě blízkého člověka hovořit s někým, kdo jim porozumí plně a kdo má totožnou kulturní zkušenost. Rovněž činnost a organizování svépomocných skupin pro pozůstalé se jeví jako optimální skrze distanční kontakt. Pokud například pozůstalý řeší něco naléhavého, nemusí čekat, až se skupina sejde, aby tam o svém problému referoval. Téma může vnést do skupiny bezprostředně pomocí sociálních sítí či jiných aplikací instalovaných v chytrém telefonu.

Za podstatnou nevýhodu distančního kontaktu, především videokonferenčního, lze považovat únavu, která může negativně ovlivnit práci poradce či psychoterapeuta. O tomto fenoménu označovaném v angličtině jako „video conference fatigue“ či „zoom fatigue“ se začalo mluvit v době epidemie nemoci covid-19, kdy se z využívání videokonferencí stala dlouhodobá nutnost. Brzy se totiž začaly objevovat stížnosti na únavu až apatii spojenou s nechutí k dalšímu využívání tohoto prostředku komunikace. V krátké době řada výzkumů potvrdila rozšířenost a závažnost daného fenoménu. Následně se prokázalo, že tento problém je možné popsat nejen na rovině prožívání, ale lze také zjistit jeho fyziologické koreláty (Fauville, Luo, Queiroz, Bailenson & Hancock 2021; Riedl, Kostoglou, Wriessnegger & Müller-Putz, 2023).

Pátrání po příčinách a hledání postupů, které by pomohly jeho výskytu zamezit či ho alespoň redukovat, přineslo částečný úspěch. Podařilo se identifikovat několik faktorů, které je možno ovlivnit. Na prvním místě je zaměření pozornosti způsobem, na který není lidský organismus adaptovaný, a proto se snáze unaví. Permanentní pohled na obličej na obrazovce je problém, který bohužel není možné změnit. To mnohdy vede k únavě zraku, ke špatnému držení těla, pocitu narušení osobního prostoru a následně ke ztrátě koncentrace. Svoji roli hraje ale také nastavení použitého zařízení a samotného videohovoru. Nízká kvalita obrazu či nevhodné nastavení obrazovky, které neumožňují účastníkovi zaujmout pohodlnou polohu, potíže

dále zhorší. Rovněž okolní prostředí může zvyšovat únavu. Předcházet jí můžeme výběrem vhodného zařízení, nastavením kamery i softwaru. Důležité je také upravit si prostředí, aby bylo dostatečně klidné a příjemné. Rovněž místo pro sezení a pracovní stůl by mělo být nastaveno v souladu s ergonomickými zásadami. Ani výše uvedené postupy nemohou vyřešit všechno. Je tedy nutné umět poznat, kdy zátěž přesahuje únosnou mez, a snažit se v takovém případě střídat videokonferenční kontakt s přestávkami či s kontaktem tváří v tvář (Fauville, Luo, Queiroz, Bailenson & Hancock 2021; Döring, De Moor, Fiedler, Schoenenberg & Raake, 2022).

11 Výzkumná část: úvod do problematiky

Cílem našeho výzkumu je přispět k zefektivnění distanční péče o pozůstalé. Na základě podrobného kvalitativního výzkumu chceme odpovědět na základní otázku: Jak co nejlépe (efektivně a bez újmy) poskytovat distanční psychosociální (spirituální) podporu pozůstalým s ohledem na poradenskou a krizovou či terapeutickou intervenci? Hlavním cílem této metodiky je nabídnout prakticky orientovaný návod, jak v online prostoru poskytovat psychosociální (spirituální) podporu a péči lidem, kterým zemřel blízký člověk.

Reagujeme tak na celospolečenskou potřebu dostupnosti kvalifikované péče v situacích omezeného kontaktu, ke kterému došlo v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto potřebu vnímáme jednak s ohledem na budoucnost, pokud by k podobným opatřením znovu muselo dojít, a zároveň neopomíjíme kontext přítomnosti s cílem učinit danou službu dostupnou a efektivní.

Dále je třeba uvést, že formy distančního kontaktu, zvláště videokonference, jsou čím dál běžnější součástí komunikace pro nezanedbatelnou část populace. Mladí lidé vyrůstají do světa informačních technologií a ty jsou přirozenou součástí jejich životů (Ševčíková et al., 2014).

Pokud budou určité psychosociální (spirituální) formy pozůstalostní péče poskytovány online, lze uvažovat o nezanedbatelném preventivním

rozměru. Včasná a dostupná pomoc pozůstalým znamená předcházení budoucím komplikacím, které u této klientely mohou vzniknout (komplikované truchlení, deprese, úzkostné poruchy, suicidalita, závislosti atd.).

V důsledku rozvoje počítačového softwaru a hardwaru, internetu a komunikačních technologií umožňujících vzdálenou interakci došlo za posledních třicet let k rozšíření poskytovaných psychologických služeb. Hovoříme o fenoménech jako e-terapie, e-poradenství, cyberterapie či teleterapie. To také vedlo ke změně postoje mnoha odborníků (např. psychologů, psychotherapeutů a psychiatrů), kteří dříve tyto postupy nevyužívali. Současně přibývá výzkumů zabývajících se touto formou pomoci. Jednoduše řečeno, dnes již víme, že efektivita distanční formy péče s ohledem na poradenství a psychoterapii je srovnatelná s možnostmi přímého kontaktu. Současným cílem je zaměřit se na specifické cílové skupiny a přizpůsobit distanční formy péče jejich potřebám. V našem případě jsou cílovou skupinou pozůstalí, u kterých probíhá truchlení nekomplikovaně – poradenské intervence, či komplikovaně – terapeutické intervence (Barak et al., 2008; Richards & Viganó, 2013; Stoll et al., 2020; Probst et al., 2021; Maher et al., 2022; Bolton et al., 2023; Špatenková, 2023).

Navazujeme na Metodiku videokonferenčního kontaktu, která sumarizovala doporučení a návody určené k implementaci distanční formy práce do praxe jednotlivce či organizace. Konkrétní postupy, které zde byly popsány, se zaměřovaly na získání vhodných informačně-komunikačních prostředků, plánování služby, zajištění informovaného souhlasu a adaptaci distančních postupů do stávajících standardů kvality, včetně zabezpečení dat a informací. Tato metodika vysvětlovala, jak zavést videokonferenční formy kontaktu do práce s klientem, včetně komplexního definování základních přínosů, možných rizik a specifík (Sluková, Jochmanová et al., 2022).

Přijde nám v tomto kontextu legitimní zaměřit se na profesionály (poradce pro pozůstalé, psychology, psychotherapeuty), kteří realizují distanční pozůstalostní péči (krizovou intervenci, poradenství, psychoterapii) a navíc mají zkušenost s přímým kontaktem a mohou obojí nejen porovnat, ale také přinést inovativní postupy založené na přímé zkušenosti s touto specifickou klientelou.

11.1. Cíle studie a výzkumné otázky

Mezi hlavní cíle prezentovaného výzkumu patří:

1. Porovnat distanční formu práce s kontaktem tváří v tvář u pozůstalých (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku).
2. Zmapovat a popsat výhody a nevýhody (překážky, meze) distančního kontaktu při práci s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku).
3. Zmapovat a popsat, jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) tak, aby jim nebyla způsobena újma.
4. Zjistit, pro jaké typy pozůstalých není distanční forma kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) vhodná.
5. Zmapovat postoje pozůstalých k distanční formě kontaktu.
6. Popsat proces a efekt distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými.
7. Zmapovat a popsat náročnost distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) pro poskytovatele.
8. Zmapovat a popsat nastavování zakázky s pozůstalým v distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku).
9. Zjistit, jaké faktory nejčastěji vedou ke komplikovanému truchlení.
10. Zmapovat a popsat zkušenosti odborníků (krizový intervent, poradce pro pozůstalé, psychoterapeut) s problematikou komplikovaného truchlení.

Na základě uvedených cílů byly zformulovány následující výzkumné otázky:

1. Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?
2. Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?

3. Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?
4. Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?
5. Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?
6. Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?
7. Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?
8. Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?
9. Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?
10. Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?
11. Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?
12. Jak komplikované truchlení vzniká?
13. Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?
14. Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt u pozůstalých (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?

11.2 Metodologický přístup a design

Vzhledem k charakteru cílů studie byl zvolen kvalitativní přístup, konkrétně pak design vícepřípadové podjednotkami stavěné studie (Chrastina, 2019). Jelikož jsme se snažili najít předpokládané příčinné souvislosti zažité zkušenosti a její potenciální možnosti využití, jednalo se podle Yina (2003) o několikánásobnou explanatorní případovou studii. To kromě detailního prozkoumání individuálních případů (realizace distančního podpory pozůstalých formou krizové intervence, poradenství či psychoterapie) samozřejmě předpokládalo i vzájemné srovnání zkušeností mezi jednotlivými participanty, kteří realizují takto konkrétně vymezenou psychosociální (spirituální) podporu pozůstalých.

Podle Stakea (1995, 2006) pak zvolený design označujeme jako kolektivní instrumentální studii, neboť rozbor jednotlivých případů zde nesloužil primárně k porozumění konkrétnímu jedinci, ale zejména k dosažení porozumění ohledně efektivního využívání distanční formy pomoci pozůstalým (krizová intervence, poradenství, psychoterapie). Jednotlivé zkušenosti odborníků zde hrály podpůrnou roli pro rozvoj teorie o konkrétních možnostech aplikace distanční péče a pro získání výzkumné evidence pro tento přístup. Z hlediska vztahu k vytváření teorie (George & Bennett, 2005) se tedy jednalo o teorii testující případovou studii. Zvolený design nesl rovněž prvky evaluace výsledku, tak jak ji popisuje například Miovský (2006) nebo Joy, Braun & Clarke (2023).

11.3 Metody tvorby dat

Hlavním nástrojem získávání dat byl hloubkový polostrukturovaný rozhovor (plné znění uvádíme v příloze 2) vedený způsobem, který doporučuje Miovský (2006) nebo podrobněji Seidman (2013). To umožnilo tazatelům sledovat aktuální trajektorie v rozhovoru, který se mohl v případě potřeby odklonit od předem dané osnovy (pokud se to ukázalo jako vhodné) a tazatel se mohl doptat na zkušenostní fenomény za účelem jejich plného pochopení. Respondentům tento způsob ponechával větší prostor k vyjádření jejich

názorů, poznatků a zkušeností vlastním jedinečným způsobem a použitým jazykem.

Úvodní otázka byla otevřená, měla nasměrovat respondenty k jejich zkušenosti s realizací distanční formy péče o pozůstalé a dát jim prostor se k této zkušenosti volně vyjádřit bez zásahů tazatele. Dotazování dále probíhalo v rámci předdefinovaných okruhů a modelových položek, které byly formulovány na základě výzkumných otázek a cílů studie. U každého respondenta bylo též zaznamenáno několik klíčových charakteristik týkajících se genderu, profesních zkušeností, organizačního začlenění, profesní historie a délky praxe v oboru.

Rozhovory prováděli realizátoři studie. Rozhovor probíhal s každým respondentem pouze jednou vždy na místě zvoleném po vzájemné domluvě v klidné atmosféře bez rušivých vlivů. Rozhovor byl se souhlasem respondenta nahráván na diktafon a doslovně přepsán, přičemž byla provedena anonymizace údajů (odstranění skutečných jmen, konkrétních míst či konkrétních pracovních pozic respondentů). Každý účastník výzkumu podepsal informovaný souhlas, čímž potvrdil, že bere na vědomí, že rozhovor bude nahráván, následně přepsán a také podroben analýze. Pro účastníky výzkumu byla vždy zvolena anonymní přezdívka, pod kterou byly jejich případy analyzovány a následně prezentovány.

11.4 Metody analýzy dat

Jako hlavní přístup k analýze dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenological analysis, dále jen IPA), která je pro výzkum v oblasti psychologie obecně a v oblasti psychoterapie či poradenství obzvláště vhodná, neboť se orientuje idiograficky, tj. na pochopení specifické zkušenosti jedinců ve specifických kontextech (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Jak připomínají Řiháček, Čermák a Hytych (2013), výzkumné otázky by v IPA měly být formulovány otevřeně a explorativně, se zaměřením na zkušenost spíše než na příčiny či důsledky, s akcentováním procesu, nikoliv výsledku. V případě předmětné studie šlo o to pochopit, jak participanti

realizují distanční podporu pozůstalých s ohledem na krizovou intervenci, poradenství či psychoterapii. A ačkoliv toto základní východisko respektujeme, je třeba upozornit, že jsme zašli dále, jak ostatně dokládají i prezentované výzkumné otázky.

Porozumění individuální zkušenosti respondentů nám posloužilo i k posouzení potenciálu distančních forem péče o pozůstalé (krizová intervence, poradenství, psychoterapie) a hledání odpovědí na otázky, jaké faktory zde sehrávají svou roli, co je podstatné. Právě proto jsme se rozhodli pro přístup inspirovaný IPA, neboť zkušenosti odborníků z terénu, kteří pracují s pozůstalými formou distančního (ale i přímého) kontaktu, jsou unikátní a zároveň jen stěží dostupné jinak než na základě podrobné explorační práce. K odpovědím na naše výzkumné otázky bychom se bez fenomenologického prozkoumání zkušenosti konkrétních jedinců dopracovali jen těžko. Čistě explorační zaměření IPA je zde tedy oslabeno, neboť v pozadí analýzy individuálních zkušeností je i cíl explanační.

Výzkumná zjištění vycházející z 22 rozhovorů bylo doslovně přepsáno, takto vznikl textový korpus o rozsahu cca 269 000 slov, v němž každý rozhovor měl v průměru přibližně 8400 slov. Vzhledem k atypicky velkému vzorku bylo nutné do analýzy případů zařadit 6 osob. Proces analýzy probíhal v několika krocích. Jak uvádějí Řiháček, Čermák a Hytych (2013), IPA ideálně zprostředkovává výsledky ze dvou perspektiv, z perspektivy jednotlivých případů i z perspektivy témat, přičemž právě tato kombinace zachovává úplnost analýzy. Takto je podávána zpráva jak o konkrétních zkušenostech jednotlivých respondentů, tak o společných obecných tématech vešlých z analýzy. Tuto logiku jsme zachovali.

Naše analýza probíhala v následujících krocích.

1. **Sebereflexe:** Složení týmu výzkumníků je vyrovnané v tom ohledu, že dva z nich nemají žádné terapeutické zkušenosti, nerealizují poradenství ani krizovou intervenci, nepracují s pozůstalými. Jejich zaměření je ryze akademické (výzkumné), rozumí velmi dobře metodologii. Mají za sebou ovšem individuální zkušenosti s truchlením, které v jejich případě probíhalo běžným způsobem. Zbylí členové výzkumného týmu pracují jako

terapeuté, mají dokončený komplexní terapeutický výcvik a ve své praxi se setkávají s klienty, u kterých truchlení probíhá standardně i komplikovaně. Navíc znají truchlení ze svého osobního života. I v jejich případě se jednalo o nekomplikovaný průběh.

2. **Linie příběhů:** Nejprve byly rozhovory zpracovávány takovým způsobem, aby z nich bylo možné vyextrahovat linie jednotlivých individuálních zkušeností s distanční péčí o pozůstalé formou krizové intervence, poradenství či psychoterapie. Zejména pomocí opakovaného čtení a poslouchání nahrávky se snahou o detailní porozumění se hledaly osobní významy prožitých zkušeností, ale také odpovědi na výzkumné otázky. Nejprve jsou prezentovány klíčové prožitky a zkušenosti participanta, přičemž je občas ponechán prostor přímým citacím, aby byla pro čtenáře zachována možnost posoudit následné interpretace. Posléze vždy navazuje rozvaha obsahující interpretace a sumarizace klíčových informací.
3. **Linie témat:** Dále jsme v přepsaných rozhovorech hledali tematické shluky a opakující se vzorce. Šlo de facto o postup inspirovaný tematickou analýzou textů, kde hledaná témata byla částečně definována ještě před samotným zkoumáním, nicméně jsme si ponechali velkou otevřenost i vůči objevujícím se tématům novým. Při formulaci výsledných interpretačních podkladů a schémat jsme často využívali postupů, které popisuje Frieze (2014). Texty byly kódovány ve dvou cyklech, jak je definuje Saldaña (2015), a byly hledány opakující se vzorce a vztahy mezi nalezenými tematickými kategoriemi (viz Cíle výzkumu a výzkumné otázky).

11.5 Popis výběrového souboru a průběh výzkumu

Na základě studia dostupné odborné literatury jsme na začátku výzkumu definovali inkluzivní kritéria pro respondenty, kteří by mohli přinést relevantní data vztahující se k cílům naší studie. Vycházeli jsme především z poznatků Wordena (2018), Prigersona et al. (2021) a Probsta et al. (2021) a Špatenkové (2023).

1. Vysokoškolské vzdělání.
2. Minimálně 10 let praxe v oboru, jehož přímou náplní je poskytování psychosociální opory klientům formou krizové intervence, poradenství nebo psychoterapie či kombinace těchto směrů.
3. Zkušenost s přímou péčí o pozůstalé (krizová intervence, poradenství nebo psychoterapie, případně kombinace těchto postupů).
4. Zkušenost s distanční péčí o pozůstalé (videohovor, telefonický kontakt nebo kombinace obojího).
5. Absolvované odborné vzdělání: krizová intervence, poradenství pro pozůstalé nebo komplexní psychoterapeutický výcvik (popřípadě kombinace těchto směrů).

Výzkum byl zahájen v září 2023. Začali jsme kontaktovat jednotlivé organizace, které v ČR poskytují psychosociální pomoc pozůstalým, a to jak přímou tak i distanční formou (videohovor, telefonický kontakt). Konkrétně se jednalo o Poradnu VIGVAM, Asociaci poradců pro pozůstalé, Institut Pallium, Cestu domů, Asociaci klinických psychologů, Strom života a Terap.IO.

Každou z těchto institucí jsme oslovili písemně, představili jsme styčné parametry naší studie a následně jsme již začali konkrétně jednat s odborníky, kteří splňovali výše uvedená inkluzivní kritéria. Potenciální výzkumný soubor na začátku února 2024 tvořilo 29 respondentů. Byly jim představeny podrobnější parametry výzkumu (realizace hloubkového rozhovoru, nahrávání rozhovoru se svolením dotyčné osoby na diktafon, přepis takto pořízeného rozhovoru, využití získaných poznatků k naplnění cílů studie, publikování výsledků v anonymizované podobě atd.). Po tomto zpřesnění s námi bylo ochotno pokračovat 22 respondentů (10 mužů a 12 žen). Jednotlivé rozhovory jsme začali realizovat v březnu 2024, poslední rozhovor proběhl v prosinci 2024. Pro potřeby výzkumu bylo každému respondentovi vybráno fiktivní jméno (přezdívká), pod kterým je dále v textu uváděn.

11.6 Etické aspekty výzkumu

Respondenti byli informováni o identitě autorů výzkumu, měli možnost telefonického kontaktu s hlavním realizátorem studie, byli informováni o záměru výzkumu a také byli informováni o anonymitě v případě účasti ve výzkumu.

Účast respondentů byla dobrovolná. Byla zachována anonymita respondentů. Z etických důvodů u respondentů neuvádíme podrobnější profesní údaje ani údaje o věku, aby následně nebylo možné je identifikovat na základě nepřímých informací obsažených v rozhovoru.

Jsme přesvědčeni, že byly ošetřeny základní okruhy problémů, které Ferjenčík (2010) vybral z etických principů při výzkumech s lidmi přijatých Americkou psychologickou asociací. Patří mezi ně respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a ochranu informací o účastnících výzkumu a právo odstoupit od výzkumu. Každý účastník studie vyjádřil souhlas se zařazením do této studie.

12 Výsledky výzkumu

V následující části textu prezentujeme jednotlivé zkušenosti respondentů s distanční formou péče o pozůstalé v kontextu výzkumných otázek, na které se pokoušíme přinést relevantní, prakticky využitelné odpovědi. Odpovědi na výzkumné otázky byly hledány pomocí opakovaného čtení a poslouchání nahrávky se snahou o detailní porozumění. Vytvořili jsme souhrn z každého rozhovoru a prezentujeme ho níže pod krycím jménem (kvůli zachování anonymity respondentů), které bylo vybráno náhodně. Na některých místech uvádíme konkrétní citace, jež mají poukázat na relevantnost našich sumarizací.

BOŽENA

Anamnestické údaje: Psycholožka, komplexní psychoterapeutický výcvik v biosyntetické psychoterapii, komplexní výcvik v poskytování krizové intervence, 20 let praxe v oboru. BOŽENA aktuálně pracuje pro organizaci, která poskytuje psychologickou a sociální pomoc pozůstalým (distanční i přímý kontakt). Specializuje se na krizovou intervenci, psychologické poradenství a terapeutické vedení klientů s komplikovanými formami zármutku. Má rozsáhlé zkušenosti s distanční péčí (videohovor) i péčí přímou. Pracuje převážně s dospělými. Poslední tři roky se intenzivně věnuje terapeutické

a poradenské práci s pozůstalými. V rozhovoru BOŽENA zmínila, že k této klientele ji přivedla osobní zkušenost se smrtí a umíráním v rodině.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

BOŽENA shrnuje výhody následovně: dostupnost, časová úspora, menší finanční náročnost (lze odečíst náklady za dopravu), včasnost péče, bezbariérovost, pohodlí. BOŽENA je toho názoru, že distanční péče o pozůstalé – podpora, doprovázení, edukace, stabilizace a následně v některých případech i terapie – by mohla být nabízena rovnou ze strany pohřebních služeb, které by odkazovaly na konkrétní instituce, jež danou službu nabízejí („Myslím, že by stálo za to spolupracovat s pohřebními službami, aby už tam odkazovaly na organizace našeho typu“). BOŽENA zdůrazňuje v rozhovoru výhodu včasnosti s ohledem na prevenci komplikovaných forem zármutku.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

BOŽENA zdůrazňuje z hlediska nevýhod omezené percepční pole, které ukazuje z klienta pouze hlavu a horní část trupu. Zásadní nevýhodu spatřuje v nemožnosti využití některých terapeutických technik, které mají své místo v biosyntetické psychoterapii. Distanční forma práce s klientem jí navíc přijde náročnější na pozornost, cítí se více unavená. Terapeutický i poradenský proces podle jejího názoru probíhá pomaleji ve srovnání s kontaktem tváří v tvář. Vytvoření vztahu s klientem trvá déle a přes existenci vztahu BOŽENA stále vnímá mezi sebou a pozůstalým větší vzdálenost, což nakonec relativizuje s ohledem na nižší citovou angažovanost ze své strany („Je fakt, že v onlinu se mě utrpení klientů dotýká méně, což je vlastně výhoda“). BOŽENA na základě vlastních zkušeností upozorňuje, že práce skrze videohovor je pro ni náročnější a kromě toho, že je nutné se postarat o klienta, je nutné se postarat také o sebe („No, dávám si čas před tím sezením, abych nebyla ve stresu, abych mohla se dobře naladit, dodržuji pitný režim, přestávky, vnímám, jak sedím a potřebuji se o přestávce protáhnout.

Potom hodně větrám vždycky. Využívám intervizi a supervizi. Navíc truchlící klient je mnohem náročnější, než klient s jiným psychickým – životním problémem“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

BOŽENA zmiňuje nutný standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu. Nutné je mít spolehlivé zabezpečení online kontaktu. Nutné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že klient má základní technické dovednosti. Nutná je domluva, co dělat, kdy selže internetové připojení. BOŽENA se v průběhu rozhovoru opakovaně vrací k bezpečí vlastnímu i k bezpečí klienta – je třeba si říci, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, reflektovat technická úskalí a jeho dovednosti při práci s technologiemi. Důležitý je čas a prostor – aby klient nebyl rušen druhými osobami. Nutná je průběžná reflexe společné práce. Nezbytné je dát v závěru každého setkání prostor zpětné vazbě klienta ohledně pohodlí/nepohodlí v online prostoru („V onlinu je nutné věnovat pozornost pohodlí a bezpečí klienta – jak se vám sedí, co potřebujete, je to pro vás takto v pořádku, co bychom mohli udělat jinak“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

BOŽENA je toho názoru, že distanční péče o pozůstalé není vhodná v případě člověka s nízkou technickou gramotností. Tento způsob práce nelze vnutit, a tudíž člověk, který ho odmítá, není vhodným adeptem. Dále BOŽENA uvažuje o lidech s nižším rozumovým nadáním, o lidech se smyslovými hendikepy. Přítěží je podle jejího názoru předchozí psychiatrická diagnóza, která komplikuje truchlení, akutní sebevražedné tendence, psychotické problémy, intenzivní projevy komplikovaného truchlení. V těchto případech je podle jejích zkušeností vhodná péče přímá, nebo alespoň kombinovaná a multidisciplinární.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Online práce je náročnější (pomalejší), pokud jde o budování důvěry a vztahu. Je nutné se na začátku práce s klientem domluvit na technických věcech, ošetřit, zda je prostor připojení bezpečný. Oproti přímému kontaktu navíc přibývá práce spojená se zpětnou vazbou a častějším doptáváním se pozůstalého, zda mu videohovor vyhovuje. BOŽENA uvádí, že při distanční péči se musí spolehnout na rozhovor s klientem a nemůže využít terapeutické techniky, které jdou „přes tělo“. V rámci budování vztahu a zakázky je pro BOŽENU od začátku důležitá srozumitelnost, důvěra a bezpečí. V těchto aspektech se snaží dělat pro klienta maximum („Od začátku vytvářet bezpečný prostor pro klienty, a to na všech rovinách. Od takových těch praktických věcí, jakože když se na něčem domluvíme, tak to platí, ujištění, že to, co probíráme, zůstává mezi námi. Nikam nespěchám, dávám klientovi prostor, snažím se vytvořit prostor pro pojmenování emocí a potřeb, nechám klienta vyprávět příběh a naslouchám a následně se snažím mu pomoci pojmenovat to, co je nejdůležitější, a na tom pracujeme. V průběhu setkávání se pochopitelně zakázka může měnit – vyvíjet. Důležité také je mít pro sebe pojmenovaný kontext – jedná se o krizovou intervenci, poradenství, provázení nebo terapii“).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Podle BOŽENY záleží na tom, zda se jedná o krizovou intervenci, poradenství či terapii. Pokud se klient dostane do její péče včas bezprostředně po úmrtí blízkého, zvyšuje se šance, že truchlení, ač třeba náročné, bude probíhat méně komplikovaně. V takovém případě BOŽENA většinou pracuje v kontextu krizové intervence. V jiných případech potřebuje pozůstalý vyslechnout, edukovat, stabilizovat. To, co je nejtěžší a nejdelší, je terapie pozůstalého v případech, kdy se zármutek komplikuje – klient nespí, hubne, prožívá intenzivní zármutek, nedokáže fungovat v běžném životě. („Vždy je

potřeba zjistit, kterou cestou se s klientem vydám a s kým budu konzultovat, v případě komplikovaného zármutku je třeba zvážit také psychiatrickou péči a nasazení medikace, především tehdy, když klient nespí“). BOŽENA se při úvahách o tomto tématu vrací k předchozí otázce, ve které akcentovala technické a procesní charakteristiky videohovoru. Dále dodává, že nezbytnou součástí každé intervence u truchlení je edukace. Záleží, kdy bude použita, nicméně chybět by neměla („Poskytnout základní informace, což si myslím, že je vždy dobré, když uslyší, že to, co prožívají, co se jim děje, je vlastně normální“).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

BOŽENA uvádí, že ukončování kontaktu s pozůstalým provází vždy vynořování nového světa, nové identity, nové budoucnosti. Postupně se s klientem dopracuje k tomu, co je pro něj ideálním či dostačujícím stavem („Pro mě ideální stav je, když společně s klientem dojdeme k tomu, že je aktuálně stabilní, rozumí svému truchlení, a když sám řekne, že má pocit, že už mu to stačí“). V závěru je podle BOŽENY nutné ohlédnutí za společnou práci („Nutné je dobře ukončit spolupráci. Poslední sezení je ohlédnutím se za naší spoluprací, díváme se na to, co se podařilo. A já se snažím vždy ocenit adekvátně to, co oni udělali, jak to zvládli, co se jim podařilo, co si odpracovali. Vždycky je nutné klienta ujistit o možnosti další spolupráce, popřípadě mu nabídnout kontakty pro návaznou péči“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

BOŽENA vnímá v tomto směru spokojenost a vděčnost klientů s ohledem na jejich situaci v životě, která jim neumožňuje dostat se do péče přímé.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Podle BOŽENY je přímá péče efektivnější, rychleji vzniká pracovní vztah. V případě stabilizace, doprovázení, poradenství či krizové intervence

představuje distanční kontakt (videohovor, telefonické spojení) plnohodnotný způsob práce s klientem.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BOŽENA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je náročnější ve srovnání s přímým kontaktem – především na pozornost, zvyšující se únavu, bolest očí (únava z monitoru), technické dovednosti a možné technické komplikace. Zmiňuje větší celkovou únavu, statickosti sezení před obrazovkou. V osobním kontaktu lépe vnímá potřeby vlastního těla. Důležité je věnovat pozornost sobě i klientovi („Uvědomit si, jaké je to pro mě a jaké pro klienta, doptat se, jak se mu sedí, co potřebuje, jestli je to pro něj pohodlné“). U sebe vnímá BOŽENA potřebu občas se protáhnout, dát si pauzu. Pokud pracuje s komplikovanými formami zármutku, zvládne maximálně dvě taková sezení za sebou („Truchlící klient je mnohem náročnější než klient s jiným psychickým – životním problémem“).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

BOŽENA uvádí, že pokud pracuje s komplikovaným zármutkem, má online nanejvýš dva klienty za sebou. Důležité je s klientem vytvořit funkční – pracovní vztah a dát mu prostor k truchlení, být s ním, podpořit ho, zjistit, co potřebuje. Je třeba vytvořit bezpečné a srozumitelné prostředí, ve kterém se pozůstalý bude cítit přijímaný – v tomto aspektu se práce s klientem neliší od přímého kontaktu. Nezbytné je reflektovat, zda mu online prostředí vyhovuje, a rovněž posoudit jeho sebevražedné tendence a sílu zármutku. Je nutné si položit otázku, zda bude pozůstalý potřebovat i psychiatrickou péči. Při práci s komplikovaným zármutkem je vždy nutné ohodnotit ztracený vztah, věnovat pozornost společné cestě životem a pomoci pozůstalému uvědomit si, co smrt nezničila a co si může nést dál s sebou.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

BOŽENA upozorňuje na neočekávanost ztráty a způsob, jakým se pozůstalí o ztrátě dozvědí. Dále je důležitá rychlost psychosociální pomoci bezprostředně po ztrátě. Komplikace lze očekávat téměř vždy v případě sebevraždy. Dále hrají roli předchozí psychická onemocnění (především deprese a poruchy osobnosti, psychotické poruchy), jejichž průběh je zhoršen vztahovou ztrátou, dřívější traumatické zážitky, které jsou oživeny úmrtím blízkého, nebo osamělost pozůstalého. Těžké jsou několikanásobné ztráty a předchozí ztráty, které nebyly dosud zpracovány.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

BOŽENA v tomto ohledu vnímá slabinu distanční péče. Spoléhá se především na rozhovor. V distančním kontaktu občas zkoušela naučit klienty některá dechová cvičení, věnovat více pozornosti signálům těla. Nicméně skrze videohovor je tato práce velmi statická a obtížně se vyhodnocuje zpětná vazba od klienta.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

Podle BOŽENY je to vhodná změna. Nicméně ona sama s psychiatrickými diagnózami nepracuje. Komplikovaný zármutek ze své práce zná a ví, jaké rozmanité podoby může mít. Zavedení této diagnózy do MKN-11 pro ni konkrétně nemá žádný význam. BOŽENA předpokládá, že tato diagnóza umožní klientům čerpat péči ze zdravotního pojištění (pracovní neschopnost, proplacení terapeutické péče u klinického psychologa).

ROMAN

Anamnestické údaje: Psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v logoterapii a existenciální analýze a vlastní terapeutickou praxi. Spolupracuje s organizacemi Amelie a Hospic na Svatém Kopečku, má 20 let praxe v oboru. Pracuje s pozůstalými v rámci poradenských a terapeutických zakázek, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. ROMAN má zkušenost jak s distanční péčí o pozůstalé, tak s péčí, která se odehrává v rámci přímého kontaktu. Distanční formu péče pomocí videokonferenčních hovorů začal poskytovat během omezeného kontaktu v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto formu práce s klienty využívá i nadále a kombinuje ji s kontaktem tváří v tvář. Se svými klienty pracuje podle jejich potřeb poradensky, nebo v delším horizontu terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci neposkytuje cíleně, pouze v nutných případech (aktuální intervence).

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhody distančního kontaktu při práci s pozůstalými lze podle ROMANA shrnout následovně: dostupnost (zejména pro klienty z vyloučených lokalit, kde jsou možnosti setkat se s odborníkem prakticky nulové), časová flexibilita pro klienta, který se může spojit s odborníkem z domu, práce, auta atd., a rovněž časová úspora, neboť nemusí nikam cestovat. ROMAN má některé klienty ze zahraničí, pro něž je výhodné realizovat poradenství či terapii v mateřském jazyce, a v tomto případě hraje roli i finanční stránka. V zahraničí je tato forma pomoci dražší. Někteří klienti si cení větší anonymity, kterou distanční kontakt umožňuje. Výhodou pro imobilní klienty je realizace z domova. Pokud jde o truchlení, je typickým klientem žena v seniorském věku – nižší pohyblivost je pak překážkou pro setkání tváří v tvář.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Zásadní nevýhodu spatřuje ROMAN v obtížnosti, až nemožnosti aplikovat některé terapeutické techniky, které lze realizovat v přímém kontaktu (práce

s fotografiemi, práce s terapeutickými kartami, technika prázdné židle atd.). Částečně to lze řešit nácvikem, zadáním „domácího úkolu“ a jeho reflexí v dalším online sezení, ne vždy je to ovšem možné či vhodné. Rovněž je pro něj těžší identifikace klientových emocí (obrazovka, mikrofon – dochází ke zkreslení). Když s distanční péčí začínal, obtížně si na tento atribut zvykal. Dále zmiňuje ztrátu spontaneity, kterou lze terapeuticky využít. Distanční setkávání s pozůstalým je více ohraničené technickými záležitostmi, spontánnost je proto nižší. Nižší technickou gramotnost některých klientů je potřeba překonávat nácvikem, vysvětlováním, pomocí, což na začátku zabere čas. Problém s výpadkem internetového připojení nebo elektřiny zatím řešil pouze jednou. Někdy je problémem stabilita připojení – spojení zamrzne, „seká se“, a tím pádem vážne spontaneita. ROMAN se rovněž cítí z online práce ve srovnání s kontaktem tváří v tvář více unavený.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

ROMAN realizuje distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). K tomu je nutné standardní vybavení na straně klienta i profesionála (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a spolehlivé připojení k internetu. Je třeba mít spolehlivé zabezpečení online kontaktu (ROMANOVI se osvědčila aplikace Zoom). Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání kontraktu, aby bylo jasné, že klient má základní technické dovednosti, které zúročí – umí se připojit, je v bezpečném prostředí, nikdo ho neruší (nevyruší v průběhu sezení) nebo neposlouchá. ROMAN potřebuje mít jistotu, že mu klient věří ve smyslu bezpečí, které jako terapeut vytváří (zabezpečené připojení, rozhovor neunikne na internet). Nutná je domluva, co dělat, když internetové připojení selže – ROMAN je připraven takovou situaci řešit prostřednictvím telefonu, spojit se s klientem a dokončit setkání telefonicky (zatím se to stalo pouze jednou). Někteří klienti potřebují s výše uvedeným pomoc, většinou jsou však technicky dobře vybaveni, vědí, do čeho jdou a dopředu volí online setkání jako něco, co je pro ně výhodné (preferenci na základě předchozí zkušenosti, doporučení).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

ROMAN na tuto otázku nejprve nedokázal odpovědět. U svých klientů problém nevidí, jelikož dopředu vědí, co mohou očekávat, a jsou s tím srozuměni – nemohou jít do přímého kontaktu a preferují distanční formu. Problémem jsou v zásadě technické záležitosti, které brání v realizaci online setkání. Následně ROMAN přemýšlel o komplikovaném zármutku, který může být spojen se sebevražednými tendencemi, nutnou hospitalizací, medikací a spoluprací s psychiatrem. Zatím se ale s takovým klientem nesetkal.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Na začátku dominují technické (někdy) a etické záležitosti – bezpečnostní parametry. Zbytek je stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Důležité je zjistit, s čím se na nás klient obrací a co potřebuje. Je nutné si položit otázku, zda se bude jednat o poradenství či terapii (krizovou intervenci), a také zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku. Nezbytné je posoudit, zda bude klient potřebovat i péči dalšího odborníka (psychiatra), popřípadě (naštěstí vzácně) hospitalizaci. Klient potřebuje porozumět tomu, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, v jaké frekvenci se bude s terapeutem potkávat a jaký je smysl společné práce. Utváření zakázky někdy trvá kolem tří setkání. Důležité je vytvářet s klientem bezpečný a srozumitelný vztah. Dávat mu prostor pro zpětnou vazbu: co by potřeboval jinak, zda mu společná práce (online) vyhovuje, co mu vadí. Jedná se o běžné poradenské – terapeutické postupy.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

V tomto ohledu nespátňuje ROMAN rozdíl mezi distanční a přímou péčí. ROMAN je toho názoru, že neexistuje žádná „typická intervence“. Každá

je trochu jiná, „vytvořená na míru“ konkrétnímu člověku, jeho potřebám, tempu, kontextu. Za nosná vodítka nicméně považuje Wordenovy úkoly truchlení (přijmout ztrátu jako realitu, prožít zármutek, přizpůsobit se světu bez zemřelého, investovat do dalších vztahů a pokračujícího života). Pomáhá klientovi tyto úkoly zvládnout a dosáhnout „sebeobnovy“.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Kolik klient potřebuje, tolik dostane. Na ukončení péče je klienta potřeba připravit a dosáhnout společné shody, přičemž hlavní je postoj – potřeby klienta, splnění zakázky (společné dohody). ROMAN nemá žádné konkrétně definované zásady. Důležitá je pro něj stabilita klienta, a pokud je jí dosaženo, společná práce končí.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

ROMANOVY zkušenosti jsou v tomto ohledu spíše kladné. Občas se setkal s postojem typu „raději bych se s vámi setkával přímo, nicméně nedá se nic dělat, nejde to“. Uvádí pouze jeden příklad odmítnutí online péče, když klient zjistil podrobnosti (přímý kontakt nebyl možný a distanční kontakt klient nechtěl, nevyhovoval mu). Řada klientů navíc ROMANA vyhledává právě proto, že nabízí distanční možnost terapie či poradenství. ROMANOVY má i takovou zkušenost, že někteří klienti s ním začali pracovat v online prostoru a terapii dokončili v přímém kontaktu, a obráceně. Jednalo se spíše o výjimky – většinou je to tak, že jak spolupráce začne, tak také končí.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

ROMAN i přes vlastní kladný vztah k distanční péči o pozůstalé preferuje přímý kontakt. Nevede si žádnou statistiku, nicméně se domnívá, že přímý kontakt je efektivnější a přirozenější. Distanční péči bere jako doplněk, tedy jako něco, co může pomoci za určitých okolností a s ohledem na klientovy možnosti či preference.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

ROMAN je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je pro něj náročnější. Stěžuje si na větší únavu, bolest očí, musí se více soustředit ve srovnání s přímým kontaktem. Vnímá omezené technické možnosti (psychoterapeutické techniky). Chybí mu spontánnost a překvapivost přímého kontaktu. Pracovat s klientem napřímo je pro něj přirozené. Uvědomuje si ovšem, že ne vždy je to možné, a rozhodující je prospěch klienta. ROMAN si nedovede představit, že by pracoval s lidmi pouze skrze videokonferenční kontakt. Distanční kontakt bere jako doplněk.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

ROMAN je toho názoru, že stejně jako při kontaktu přímém. Opět zmiňuje Wordenovy úkoly truchlení jakožto vodítko pro poradenství i terapii. Nutné je přijmout určitá omezení, která vyplývají z povahy distanční formy péče (menší spontaneita, obtížnější rozpoznávání emocí, nedostatek prostoru pro využití terapeutických technik). ROMAN je v tomto směru pragmatik – „lepší něco než nic“. Podle jeho názoru je důležité, aby se truchlící dostal do terapie včas, tedy čím dříve po úmrtí blízkého, tím lépe. V tomto směru je distanční péče výhodná. Důležité je zjistit, co klient potřebuje, a v případě nutnosti zprostředkovat také psychiatrickou péči. Je nutné zjistit, co brání normálnímu průběhu truchlení a které potřeby nemá klient naplněny, a ty se pokusit v terapii saturovat, což lze i distančně, pokud to klientovi vyhovuje. Klient potřebuje vyjádřit, pojmenovat a integrovat emoce, na které nestačí sám, a potřebuje oporu terapeutického vztahu, aby toho byl schopen.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Podle ROMANA hrají významnou roli absentující vztahy (nedostatek přirozené sociální opory). Následně jsou to „učebnicové“ příklady – komplikovaný

vztah se zemřelým či okolnosti úmrtí, problém s vyjadřováním emocí a jejich propojení s potřebami, neočekávaná ztráta klíčového vztahu atd.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

ROMAN v průběhu rozhovoru několikrát potvrdil, že možnost využití konkrétních terapeutických technik je při distančním kontaktu omezená. ROMAN vychází při terapii i poradenství z logoterapie, kde je ústředním médiem rozhovor a jeho specifické vedení. Využít lze podle jeho názoru bez problémů techniku dereflexe a modulaci postoje. Možné je pracovat s domácími úkoly – klientovi je poskytnuto vysvětlení, nácvik a instrukce a následně je požádán, aby úkol zrealizoval. Výsledek je potom reflektován v terapii na dalším sezení. I když to ROMAN nedělá, dovede si představit třeba deník pocitů, relaxační cvičení, dopisy vděčnosti atd. Podle ROMANA je ovšem úspěch terapie či poradenství vždy závislý na síle a hodnotě vztahu s klientem, nikoli na technice.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

ROMAN nad tímto problémem příliš nepřemýšlí, není to pro něj důležité. Setkává se s lidmi, u kterých truchlení rozhodně probíhá komplikovaně. Vzpomíná si na několik klientů, u nichž terapie trvala rok i déle. Osobně by z výše uvedených názvů volil termín Prodloužený zármutek nebo prostě jen Komplikovaný zármutek. Diagnózu nicméně vítá, jelikož péče o klienty může být díky tomu proplácena ze zdravotního pojištění. Podle ROMANA je truchlení „přirozená záležitost“, která je v některých případech prostě intenzivnější nebo trvá déle, než by se dalo čekat.

MAGDA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má ukončený komplexní výcvik v poskytování krizové intervence a následně získala profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé, má vlastní privátní praxi. Distanční formu práce s klienty využívá pouze individuálně, specializuje se výhradně na pomoc truchlícím. Práci s pozůstalými realizuje v rámci poradenských konzultací, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. MAGDA má zkušenost jak s distanční péčí o pozůstalé, tak s péčí, která se odehrává v rámci přímého kontaktu. Distanční formu péče prostřednictvím videokonferenčního hovoru začala poskytovat po získání profesní kvalifikace Poradce pro pozůstalé. Dříve poskytovala krizovou intervenci a při této práci se potkávala s klienty, kterým zemřel někdo blízký, často za dramatických okolností. Se svými klienty pracuje podle jejich potřeb poradensky. Většina poradenských intervencí u MAGDY začíná v přímém kontaktu, někdy klient následně přejde do distanční formy z důvodu lepší dostupnosti („Má to daleko, je obtížné cestovat“).

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhody distančního kontaktu při práci s pozůstalými lze podle MAGDY shrnout následovně: Pro klienty je online poradenství bezpečné a pohodlné, mohou ho realizovat z domova. Ve svém přirozeném prostředí jsou si jistější a nemusí cestovat daleko – dostupnost. Výhodné je i pro imobilní klienty, za poradcem by nedojeli, poradenství lze poskytovat v pohodlí domova.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Zásadní nevýhodu spatřuje MAGDA v obtížnosti až nemožnosti aplikovat některé terapeutické techniky, které lze realizovat v přímém kontaktu (práce s fotografiemi, box vzpomínek, technika prázdné židle atd.). U seniorů je někdy nutné překonat nižší technickou gramotnost – nácvikem, vysvětlováním. Potom si začnou být jistější a je vše v pořádku. Problémem může být výpadek internetového připojení nebo elektřiny. Někdy je horší stabilita připojení, spojení zamrzne. Zvláště seniorům, především ženám, chybí

tělesný kontakt a dotek, který sami vyhledávají („Vřelost, tělesnou blízkost online příliš neposkytuje“). MAGDA opakovaně sděluje, že preferuje setkání s klientem tváří v tvář, nicméně respektuje klientovy potřeby a bere ohled především na imobilitu, která hraje významnou roli v dostupnosti péče.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MAGDA realizuje distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Neposkytuje poradenství pozůstalým telefonicky. Podle MAGDY je nutné standardní vybavení na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a spolehlivé připojení k internetu. Nutné je mít spolehlivé zabezpečení online kontaktu (MAGDĚ se osvědčila aplikace MS Teams). Je třeba komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že klient má základní technické dovednosti ohledně videohovoru. Nezbytná je domluva, co dělat, když selže internetové připojení – MAGDA je v takovém případě připravena použít telefon, zatím ale takovou situaci neřešila. Někteří klienti potřebují s výše uvedeným pomoci, zacvičit se, aby si byli jistější.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle MAGDY není distanční kontakt vhodný u rodičů, kterým zemřelo dítě – nedovede si představit, že v takové situaci by pracovala v online prostoru. Dále zmiňuje sebevražedné sklony, při nichž je nutná hospitalizace, medikace a spolupráce s psychiatrem. Opakovaně zmiňuje, že v online prostoru nemůže plnohodnotně využít terapeutické (poradenské) techniky (práci s fotografiemi, box vzpomínek atd.). U klientů se sebevražednými sklony je vždy lepší přímý kontakt, poskytnutí krizové intervence.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Při přímém kontaktu odpadají technické záležitosti okolo připojení se k videohovoru, které naopak v online prostoru dominují. Při přímém kontaktu se z technických záležitostí staráme pouze o místo, čas, frekvenci či úhradu. V distančním kontaktu je potřeba řešit rovněž bezpečí připojení, pohodlí klienta, jeho technické zázemí a dovednosti v práci s elektronikou (telefon, počítač). Zbytek je stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Důležité je zjistit, s čím se na nás klient obrací a co potřebuje. Nutné je vyřešit, zda se bude jednat o poradenství či terapii (krizovou intervenci), a zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku. Nezbytné je posoudit, zda bude klient potřebovat i péči dalšího odborníka (psychiatra). Klient potřebuje porozumět tomu, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, v jaké frekvenci se bude s terapeutem potkávat a jaký je smysl společné práce, což jsou typické zásady vytváření zakázky i v přímém kontaktu a není zde problém je převést do kontaktu online. MAGDA se snaží být ke svým klientům maximálně upřímná a transparentní, neschovává se za roli profesionála.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Podle MAGDY v tomto ohledu není rozdíl mezi distanční a přímou péčí. Její zkušenost je taková, že online setkávání bývají kratší (kratší doba celkové péče), tedy že nedochází k prodlužování péče nad cca 8 setkání.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Poradenství pro pozůstalé končí, když klient dokáže fungovat bez zesnulého. Někomu stačí kratší doba, někdo potřebuje dobu delší. Většina klientů to zvládne do 6 měsíců. Při ukončování spolupráce je důležitá rekapitulace toho, co bylo vykonáno, odpracováno, prožito, co fungovalo. Podle MAGDY zde opět není rozdíl mezi distančním a přímým kontaktem.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

Některým klientům (zvláště seniorům) podle MAGDY chybí tělesný kontakt, dotek. To je nepřekonatelná překážka. Nicméně pokud klient nemůže dojít (např. kvůli imobilitě u starších osob), výhody převažují. Distanční forma musí vyhovovat především klientovi, to je nejdůležitější. Musí se přizpůsobit jeho potřebám, nikoli naopak. Klienti, kteří v distanční formě zůstávají, mají základní technickou gramotnost a jsou ochotni vyzkoušet něco nového, z distančního kontaktu profitují a jejich postoje jsou kladné – vstřícné.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MAGDA preferuje ve své práci přímý kontakt. Distanční péči bere jako nadstavbu, jako něco, co může pomoci. Nutné je zohlednit klientovy možnosti a preference.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MAGDA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je pro ni náročnější, především na pozornost. Objevuje se u ní větší únava. Vnímá omezené technické možnosti (psychoterapeutické techniky). Omezená je spontánnost kontaktu s klientem.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MAGDA je toho názoru, že stejně jako při kontaktu přímém je nutné být připraven na to, že práce bude probíhat v delším časovém horizontu, než je 6 měsíců. Rovněž frekvence setkávání by měla být častější. Nutné je spolu s klientem přemýšlet o dalších možnostech péče – psychiatr, nasazení medikace atd.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Podle MAGDY jsou zásadní okolnosti úmrtí (traumatické, neočekávané). Truchlení je náročné téměř vždy při úmrtí dítěte. Problémem je také osamělost, která hraje zásadní roli – pozůstalý nemá s kým hovořit, nikdo mu nepomůže, má pocit, že je na všechno sám. Pokud dojde k odložení zármutku, ten se spustí nečekaně později.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

MAGDA v průběhu rozhovoru několikrát zopakovala, že možnost využití terapeutických technik je při distančním kontaktu omezená. MAGDA se v distančním kontaktu spoléhá na rozhovor s klientem. Snaží se pracovat na „domácích úkolech“ – vysvětlí klientovi zadání (box vzpomínek; dopis na rozloučenou; dopis o tom, jak se mi daří; album vzpomínek; vytvoření rituálu; vytvoření pietního místa atd.). Následně se snaží reflektovat v distančním kontaktu užitečnost takové činnosti pro klienta a jeho zkušenost. Nutné je podle MAGDY úkol nejen zadat, ale i následně si „ověřit“ jeho splnění.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

MAGDA uvádí, že komplikovaný zármutek má v MKN své místo – potkává se s klienty, kteří truchlí příliš silně nebo příliš dlouho. Vzhledem k tomu, že nemá komplexní psychoterapeutický výcvik, nabídne takovým klientům základní poradenskou intervenci (distančně či přímo) a následně se snaží zprostředkovat návaznou péči klinického psychologa či psychoterapeuta. Z rozhovoru je zřejmé, že MAGDA si uvědomuje hranice vlastních kompetencí a chápe, jak je náročné návaznou péči takového druhu najít. V tomto ohledu občas řeší etické dilema a zvažuje, co je pro klienta lepší – jestli alespoň její péče, nebo vůbec žádná.

MIREK

Anamnestické údaje: Psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v gestalt terapii a krizové intervenci, má vlastní terapeutickou praxi a 25 let zkušeností v oboru. Pracuje s pozůstalými v rámci poradenských a terapeutických zakázek, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. MIREK má zkušenost jak s distanční péčí o pozůstalé, tak s péčí, která se odehrává v rámci přímého kontaktu. Distanční formu péče pomocí videokonferenčního hovoru začal poskytovat v situaci omezeného kontaktu, ke které došlo v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto formu práce s klienty kombinuje s kontaktem tváří v tvář, který v jeho práci převažuje. Se svými klienty pracuje podle jejich potřeb poradensky, nebo v delším horizontu terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci neposkytuje cíleně, pouze v nutných případech (aktuální intervence).

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhodou distančního kontaktu je dostupnost, nižší finanční náročnost, pohodlí pro klienta, flexibilita nebo to, že klient se rychleji dostane do péče (lepší dostupnost pro jedince z vyčleněných lokalit). Řada Čechů žijících v zahraničí potřebuje poradenskou nebo terapeutickou péči. Někteří lidé (zvláště senioři) mají problémy s mobilitou, a proto volí distanční kontakt. Pro některé klienty je alespoň první kontakt v online prostředí méně znejišťující a zúzkostňující, následně se je někdy podaří přesvědčit ke kontaktu přímému.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Nevýhodou distančního kontaktu je větší zátěž na straně poskytovatele, pokud jde o vytváření bezpečí pro klienta. To zahrnuje technické aspekty – klient musí umět zacházet s technologiemi, a pokud to neumí, je potřeba ho to naučit. Nutné je mít vždy k dispozici alternativní možnost kontaktu, pokud vypadne spojení a zasekne se obraz. V případě MIRKA je to telefon.

Spojení s klientem by mělo být zabezpečené. MIREK používá šifrovanou komunikaci aplikace Zoom („Nesmí se stát, aby obsah sezení měla k dispozici nějaká třetí strana“). Kontakt tváří v tvář je pro klienta bezpečný, protože se odehrává v pracovně. Při videohovoru tuhle jistotu MIREK nemá a několikrát se mu stalo, že klienta někdo vyrušil předčasným příchodem domů („To vidíte, slyšíte, spojení se na chvilku přeruší, on nebo ona musí něco dořešit doma“). MIREK uvádí, že je pro něj náročnější v distančním kontaktu rozpoznávat emoce („Náročnější je empatická blízkost s klientem“), výrazně je omezena neverbální komunikace. Zásadní nevýhodu spatřuje MIREK v obtížnosti až nemožnosti aplikovat některé terapeutické techniky, které lze realizovat v přímém kontaktu. Dále zmiňuje ztrátu spontaneity, kterou lze terapeuticky využít, online kontakt je více technicky ohraničený. MIREK zmiňuje, že distanční kontakt ho vyčerpává více než kontakt přímý („únava z videokonference“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MIREK nabízí distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Nutné je standardní vybavení na straně klienta i profesionála (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a spolehlivé připojení k internetu. Nutné je mít spolehlivé zabezpečení online kontaktu (MIRKOVI se osvědčila aplikace Zoom). Je třeba zjistit klientovy technické kompetence a případně je podpořit, aby online kontakt probíhal hladce. Je také nutné mít vždy záložní variantu, pokud videohovor vypadne – např. telefon – a být s klientem na této alternativě dopředu domluven.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

MIREK uvádí příklady komplikovaného zármutku, který bývá spojen se sebevražednými tendencemi, nutnou hospitalizací, medikací a spoluprací s psychiatrem. Důležité jsou také preference a možnosti klienta.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

MIREK se vrací k předchozím odpovědím a reflektuje především technické záležitosti a etické parametry. Zbytek je podle jeho názoru stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Nutné je vyjasnit si, zda se bude jednat o poradenství, nebo terapii (krizovou intervenci). Je také nutné zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku, a posoudit zapojení dalších odborníků, nejčastěji psychiatra. Klient potřebuje rozumět smyslu společné práce, je třeba se domluvit na frekvenci setkávání. Při distančním kontaktu je pro MIRKA důležitá zpětná vazba klienta ohledně spokojenosti s danou formou spolupráce.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Není zde výrazný rozdíl oproti přímému kontaktu. Rámcem pro práci s truchlením jsou pro MIRKA tzv. Wordenovy úkoly truchlení a obvyklá oscilace mezi orientací na ztrátu a na životní úkoly (výzvy). Obojí musí dostat prostor, musí vzniknout prostor pro truchlení (odžití smutku, emoční abreakce, integrace emocí a potřeb) i pro přijetí nových rolí a nového způsobu života. Typická distanční intervence se neliší od intervence tváří v tvář. Oslabena je spontaneita setkání, nelze přímo aplikovat některé terapeutické techniky, online setkání má jasně dané hranice. Těžiště více spočívá v rozhovoru. V online intervencích lze vytvářet prostor pro tzv. domácí úkoly, kdy klient získá inspiraci, následně ji zrealizuje a při dalším sezení reflektuje přínos. MIREK poskytuje pozůstalým převážně poradenství a v určitých případech terapeutické vedení (individuální).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Pro MIRKA je důležitá stabilita (stabilizace) klienta, a pokud je jí dosaženo, společná práce končí. MIREK zde nevidí rozdíl oproti běžné praxi. Při práci

s truchlením v online prostoru se běžně dostává do intervalu 8 až 12 sezení. Pokud se jedná pouze o poradenství, doprovázení zabere čtyři až šest sezení.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

Podle MIRKA se jedná o postoje vstřícné, přijímající. V řadě případů byl MIREK překvapen technickými dovednostmi seniorů a jejich ochotou online kontakt využít. Když s videohovory začínal, převažovala na jeho straně skepse, nebyl si jistý, jaká bude poptávka a jak bude klientům užitečný. Nyní chápe, že jeho obavy byly zbytečné. Někteří pozůstalí začínají s MIRKEM pracovat online a následně dojde k přímému kontaktu, či obráceně. Řada klientů preferuje pouze online setkání, což je většinou dáno určitými překážkami (nedostupnost péče, časové možnosti, snížená mobilita).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MIREK preferuje přímý kontakt. Distanční péči vnímá jako možnost či příležitost a chápe, že se tak dostane k potřebným více pomoci a v kratším čase. Distanční péči bere jako doplněk, tedy něco, co může pomoci za určitých okolností a s ohledem na klientovy možnosti a preference. Nicméně efektivitu distančního kontaktu nepopírá. Má za sebou řadu úspěšných intervencí, které s pozůstalými proběhly pouze v online prostoru.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MIREK je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je pro něj ve srovnání s kontaktem tváří v tvář náročnější. Stěžuje si na vyčerpání, bolest očí, občas bolest hlavy, více se musí soustředit ve srovnání s přímým kontaktem a má dojem, že bývá také aktivnější, aby rozhovor s klientem měl terapeutický potenciál. Vnímá omezené technické možnosti (psychoterapeutické techniky). Pracovat s klientem napřímo je pro něj přirozenější, nechtěl by o tento aspekt práce přijít. Důležitý je ovšem prospěch klienta, ve své praxi má týdně vyhrazeno 12 online setkání.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

V tomto ohledu MIREK nevnímá rozdíl oproti přímé formě terapie. Zmiňuje práci Wordena a jeho úkolový model, který je užitečný i pro zacházení s komplikovaným zármutkem. Nutné je respektovat omezení, která vyplývají z povahy distanční formy péče (menší spontaneita, horší rozpoznávání emocí, nedostatek prostoru pro využití terapeutických technik, omezení neverbální komunikace). Podle jeho názoru je důležité, že distanční forma péče umožní dostat se do terapie včas. V ideálním případě je vhodné u komplikovaného zármutku kombinovat přímý a distanční kontakt. Nutné je zprostředkovat terapeutický proces, vytvořit funkční – pracovní vztah s klientem, čehož lze v online prostoru dosáhnout bez větších potíží. Důležité je zjistit, co brání normálnímu průběhu truchlení, které potřeby nemá klient naplněny, které emoce nedokáže integrovat a prožít. Pokud klientovi distanční kontakt vyhovuje, není s tím problém.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Zásadní roli podle MIRKA sehrávají následující faktory: povaha vztahu mezi pozůstalým a zesnulým, nedostatek sociální opory (to především), okolnosti úmrtí.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

Podle MIRKA je možnost použití konkrétních terapeutických technik v distančním kontaktu omezená. Ústředním médiem je rozhovor, ten zprostředkovává terapeutický proces. Výhodou je podle MIRKA to, že při práci s truchlením nejsou terapeutické techniky rozhodující. Zásadní je vztah s klientem, ten přináší změnu a lze ho vytvořit i skrze distanční kontakt. Možné je pracovat za určitých okolností s domácími úkoly – klientovi je poskytnuto vysvětlení a instrukce a následně je požádán, aby úkol zrealizoval. Výsledek je potom reflektován v terapii na dalším sezení. MIREK zmiňuje, že

někdy pomáhá v závěru terapie (poradenství) klientovi s vytvořením rituálu rozloučení, ale není to typické.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

MIREK danou diagnostickou kategorií akceptuje (některé formy zármutku jsou komplikované – délkou, intenzitou) a přemýšlí nad tím, zda by nestačilo daný problém pojmenovat jako poruchu přizpůsobení. Osobně by volil označení komplikovaný zármutek nebo prodloužené truchlení. Rozhodně se mu nelíbí název patologický zármutek – působí stigmatizačně.

PETRA

Anamnestické údaje: Má vystudovaný obor Sociální práce a ukončený komplexní psychoterapeutický výcvik (PCA – Person-centered approach), dosaženou profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé, výcvik v krizové intervenci, vlastní privátní praxi. PETRU přivedla k práci s pozůstalými osobní zkušenost s komplikovaným truchlením. Poradenství a terapii s touto klientelou realizuje již 11 let. V online prostředí začala PETRA pracovat několik let před pandemií onemocnění covid-19. Došlo jí, že se tak může přiblížit klientům, pro které není péče v přímém kontaktu dostupná. Následně měla v distanční péči Čechy dlouhodobě žijící v zahraničí a mimo místo jejího bydliště. Tuto formu kontaktu nabízí stále, preferuje ovšem přímé setkání. Pokud pracuje s klientem v online prostředí, tak prostřednictvím videohovoru (videokonference). Specializuje se na dospělou klientelu a individuální poradenství či psychoterapii. Z dřívějších pracovních pozic má zkušenosti rovněž s poskytováním krizové intervence. PETRA se primárně zaměřuje na dlouhodobější terapeutické vedení klientů – setkává se častěji s případy komplikovaného zármutku.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhody distančního kontaktu při práci s pozůstalými jsou podle PETRY následující: Pro klienty je online poradenství bezpečné a pohodlné, mohou ho realizovat z domova. Ve svém domově jsou si jistější a nemusí cestovat daleko (tj. snazší dostupnost). Výhodný je také pro klienty se sníženou mobilitou. Celkově je zásadní dostupnost – přímá péče v některých regionech chybí.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

PETRA je toho názoru, že než začne odborník s klienty pracovat distančně (online), mě by mít nejen odpovídající vzdělání, ale především rozsáhlé zkušenosti v přímé péči tváří v tvář, a teprve následně začít pracovat online. Nevýhodou distančního kontaktu je obtížnost posouzení aktuálního stavu klienta, pokud terapeut nemá odpovídající zkušenosti, může něco opomenout. Jde tedy o rozpoznatelnost klientova stavu, emocí, potřeb – je

kladen větší důraz na terapeutovu pozornost, jeho zkušenosti (vše je hůře čitelné). Online kontakt je pro terapeuta náročnější. Nevýhodou může být nižší technická gramotnost klienta (v některých případech). Problémem může být také výpadek internetového připojení (nebo nestabilita připojení). PETRA opakovaně uvádí, že preferuje setkání s klientem tváří v tvář, nicméně respektuje klientovy potřeby a bere ohled především na imobilitu, která hraje významnou roli v dostupnosti. Ze strany klienta je někdy omezena otevřenost, pokud jde o emoce. Na jednu stranu nabízí online prostor větší anonymity, na druhou stranu někdy chybí jistota, jestli prostředí, ze kterého se klient připojí, je skutečně bezpečné („Je doma sám, může otevřeně komunikovat?“). Tohle je potřeba ošetřit. Online prostředí je navíc chladnější, odosobněné, a to může hrát svou roli („Nacítit blízkost – více prožít emoce... to je překážka“). Překážkou může být podle PETRY také to, že pokud jde o truchlení, klient se většinou připojí z domova, což je místo, které mu zesnulého připomíná, někdy dokonce i místo, kde dotyčný zemřel. Lze uvažovat o tom, že neutrální pracovna terapeuta nabízí odstup. Na druhou stranu lze přirozené prostředí využít k aktivizaci emocí, protože je plné věcí, které zesnulého připomínají.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

PETRA realizuje distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Nutný je standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu a spolehlivé zabezpečení online kontaktu. Je třeba komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jisté, že klient má základní technické dovednosti. Nezbytná je domluva, co dělat, kdy internetové připojení selže. PETRA je v takovém případě připravena použít telefon (je to předem domluveno).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Distanční kontakt není vhodný u nedostatečně motivovaného klienta. PETRA se domnívá, že pokud by s takovým klientem pracovala tvář v tvář, jeho motivaci by spíš dokázala posílit. Dále PETRU napadl člověk se smyslovým hendikepem či mentálním postižením nebo člověk emocionálně velmi rozrušený, který by k uklidnění potřeboval cítit fyzickou blízkost terapeuta. Zároveň ale uvádí, že ve své praxi se nesetkala s případem, kdy by online forma práce s truchlením nešla realizovat. U výše uvedených příkladů by nicméně uvažovala spíš o přímé formě setkání. PETRA by si netroufla distančně pracovat s dítětem. Sice takového klienta dosud neměla, ale v takové situaci by volila raději přímý kontakt.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Při přímém kontaktu odpadají technické záležitosti okolo připojení se do videohovoru, které v online prostoru dominují. Při distančním kontaktu je potřeba řešit bezpečí připojení, pohodlí klienta, jeho technické zázemí a dovednosti při práci s elektronikou. Zbytek je stejný jako u přímého kontaktu tvář v tvář. Nutné je posoudit, zda se bude jednat o poradenství, či terapii. Na PETRU se obrací klienti, kteří prožívají obtížný zármutek, poskytuje především dlouhodobou terapii. Je třeba posoudit, zda bude klient potřebovat i péči dalšího odborníka (psychiatra).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Důležité je na začátku ošetřit technické věci – připojení, zabezpečení –, doptat se na spokojenost s touto možností, probrat vhodnost distančního kontaktu. Zbytek je vlastně stejný jako při setkání tvář v tvář („Jako terapeutka se musím více soustředit a být více aktivní ve srovnání s přímou

pěcí. Důležité je dát klientovi prostor opravdu naplno truchlit, mluvit o čem potřebuje, plakat tak jak potřebuje, zlobit se tak jak potřebuje, nedávat mu nějaké limity, jak by to mělo být, jak by to mělo vypadat, jak by to mělo dlouho trvat“). Důležité je, v jaké fázi truchlení se člověk nachází (Wordenovy fáze – úkoly). V momentě, kdy člověk vyhledá poradenství, nachází se na samém začátku; zemřel mu blízký, ještě neproběhl pohřeb a jde o to podpořit jej, aby dokázal projít jednotlivé kroky pohřebních rituálů. Když už je po pohřbu a člověk se opravdu naplno dostává do fáze truchlení, intervence jsou založeny hlavně na tom, aby byl dán prostor pro vyjádření smutku a žalu, pro opakované vyprávění, jak se věci odehrály, jak se staly, co se děje, co je potřeba. Dále je nutné mapovat a aktivizovat přirozenou sociální oporu klienta. Důležité je hledat spolu s klientem, co mu může být kotvou, čeho se může do budoucna držet, a hledat spolu s ním zdroje smyslu, proč v životě pokračovat.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

PETRA je toho názoru, že práce s pozůstalým končí, když je dotyčný schopen fungovat bez zesnulého, objevuje se nová radost ze života, nový smysl, vzpomínky už nejsou tak zraňující, klient funguje v běžném životě. Před ukončením spolupráce je nutná příprava. Každotýdenní frekvence setkávání se změní na setkávání jednou za 2 týdny, jednou za měsíc. Neliší se to od přímého kontaktu.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

PETRA na základě zkušeností uvádí, že jejím klientům online setkávání vyhovuje a neměla dosud klienta, který by společnou práci přerušil z důvodu distančního kontaktu („Mým klientům to vyhovovalo, zejména těm, kteří nemohli služeb využívat osobně. To, co jim vyhovovalo, byla spolupráce se mnou, ale zároveň jsem přesvědčená, že kdyby ty služby byly v jejich lokalitě, tak by samozřejmě využili někoho, kdo by byl v té lokalitě, těžko říct. Ve zpětných vazbách od klientů převažoval ten postoj, že [jsou vděční, že]

vůbec tuhle službu můžou čerpat, že vlastně mají vůbec možnost získat něco takového – že to je v online formě, neřešili, spíš prostě byli vděční za pomoc“).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

PETRA preferuje ve své práci přímý kontakt. Distanční péči bere jako doplněk. Nicméně na základě svých zkušeností vnímá distanční péči jako efektivní – vede ke zlepšení, uzdravení, stabilizaci.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

PETRA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je náročnější, především na pozornost. Objevuje se u ní větší únava v porovnání s přímým kontaktem. Těžší je rozpoznávat u klienta emoce.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

PETRA je toho názoru, že stejně jako při kontaktu přímém je nutné být připraven na to, že práce bude probíhat v delším časovém horizontu. Rovněž frekvence setkávání musí být častější (jedenkrát týdně je nutnost). Nezbytné je spolu s klientem přemýšlet o dalších možnostech péče – psychiatr, nasazení medikace atd. –, uvažovat mutlidisciplinárně a pomoci klientovi vyhledat či doporučit mu další odborníky.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Podle PETRY hrají významnou roli okolnosti úmrtí a také to, pokud rodičům zemře dítě nebo dětem zemře rodič. Jsou-li okolnosti úmrtí traumatické (sebevražda, nález mrtvého, nutnost identifikace, nenajde se tělo zesnulého), komplikace lze očekávat téměř jistě. V takových případech je nutná bezprostřední pomoc (krizová intervence), a pokud se tak nestane, lze předpokládat

komplikace. PETRA rovněž zmiňuje zkušenost s odloženým truchlením, které bylo vyvoláno až po několika letech od samotné události.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

Vzhledem k primárnímu psychoterapeutickému výcviku (PCA – viz anamnestické údaje) je hlavní metodou (technikou) PETRY rozhovor s klientem a budování terapeutického (poradenského) vztahu. Tudíž se necítí v tomto směru distančním kontaktem limitována.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

PETRA uvádí, že komplikovaný zármutek existuje; setkává se s klienty, kteří truchlí příliš silně či dlouho nebo je truchlení odložené. Z literatury ví o maskované formě zármutku, ale v distanční péči takového klienta neměla.

EMÍLIE

Anamnestické údaje: Psycholožka, má komplexní výcvik v poskytování krizové intervence, výcvik v dynamické psychoterapii a výcvik v pozůstalostním provázení, získala profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé. Má 15 let praxe v oboru. EMÍLIE aktuálně pracuje již čtvrtým rokem pro organizaci, která poskytuje psychologickou a sociální pomoc pozůstalým (distanční i přímý kontakt). Specializuje se na krizovou intervenci a psychologické poradenství. Má rozsáhlé zkušenosti s distanční péčí (prostřednictvím telefonu i videohovoru) i péčí přímou. Pracuje s dospělými či dospívajícími. Ve své praxi se nejčastěji setkává s problematikou anticipovaného truchlení. Preferuje osobní kontakt, distanční péči vnímá jako cenný doplněk a v některých případech nutnost.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

EMÍLIE shrnuje výhody následovně: dostupnost, časová úspora, menší finanční náročnost (lze odečíst náklady za dopravu, možnost pro Čechy žijící v zahraničí), včasnost péče, bezbariérovost, pohodlí. Připojení z domova navozuje pocit bezpečí.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle EMÍLIE je při distančním kontaktu těžší se na klienta emočně napojit, rozpoznat jeho emoce a potřeby. Náročné je to zvláště při telefonickém kontaktu. Dále zmiňuje, že nikdy nelze dopředu odhadnout možnost vyrušení klienta, nikdy nelze zaručit pro klienta bezpečné prostředí („Pokud je pozůstalý například doma, připojí se do videohovoru se mnou, nemohu plně garantovat, že ho nikdo nebude rušit, poslouchat – mohu na to klienta připravit, mohu to s ním vykomunikovat, ale stejně se mi párkrát stalo, že k podobnému narušení sezení došlo“). Další nevýhodou je ztráta spojení či signálu a nižší technická zdatnost některých klientů (nutná edukace, domluva, plán náhradního spojení atd.). Diskutabilní je tato forma v případech terapie u komplikovaného zármutku. Zde vidí EMÍLIE řešení ve střídání obou forem a jejich vzájemném

doplňování. Nelze využít některé terapeutické techniky, které jsou vhodné pro přímou péči. EMÍLIE preferuje přímý kontakt a distanční formu péče bere jako nutnost v případě lokální nedostupnosti.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

EMÍLIE zmiňuje nutný standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon). Nutné je především spolehlivé připojení k internetu pro videohovor a také zabezpečení online kontaktu. Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti. V případě telefonování řada technických dovedností odpadá, nicméně je třeba jasně určit čas (kdy se spojíme) a místo (kde klient bude – bezpečí a klid). Zapotřebí je domluva, co dělat, pokud internetové připojení selže. EMÍLIE se v průběhu rozhovoru opakovaně vrací k bezpečí vlastnímu i klienta – je třeba si říci, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, reflektovat technická úskalí a klientovy dovednosti při práci s technologiemi. Důležitý je, aby klient nebyl v průběhu distančního kontaktu rušen.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle EMÍLIE není distanční kontakt vhodný pro člověka se smyslovým hendikepem. Rovněž je toho názoru, že pokud není klient verbálně obratný, má potíže s vyjadřováním, nebude z distanční péče profitovat a více by mu prospělo přímé setkání s odborníkem. EMÍLIE se domnívá, že distanční kontakt je vhodný při poradenství pro pozůstalé a při stabilizační péči či krizové intervenci. Diskutabilní je podle ní terapeutické působení u komplikovaného zármutku a v případě sebevražedných tendencí klienta.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Typická zakázka je postavena na tom, že pozůstalý se cítí zahlcený vzpomínkami na zemřelého a potřebuje o něm s někým mluvit, ale nemá s kým nebo nechce blízké pořád dokola obtěžovat. Většinou se ozve přibližně měsíc po ztrátě, kdy to začíná být nejhorší. EMÍLIE v tomto ohledu akcentuje Wordenův úkolový model a duální model procesu truchlení. Oba přístupy jsou podle ní při pomoci pozůstalým užitečné. Tyto koncepty poskytují základ při vytváření zakázky, při doprovázení klienta procesem truchlení. EMÍLIE rovněž poukazuje na svou profesní zkušenost, neboť pracuje také s pečujícími, kteří se v dohledné době stanou pozůstalými. V tomto kontextu se setkává s anticipovaným truchlením a je toho názoru, že kontinuální podpora, zatímco se z pečujících stávají pozůstalí, předchází komplikovaným formám zármutku („Tady se dá udělat hodně práce, aby truchlení nebylo tak těžké, aby se dalo přijmout a nekomplikovalo se“). Při následném doprovázení pozůstalých nabízí většinou 10 poradenských – podpůrných (stabilizačních) setkání. Následně, pokud je to potřeba, pomáhá zprostředkovat návaznou péči (psychoterapie, psychiatrická péče).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

EMÍLIE opět akcentuje paradigma Wordenova úkolového modelu a duálního modelu truchlení. Základem je, aby terapeut dokázal přijmout, že to, co klient prožívá, je v pořádku („První tři setkání jsou mapovací, pokud to dává smysl, pokračujeme do desátého setkání“). Je to období hledání nové identity, nového způsobu života, období přechodu („Pomáhám klientovi, aby ztráta nezasahovala tolik do jeho života, aby mohl plnit role, fungovat, aby dokázal vzpomínat na toho člověka s láskou, usadit si toho zemřelého někam do života a moci na něj vzpomínat bez zbytečné bolesti s hřejivým pocitem, s vděčností za společně prožitý čas“). Nutné je také pomoci klientovi přijmout ztrátu společné budoucnosti. Důležité je prožítí a pojmenování

emocí a potřeb („V mém případě bych nehovořila o terapii, jedná se o provázení procesem truchlení“).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

EMÍLIE je toho názoru, že je nutné při distanční práci s pozůstalými průběžně reflektovat to, co se daří a co nikoli, co je pro pozůstalé důležité, co vnímají jako nosné. Tato reflexe se musí dotýkat i platformy distančního setkávání. Nutné je postupné rozvolňování vztahu a průběžné připomínání, kolik ještě setkání zbývá. EMÍLIE poskytuje klientům péči, která je zpravidla limitována 10 setkáními. V řadě případů se jedná o péči navazující na doprovázení rodiny umírajícího člověka. Závěr úspěšné intervence se podle EMÍLIE pozná tak, že pozůstalý je připraven otevřít se okolnímu světu a je schopen o své ztrátě mluvit s ostatními.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

EMÍLIE vnímá spokojenost, vděčnost klientů.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

EMÍLIE je toho názoru, že efektivita je dostačující při podpurném a stabilizačním kontaktu či při poskytování krizové intervence. Přímá péče bude efektivnější při terapii zármutku, při práci s komplikovaným truchlením.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

EMÍLIE se na základě vlastních zkušeností domnívá, že práce v online prostoru skrze videohovor i telefonické intervence je pro ni náročnější – především na pozornost, kvůli únavě.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

EMÍLIE je v tomto ohledu skeptická. Pokud by měla pracovat s případem komplikovaného zármutku, raději by nabídla pozůstalému přímý kontakt.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

EMÍLIE je toho názoru, že důležité jsou osobnostní charakteristiky pozůstalého („Úzkostný, depresivní klient s psychiatrickou zátěží“). Dále akcentuje okolnosti úmrtí – nehoda, sebevražda. Velkou roli může hrát způsob, jakým se pozůstalí o ztrátě dozvědí. Důležitá je rychlost krizové intervence – čím dříve po úmrtí, tím lépe, předchází se tak budoucím komplikacím. Významnou roli hraje osamělost pozůstalého, nedostatek přirozené sociální opory.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

EMÍLIE zde vnímá slabinu distanční péče. V distančním kontaktu se spoléhá především na rozhovor.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

EMÍLIE se domnívá, že zásadní roli v tomto ohledu budou hrát faktory informovanosti odborné veřejnosti, především lékařů či psychiatrů. Podle ní zde existuje nebezpečí nadbytečné farmakologické léčby („Léky mohou zpomalit proces přijetí ztráty a utlumit emoce, které je potřeba prožít“). Na druhou stranu člověk potřebuje fungovat v běžné každodennosti a léky v tomto ohledu mohou pomoci. Důležitý je správný výběr a správné nasazení farmakologické léčby.

EMIL

Anamnestické údaje: Psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v gestalt terapii a krizové intervenci a vlastní terapeutickou praxi, 17 let zkušeností v oboru. Pracuje s pozůstalými v rámci poradenských a terapeutických zakázek, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. EMIL má zkušenost jak s distanční péčí o pozůstalé, tak s péčí, která se odehrává v rámci přímého kontaktu. Distanční formu pomocí videokonferenčního hovoru začal poskytovat v situaci omezeného kontaktu, ke které došlo v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto formu práce s klienty kombinuje s kontaktem tváří v tvář, který v jeho práci převažuje. Se svými klienty pracuje podle jejich potřeb poradensky, nebo v delším horizontu terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci neposkytuje cíleně, pouze v nutných případech (aktuální intervence).

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhodou distančního kontaktu je dostupnost, nižší finanční náročnost, pohodlí pro klienta, flexibilita a to, že se klient rychleji dostane do péče (tj. lepší dostupnost pro jedince z vyčleněných lokalit). Poradenskou nebo terapeutickou péčí potřebuje řada Čechů žijících v zahraničí. Někteří lidé (senioři, chronicky nemocní, hendikepovaní) mají problémy s mobilitou, a proto volí distanční kontakt. Pro některé klienty je alespoň první kontakt v online prostředí méně znejišťující, zúzkostňující. Následně se je někdy podaří přesvědčit ke kontaktu přímému, nebo lze distanční kontakt s přímým kontaktem občas kombinovat.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Nevýhodou distančního kontaktu je větší náročnost na straně poskytovatele, pokud jde o budování bezpečí pro klienta. To má své technické i vztahové aspekty. Klient musí umět zacházet s technologiemi, nebo je nutné ho to naučit. K dispozici musí být alternativní možnost kontaktu, pokud dojde k narušení

online spojení. EMIL v takovém případě volí mobilní telefon. Spojení s klientem by mělo být zabezpečené. EMIL má dobrou zkušenost s aplikací Zoom. Při videohovoru EMIL potřebuje mít jistotu, že klient je v bezpečném prostředí, a tento aspekt je potřeba si dopředu s klientem vyjasnit a nastavit si v tomto ohledu pravidla („No potřebuji mít jistotu, že ho nikdo nebude rušit, poslouchat, že se cítí v tom svém prostředí jistě, chráněný, bezpečný“). Pro EMILA je náročnější v distančním kontaktu rozpoznávat emoce klienta, je omezena neverbální komunikace. Zásadní nevýhodu spatřuje EMIL v limitované aplikaci některých terapeutických technik. EMIL zmiňuje, že distanční kontakt ho vyčerpává více než kontakt přímý („únava z videokonference“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

EMIL nabízí distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Nutné je standardní vybavení na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu a spolehlivé zabezpečení online kontaktu. Nezbytné je zjistit a případně podpořit klientovy technické kompetence, aby online kontakt nebyl rušen. Je třeba mít vždy záložní variantu – pokud vypadne videohovor, použít telefon, dopředu být s klientem na této variantě domluven.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

EMIL uvádí příklady komplikovaného zármutku spojeného se sebevražednými tendencemi, nespavostí, únavou, nutnou hospitalizací, medikací a spoluprací s psychiatrem.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

EMIL reflektuje především technické a etické parametry. Zbytek je podle jeho názoru stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Nutná je orientace v tom,

zda se má jednat o poradenství či terapii (krizovou intervenci). Je třeba zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku, a posoudit zapojení dalších odborníků, nejčastěji psychiatra. Klient potřebuje rozumět smyslu společné práce, nutné je domluvit se na frekvenci setkávání. Při distančním kontaktu je pro EMILA důležitá zpětná vazba klienta ohledně spokojenosti s danou formou spolupráce. Praktickými vodítky jsou Wordenovy úkoly procesu truchlení.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Není zde zásadní rozdíl oproti přímému kontaktu. Nikdy nelze hovořit o „typické intervenci“. Rámcem pro práci s truchlením jsou pro EMILA Wordenovy úkoly truchlení. Důležité je, aby vznikl prostor pro truchlení („Klient dostává prostor k truchlení, vyjádření zármutku, jsou tak legitimizovány jeho emoce a potřeby“) a následně i pro přijetí nových rolí a nového způsobu života či nové identity. Typická distanční intervence se v základu neliší od intervence tváří v tvář. Ochuzena je spontaneita setkání, nelze přímo aplikovat některé terapeutické techniky. Důležité je specifické vedení rozhovoru s ohledem na to, zda se jedná o krizovou intervenci, poradenství či terapii.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Pro EMILA je důležitá stabilita klienta, a pokud je jí dosaženo, společná práce končí. EMIL je toho názoru, že klient dostane tolik, kolik potřebuje. Jako terapeut není limitován pojišťovnou nebo počtem sezení. Důležité je, aby se u klienta znovu objevila schopnost emoční regulace, pocit kompetentnosti a kontroly nad směřováním vlastního života a alespoň záblesk nového životního úkolu – smyslu.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

Podle EMILA se v konečném důsledku jedná o postoje vstřícné, přijímající, vděčné, a to i když pracuje s klientem, který by preferoval přímý kontakt, ale tato možnost není k dispozici.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

EMIL je zastáncem přímého kontaktu. Distanční péči vnímá jako příležitost dostat k potřebným pomoc v kratším čase. Bere ji jako doplněk, jako něco, co může pomoci za určitých okolností a s ohledem na klientovy možnosti či preference. Efektivitu distančního kontaktu nicméně akceptuje. Má za sebou řadu úspěšných intervencí, které s pozůstalými proběhly pouze v online prostoru.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

EMIL je toho názoru, že práce prostřednictvím videohovoru je pro něj ve srovnání s přímým kontaktem náročnější („Jednoznačně jsem více unavený, bolí mě oči, musím se více soustředit“). Být s klientem přímo je pro něj přirozenější, nechtěl by o tuto formu přijít; nedovede si představit, že by realizoval pouze distanční práci s klienty.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

V tomto ohledu EMIL nevnímá rozdíl ve srovnání s přímou formou terapie. Zmiňuje opět práci Wordena a jeho úkolový model, který je užitečný rovněž pro zacházení s komplikovaným zármutkem. Nutné je respektovat omezení vyplývající z povahy distanční péče (menší spontaneita, horší rozpoznávání emocí, nedostatek prostoru pro využití terapeutických technik, ochuzení neverbální komunikace). Podle jeho názoru je důležité, že distanční forma umožňuje dostat se do terapie včas. V ideálním případě je vhodné u komplikovaného zármutku kombinovat přímý a distanční kontakt. Pokud klientovi distanční kontakt vyhovuje, není s tím problém.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Zásadní roli podle EMILA sehrávají okolnosti úmrtí („Úmrtí, které je neočekávané, dojde k němu za dramatických okolností, typicky jsou to sebevraždy a nehody“). Dále zmiňuje povahu vztahu („Často se setkávám s pozůstalými, kteří měli se zesnulým komplikovaný vztah a v terapii potřebují tento aspekt oživit, zpřítomnit, uzavřít – odžít“). Většinou s takovými klienty začíná pracovat v rovině krizové intervence a následně se objevují zážitky z minulosti, které jsou spojené s traumaty, křivdami. Typicky se jedná o pozůstalé truchlící za rodičem. Za určitých okolností se objevuje také práce s vinou, kterou klient prožívá, protože se domnívá, že něco neudělal správně nebo něco konkrétního zavinil.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

Podle Emila je možnost použití konkrétních terapeutických technik v distančním kontaktu omezená. Ústředním médiem je rozhovor, ten umožňuje terapeutický proces. Zásadní je vztah s klientem, který zprostředkovává změnu a lze ho vytvořit i skrze distanční kontakt.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

EMIL uvedenou diagnostickou kategorii přijímá spíše s povděkem (některé formy zármutku jsou komplikované – délkou, intenzitou, průběhem). Osobně by volil jiný termín, označení patologický zármutek působí stigmatizačně.

BERTA

Anamnestické údaje: Klinická psycholožka a psychoterapeutka, má 25 let praxe v oboru. BERTA aktuálně pracuje pro několik organizací, které pomáhají nejen pozůstalým, ale i umírajícím. Dokončila několik komplexních psychoterapeutických výcviků (PCA – Přístup zaměřený na člověka; Rodinná terapie; Krizová intervence a práce s traumatem, Poradenství pro pozůstalé). Při práci s pozůstalými podle potřeby poskytuje krizovou intervenci, psychologické poradenství nebo terapeutické vedení klientů s komplikovanými formami zármutku. Má zkušenosti s distanční péčí (po telefonu) i péčí přímou. Pracuje s dospělými i dětmi. Specializuje se především na rodinnou terapii. Typickým klientem BERTY jsou rodiče, kterým zemřelo dítě. Distanční péči o pozůstalé bere jako doplněk, preferuje přímý kontakt nebo kombinovanou formu spolupráce s klientem.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

BERTA často pracuje s komplikovanými formami zármutku, kdy typickým klientem je žena (nebo rodina), která za tragických okolností přišla o dítě. V tomto směru vnímá distanční telefonický kontakt jako podpůrný, stabilizační prvek, který ušetří čas a zvýší dostupnost. Tato forma spolupráce s klientem může být i včasná, čímž se dá předejít komplikovanému zármutku.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Nevýhodou distančního kontaktu je absence fyzické blízkosti klienta a terapeuta. Klienti, kterým by pomohl dotek či objetí, se bez tohoto aspektu musejí obejít. V distančním telefonickém kontaktu se hůře pracuje s tichem. Tato forma setkávání rovněž nebude vyhovovat klientům, pro které je celkově významná nonverbalita. Podle BERTY je nevýhodou aspekt bezpečí klienta – je prostředí, ve kterém se nachází, pro něj skutečně bezpečné, pohodlné? Může otevřeně hovořit? Tento aspekt je potřeba ošetřit a průběžně reflektovat. Nelze také plnohodnotně využívat terapeutické techniky.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Postoj BERTY je k distančním formám kontaktu vstřícný, nicméně na základě svých zkušeností uvažuje, že je vhodné střídat online kontakt s přímou péčí, pokud to jde. BERTA vnímá distanční kontakt jako doplněk, má podle jejího názoru velký potenciál do budoucna. Největším technickým úskalím je podle BERTY bezpečí klienta – je třeba si říci, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje. Důležitý je čas a prostor, tj. aby klient nebyl rušen druhými osobami a cítil se při distanční péči pohodlně. BERTA rovněž zmiňuje zajímavou věc, která se týká ukončení distančního setkání: je toho názoru, že klient by měl mít ještě cca 15 minut pro sebe, aby v něm doznělo to, co se v průběhu intervence odehrálo. Na tuto zásadu své klienty upozorňuje („Potřebuje místo, kde není rušen, a ideálně aby to nebylo uprostřed pracovní doby – kdy jako odběhne z práce a pak se zase vrátí; myslím si, že je lepší, když potom má ještě nějaký čas, kdy může průběh sezení doznít, takový přechodový čas. U dospívajících, kde vím, že rodiče nejsou schopni akceptovat, že mají zavřené dveře, že jim nepolezou do pokojíčku, že nebudou poslouchat, tam to prostě nenabízím, anebo si jasně pojmenuji, že tohle se dělat nebude – dostanou se ven věci, které nepřísluší dalším lidem. Je to ten typ rodičů, u kterých přesně vím, proč to nemají slyšet“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle BERTY rozhodují preference klienta, a pokud mu distanční setkávání nevyhovuje, nelze ho nutit. Kontraindikací je vysoká intenzita emocí, výrazná emoční labilita nebo komorbidní porucha osobnosti, disharmonický vývoj osobnosti. Rovněž klient, který celkově ztrácí schopnost fungovat v běžném životě a přemýšlí o sebevraždě, není pro distanční péči vhodný, stejně jako klient, který není schopen dostat se do kontaktu se svými emocemi, a rovněž většina dětí nebo obecně dospívajících („Myslím si, že u dětí a dospívajících je to jenom opravdu pro ty vyzrálé, kteří budou schopni takto

pracovat. Myslím si, že pro děti je to něco, co lze použít pouze k udržení kontaktu. Že mi ukážou pokojíček, nějaké hračky, svého pejska nebo mě třeba můžou vzít online na hřbitov, ale vůbec si myslím, že děti ani na to nejsou připravené, abychom rozjžděli nějakou víc terapeutickou práci online“).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Online práce je náročnější (a pomalejší) na budování důvěry a vztahu. Při práci je stěžejní prvek vztahovosti (klient – terapeut) a normalizace: truchlení se svými projevy je přirozenou reakcí. BERTA vnímá distanční kontakt jako doplněk, kdy navazuje na péči přímou nebo na předcházející doprovázení rodiny, která pečovala o umírajícího člena. V jejím případě je zakázka dána těmito fenomény, tedy kontextem. Pokud si s klientem telefonuje, jedná se většinou o formu krizové intervence, a pak je důležitá stabilizace a podpora klienta, zhodnocení suicidality. Pokud je klient stabilní, telefonické intervence slouží k jeho podpoře – identifikace opomíjených potřeb, edukace. V případě BERTY nelze hovořit o terapeutické distanční péči. V práci jí v tomto směru pomáhá model duálního procesu truchlení.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Typická intervence je dána kontextem – jedná se buď o krizovou intervenci, nebo o stabilizační podporu a edukaci. BERTA zmiňuje, že podstatou každé její distanční intervence je orientace klienta na krátkodobou budoucnost a domluvení si dalšího kontaktu. BERTA uvádí, že nemá dojem, že by v přímém kontaktu postupovala jinak. Obtížné je, že chybí vizuální kontakt, hůře se jí v distančním kontaktu pracuje s tichem. Zároveň ale dodává, že někdy má dojem (zvláště v náročných případech truchlení), že chybějící vizuální kontakt je úlevou jak pro terapeuta, tak pro klienta, který si dovolí více prožívat emoce a dostane se tak do větší emoční hloubky.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

BERTA průběžně reflektuje při distanční práci s pozůstalým to, co se daří a co nikoli, co je pro pozůstalého důležité, co si odnáší. Toto postupné zastřešování vede k tomu, že se snadněji definuje bod, kdy už další kontakt není třeba. Zároveň ale BERTA dodává, že každému klientovi dává možnost ji kontaktovat, pokud dojde ke zhoršení stavu. Důležitá je i průběžná zpětná vazba, která se týká spokojenosti s distančním kontaktem. Rámec ukončování kontaktu s klientem je také definován časem. V rámci jedné organizace je možné potkávat klienta 13 měsíců od úmrtí, v další organizaci, pro kterou BERTA pracuje, jsou to 2 roky. Právě 2 roky vnímá BERTA jako významný předěl, časový mezník uzavřeného truchlení. V prvním roce klient znovu vytváří novou identitu, zpracovává náročné emoce, zvyká si na nové povinnosti a nové role a v dalším roce vše zkouší poprvé správně uplatnit („Naše práce je u konce, když se člověku daří dobře; oslovuji a reflektujeme, jak se klient posunul, co se podařilo, jak je to jiné, a snažím se tam tematizovat to, že náš vztah je dobrý, silný, že tím, že jsme prošli všechny ty těžké věci, došlo k řadě potřebných změn“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

BERTA reflektuje spokojenost a vděčnost klientů s ohledem na jejich situaci v životě, která jim neumožňuje dostat se do péče přímé. Popřípadě pozitivně reflektují návaznou distanční péči, která má stabilizační charakter.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BERTA vnímá online práci s truchlením jako efektivní s ohledem na poradenství, doprovázení a stabilizaci. V případě terapie zármutku je účinnost distančního kontaktu diskutabilní. V případě terapeutického vedení klienta preferuje BERTA přímý kontakt. V řadě případů distanční (telefonický) kontakt s pozůstalým kombinuje s přímou péčí.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BERTA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze telefonické intervence jsou náročnější, především na pozornost, zvyšuje se únava obou stran.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Důležité podle BERTY je, aby péče o pozůstalé byla indikována včas. BERTA zmiňuje anticipovaný zármutek. V řadě případů má v péči klienty – rodinu ještě v situaci, kdy dotyční pečují o umírajícího. Tato forma včasné pomoci umožní, aby se pozůstalí následně dokázali lépe a rychleji adaptovat na novou životní situaci a nedocházelo u nich k vývoji komplikovaných forem zármutku. V tomto ohledu vnímá BERTA také výhody distančního kontaktu, tedy včasnost a dostupnost. Pokud by zármutek probíhal u klienta komplikovaně, je BERTA k distanční terapii skeptická – nemá s touto formou práce zkušenost a v takovém případě by preferovala péči přímou.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

BERTA akcentuje náhlost, neočekávanost ztráty a způsob, jakým se pozůstalí o ztrátě dozvědí. Dále hrají roli psychická onemocnění, jejichž průběh je zhoršen vztahovou ztrátou, nebo dřívější traumatické zážitky, oživené úmrtím blízkého. Velkou roli hraje především osamělost pozůstalého a okolnosti úmrtí (vražda, nehoda, sebevražda atd).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

BERTA v přímém kontaktu nepoužívá speciální techniky, které by nemohly být využity v distanční formě. Nabízí dokonce modifikovaný focusing – je schopna v tomto směru klienta navést, edukovat, podpořit. Obecně ale BERTA spoléhá na specifické vedení rozhovoru s klientem, na kterém je její způsob práce založen.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

Podle BERTY je aktuální zařazení komplikovaného zármutku do MKN-11 potřebné. Pozůstalý tak může dosáhnout na odbornou pomoc. Důležité je v tomto ohledu zvážit zapojení psychiatra nebo psychoterapeuta – záleží na tom, kdo se s klientem setká dříve. BERTA si s ohledem na tuto diagnózu klade otázku, jak budou odborníci, především lékaři, zdatní v diagnostice a jak bude následně vypadat pomoc. Je toho názoru, že právě u komplikovaného zármutku je potřeba zvážit nasazení medikace a psychoterapie („Podle mě je klíčové, jak psychiatr s medikací zachází a jak dokáže vyhodnotit situaci, protože v dobrou dobu, dobře podaná medikace je prostě spása. Na druhou stranu automaticky předpokládat, že každý truchlící by měl dostat medikaci, to si nemyslím. A vlastně možnost, že medikací zablokujeme odžití důležitých emocí, je špatně. Myslím si, že neunést to, že člověk pláče, a řešit to hned medikací je prostě špatně. Ale to je o těch konkrétních případech. Takže tady vnímám nebezpečí plošného nasazování léků na něco, co je přirozené“).

YVETA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má ukončený komplexní psychoterapeutický výcvik (Integrace v psychoterapii). YVETA nejprve pracovala jako výzkumnice v Centru paliativní péče a následně jako psycholožka v paliativním týmu nejmenované fakultní nemocnice, kde se aktuálně věnuje pomoci pozůstalým (tři roky praxe). Primárně se s klienty setkává tváří v tvář, poskytuje také pozůstalým telefonickou podporu a podporu prostřednictvím videohovoru (videokonference). Jelikož pracuje v paliativním týmu, věnuje pozornost i anticipovanému truchlení – v průběhu péče o umírajícího je nutné pracovat s celou rodinou. Online poradenství a terapii poskytuje v časově omezeném horizontu přibližně pěti setkání a následně odkazuje klienty na soukromé terapeuty či organizace. Její práce má občas charakter krizové intervence, zvláště bezprostředně po úmrtí. Specializuje se převážně na dospělou klientelu, ale někdy pracuje i s mladými lidmi (14+). Online kontakt začala realizovat na základě analýzy potřeb klientů – pro některé pozůstalé je obtížné, až nemožné dojíždět za odborníkem (služba by měla být dostupná). Navíc se při katamnestickém oslovování bývalých klientů ukázalo, že řada z nich na tom není psychicky dobře, truchlení je pro ně náročným obdobím a potřebovali by další pomoc.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhodu distančního kontaktu pojmenovává YVETA jako „prostorový aspekt“. Při práci v nemocnici nemůže klientovi nabídnout bezpečné místo setkání. Někteří pozůstalí navíc vnímají nemocnici jako místo, kde jim někdo blízký zemřel, cítí k němu odpor, strach – nechtějí se tam vracet. Online setkání nebo telefonický rozhovor je pro ně tudíž bezpečný, přijatelný („neutrální půda, jiný časoprostor“). Tento faktor podle YVETY umožňuje navýšit také dostupnost dané služby. Online kontakt navíc šetří čas i peníze, je efektivní. Je podle ní přijatelný především pro úzkostné (ostýchavé) jedince. Je výhodný pro klienty, co jsou z daleka, nebo mají malé děti. YVETA ovšem také připomíná, že tuto formu práce realizuje s klienty, které dříve potkala přímo a mohla s nimi pracovat v přímé péči. Tuto podmínku pro sebe vnímá

jako nutnou. V přímém kontaktu vznikne vztah s klientem a následně je rozvíjen či udržován v kontaktu distančním. YVETA uvádí zajímavý postřeh, že klient dostává hodně prostoru, terapeut musí dávat pozor – naslouchat, a totéž se děje i na straně klienta („Nemůžeme si skákat do řeči, tohle se online nedá dělat“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle YVETY je nevýhodou opět paradoxně bezpečí klienta – klade si otázku, zda je prostředí, ve kterém se klient nachází, pro něj skutečně bezpečné. Může hovořit otevřeně? Totéž si může říkat klient („Je tam terapeut sám, poslouchá nás někdo další?“). Tento aspekt je potřeba ošetřit a klienta se na něj doptat, reflektovat otázku bezpečí na obou stranách. Nevýhodou mohou být technické kompetence klienta, chybějící technické zázemí, nestabilita připojení. Vždy je nutné mít náhradní kanál, pokud online setkání selže (spojit se telefonicky a setkání dokončit). Důležité je bezpečí klienta a je nutné pro něj udělat maximum, to znamená využívat pro videohovor zabezpečené platformy (YVETA má dobrou zkušenost s aplikací Zoom). Chybí spontaneita setkání – drobné momenty, které jsou někdy velmi důležité („loučení, podání ruky, podání kabátu...“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

YVETA realizuje distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference) a podporu pozůstalým poskytuje také telefonicky (někdy se jedná o krizovou intervenci). Nezbytný je standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a spolehlivé připojení k internetu. Nutné je mít spolehlivé zabezpečení online kontaktu. Nutné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti. Zapotřebí je také domluva, co dělat, když internetové připojení selže. YVETA opět zmiňuje bezpečí klienta – je třeba si říci, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, reflektovat

technická úskalí a jeho dovednosti při práci s technologiemi. Důležitý je čas a prostor, tj. aby klient nebyl rušen druhými osobami.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

YVETA potřebuje klienta poznat nejprve tváří v tvář a teprve následně, pokud je to nutné, realizuje distanční kontakt. Podle jejího názoru má tedy distanční péče má navazovat na péči přímou. Emocionálně velmi rozrušený člověk (s komplikovaným truchlením), který by k uklidnění potřeboval být terapeutovi nablízku, není pro distanční péči ideální, a diskutabilní je tato forma rovněž u suicidálních klientů. YVETA nikdy nepracovala v distanční péči s případem komplikovaného truchlení a myslí si, že takový klient není pro tento typ péče vhodný.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

YVETA má tu zkušenost, že v online kontaktu klient mluví méně a ona musí být aktivnější, musí interakci více řídit, přebrat za ni více odpovědnosti, což se promítá do vytváření zakázky. V přímém kontaktu odpadají technické záležitosti okolo připojení se k videohovoru. V distančním kontaktu je potřeba řešit bezpečí připojení, pohodlí klienta (má bezpečné místo?), jeho technické zázemí a dovednosti při práci s elektronikou. Zbytek je stejný jako v přímém kontaktu tváří v tvář, což znamená větší náročnost na začátku (zajištění bezpečí, stabilita připojení, důvěra, náhradní plán při výpadku signálu, technické dovednosti klienta).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Důležité je na začátku ošetřit technické záležitosti a bezpečí klienta a rovněž v průběhu dalších intervencí reflektovat klientovu spokojenost s těmito aspekty. Zbytek se neliší od přímé práce. YVETA navíc zdůrazňuje, že něco

jako „typická intervence“ neexistuje. Sama se spoléhá především na terapeutický (poradenský) rozhovor, nejsou pro ni důležité konkrétní terapeutické techniky.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

YVETA poskytuje péči v online prostoru podle potřeb klienta a snaží se reflektovat a poznat, kdy ji klient už nepotřebuje. Ve většině případů má k dispozici pět setkání. V tomto směru jí fungují otázky: „Jak poznáte, že už mě nebudete potřebovat? Jak poznáte, že je naše společná práce u konce?“ Je toho názoru, že práce s pozůstalým končí, když je dotyčný schopen fungovat bez zesnulého, vrací se mu vitalita, chuť do života. Sám se potom rozhodne terapii (poradenství) ukončit. Nutná je funkční oscilace mezi dvěma póly – orientací na ztrátu a orientací na životní úkoly.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

YVETA vnímá spokojenost, vděčnost klientů. Preferuje přímý kontakt, nicméně v okamžiku, kdy není možný, je distanční péče jedinou variantou (poskytování distanční péče je pro profesionála náročnější). Nestalo se jí, že by někdo tuto nabídku odmítl – pokud nemůže přijít osobně. YVETA se domnívá, že pokud je pozůstalý zahlcen zármutkem a povinnostmi a je mu nabídnuta online péče, snáze ji přijme. Není si úplně jistá, zda by v takovém kontextu kývl na péči přímou. Řada pozůstalých má dezorganizovaný život a chtějí po nich, aby někam docházeli či dojížděli, je diskutabilní.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

YVETA vnímá online práci s truchlením jako efektivní – efektivita je srovnatelná s péčí přímou.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

YVETA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je náročnější, především na pozornost. Objevuje se u ní větší únava v porovnání s přímým kontaktem. („Je to takové náročnější a je určitě náročnější udržet pozornost, než když je člověk před vámi reálně“).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Tuto zkušenost YVETA nemá. Komplikované truchlení by raději řešila přímým kontaktem. Umí si nicméně představit, že na straně klienta mohou být překážky, které přímou péči znemožní. V takovém případě by klienta s komplikovaným truchlením do terapie přijala a snažila by se postupovat podobně jako v přímém kontaktu, zvažovala by spolupráci s dalšími odborníky (psychiatrická péče, nasazení medikace).

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

YVETA se domnívá, že zásadní roli hrají okolnosti úmrtí, dlouhá péče, osamělost a nedořešené vztahové záležitosti, které po úmrtí vyplynou na povrch nebo komplikují přirozené truchlení („Člověk umírá někde, kde to nebylo ideální, nebo to nechtěl... dlouhá péče, když rodina pečuje dlouho, je vyčerpáná, když jsou pečující sami, když nemají rodinu, děti, jiného partnera nebo kamarády. A určitě i nějaké osobnostní charakteristiky pozůstalého – větší tendence k úzkosti a případně předchozí psychiatrické diagnózy. Předchozí problémy ve vztahu, které se neřešily“). Preventivně se komplikované truchlení dá ošetřit odpovídající paliativní péčí – sníží se pravděpodobnost jeho vzniku. YVETA pracuje v paliativním týmu a odtud se rekrutují její klienti, s nimiž se setkává již v procesu anticipovaného truchlení. Doprovázení rodiny a umírajícího snižuje pravděpodobnost vzniku komplikovaného zármutku.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

YVETA v přímém kontaktu nepoužívá speciální techniky, které by nemohly být využity v distanční formě („Důležitá je normalizace, legitimizace emocí, jejich zpřítomnění, prostor pro ně, rozhovor o potřebách“). Základem je specifické vedení rozhovoru s klientem. Někdy klientovi nabídne techniku psaní dopisu zesnulému, společně s klientem vymýšlí rituál rozloučení, někdy zkusí klienta naučit základy relaxace. Tento způsob práce je kompatibilní s online prostorem – dá se upravit.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

YVETA je toho názoru, že je to adekvátní. V současnosti se její tým zaměřuje na identifikaci osob, které truchlí komplikovaně. Dochází ke kontaktování pozůstalých s půlročním odstupem. Jedná se o rodiny, které využívaly péči paliativního týmu. Tento způsob práce je teprve na začátku. YVETA zde vidí prostor pro využití distančního kontaktu.

MARIAN

Anamnestické údaje: Psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v systemické terapii, následně získal profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé, dokončil výcvik v poskytování krizové intervence, s pozůstalými pracuje od roku 2015. Distanční péči nabízí dospělým. Soustředí se na individuální kontakt s klientem. K poskytování distanční péče skrze videohovor (videokonference) se MARIAN dostal v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19, již dříve měl uspokojivé osobní zkušenosti s distančními videohovory – zahraniční klienti a klienti mimo region jeho působnosti. Tuto formu práce s klienty využívá stále a kombinuje ji s kontaktem tváří v tvář. Se svými klienty pracuje podle jejich potřeb poradensky, nebo terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci neposkytuje cíleně, pouze v nutných případech (aktuální intervence). Primární je pro něj přímý kontakt, distanční formu setkání považuje za doplněk – alternativu.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Výhody distančního kontaktu při práci s pozůstalými jsou podle MARIANA následující: dostupnost pro klienty (lidé z vyloučených lokalit), časová flexibilita a časová úspora. Někteří klienti si cení anonymity, kterou distanční kontakt umožňuje. Výhodou pro imobilní klienty je realizace z domova. MARIAN má navíc dojem, že při videohovoru si jeho omezení (zúžené možnosti kontaktu) uvědomuje jak klient, tak profesionál, což vede k větší pozornosti obou zúčastněných stran („Jak se to zúží, všichni jsou takový opatrnější, vnímavější, jako kdyby z toho mála potřebovali vytáhnout mnohem víc“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Zásadní nevýhodu spatřuje MARIAN v zaručení bezpečnosti prostředí. Když pracuje s klientem tváří v tvář, je prostředí bezpečné – MARIAN zajistí, aby je nikdo nerušil. V distančním kontaktu tuto podmínku nedokáže mít plně pod kontrolou („Klient si doma neudělá bezpečné prostředí, takže tam někdo chodí, nebo jsou prostě nervózní, že tam někdo přijde“). Dále je omezena

spontaneita setkání, těžší je čtení emocí u klienta a celkově i naladění se na něj. Distanční setkávání s pozůstalým je více ohraničeno technickými záležitostmi. Problémem může být rovněž nižší technická gramotnost (kterou je potřeba překonávat nácvikem, vysvětlováním) nebo výpadek internetového připojení (elektřiny), nestabilita připojení. Videohovor je náročnější na pozornost, objevuje se při něm na straně MARIANA rychleji únava.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MARIAN realizuje distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). K tomu je nutné standardní vybavení na straně klienta i profesionála (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a spolehlivé připojení k internetu. Je třeba spolehlivě zabezpečit online kontakt. Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání kontraktu, aby bylo jisté, že má základní technické dovednosti. Nutná je domluva, co dělat, když selže internetové připojení – MARIAN je připraven takovou situaci řešit skrze telefon, spojit se s klientem a dokončit setkání telefonicky. Někteří klienti potřebují s výše uvedeným pomoci. Většinou jsou na tom ovšem technicky dobře, vědí, do čeho jdou, a dopředu volí online setkání jako něco pro ně výhodné (preferenci na základě předchozí zkušenosti, doporučení). MARIAN potřebuje klienta na online setkání připravit – většinou jde o nastavení kamery, aby na sebe viděli. Zapnutou kameru bere jako nutnost.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle MARIANA není distanční kontakt vhodný u klienta, který ho odmítá, tato forma setkávání se nedá vnutit. Dále MARIAN opět zmiňuje bezpečné prostředí; pokud chybí, nelze distanční setkání realizovat a terapeut by k tomuto faktoru měl být velmi pozorný. MARIAN se zamýšlí také nad komplikovaným zármutkem, který je spojen se sebevražednými tendencemi, nutnou hospitalizací, medikací a spoluprací s psychiatrem. Distanční kontakt také podle MARIANA není vhodný u mladších dětí (pod 15 let).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Na začátku dominují technické záležitosti (příprava klienta) a záležitosti etické – bezpečnostní parametry. Zbytek je stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Stejná je délka i průměrný počet setkání (podle MARIANA cca 10 až 15 setkání s klientem jednou týdně). Důležité je vytvořit vhodné podmínky k truchlení, dát klientovi najevo, že je žádoucí, běžné – normalizovat průběh truchlení. Nutné je položit si otázku, zda se bude jednat o poradenství, či terapii (krizovou intervenci). Je také třeba zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku, a posoudit, zda bude klient potřebovat i péči dalšího odborníka (psychiatra). Klient musí rozumět tomu, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, v jaké frekvenci se bude s terapeutem potkávat a jaký je smysl společné práce. Důležité je vytvářet s klientem bezpečný a srozumitelný vztah a dávat mu prostor pro zpětnou vazbu – co by potřeboval jinak, zda mu společná práce (online) vyhovuje, co mu vadí.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

V tomto ohledu nespátřuje MARIAN rozdíl mezi distanční a přímou péčí a je toho názoru, že neexistuje žádná „typická intervence“. Každá je trochu jiná, „vytvořená na míru“ konkrétnímu člověku, jeho potřebám, tempu, kontextu. Naprosto zásadní je nastolení důvěry mezi terapeutem a klientem.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Důležitá je stabilita klienta, a pokud je jí dosaženo, společná práce končí. MARIAN se klientem dopředu domlouvá na jeho představě, časových možnostech. Většina klientů při truchlení potřebuje především podpořit přirozený průběh – prožít emoce, ohodnotit ztracený vztah. Nutná je podpora ke zvládání každodenních úkolů. Pokud je klient schopen fungovat při běžných povinnostech, je na tom relativně dobře a další péči již nepotřebuje.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

MARIANOVY zkušenosti jsou v tomto ohledu kladné. Klienti, se kterými v online prostoru pracoval, byli spokojeni. MARIAN ovšem také připomíná, že tento způsob práce byl nutností. Neměl dosud klienta, který by preferoval online setkání, pokud by nemusel (z důvodu času, imobility, pobytu v zahraničí nebo vzdálenosti).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Marian preferuje přímý kontakt. Domnívá se, že přímý kontakt je efektivnější a přirozenější. Distanční péči bere jako doplněk, jako něco, co může pomoci za určitých okolností a s ohledem na klientovy možnosti či preference („Pokud mám volit mezi distanční péčí a žádným kontaktem s truchlícím, vždycky zvolím distanční kontakt“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MARIAN je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je náročná na pozornost. Stěžuje si na větší únavu, bolest očí, ve srovnání s přímým kontaktem se musí více soustředit. Distanční kontakt bere jako doplněk („Je to fakt hrozně unavující“).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MARIAN je toho názoru, že stejně jako při kontaktu přímém. Zmiňuje Wordenovy úkoly truchlení coby vodítka pro poradenství i terapii. Důležité je naučit klienta zacházet s emocemi, které prožívá, a umožnit mu je ventilovat. Dále je nutné vytvořit systém celodenní péče a zdůraznit význam spánku – odpočinku. Společně se vytváří čas a prostor, ve kterém může pozůstalý truchlit. MARIAN nabízí klientovi možnost, aby si doma určil prostor, kde může mít vše, co mu zesnulého bude připomínat. Velice důležité je, aby

v průběhu práce s komplikovaným truchlením dokázal klient ohodnotit ztracený vztah, aby si uvědomil, co pro něj zesnulý znamenal a co spolu prožili, jakou měl jejich společný vztah hodnotu. Tohle se dá bez větších potíží přenést do distanční formy. Důležité je klienta vrátit do života.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Podle MARIANA hraje významnou roli nedostatek přirozené sociální opory, okolnosti úmrtí, problém s vyjadřováním emocí, strach ze silných emocí, neočekávaná ztráta klíčového vztahu, životní těžkosti před úmrtím milovaného člověka – zvýšená zranitelnost v době úmrtí, samostatná péče o nezletilé děti.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

MARIAN v průběhu rozhovoru několikrát potvrdil, že možnost využití konkrétních terapeutických technik je při distančním kontaktu omezená. Podle MARIANA je úspěch terapie či poradenství vždy závislý na síle a hodnotě vztahu s klientem, nikoli na technice.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

MARIAN nad touto otázkou nepřemýšlí, není to pro něj důležité. Setkává se s lidmi, u kterých truchlení probíhá komplikovaně. Podle MARIANA je truchlení „přirozená záležitost“, která je v některých případech intenzivnější nebo trvá déle.

SVATAVA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má ukončený komplexní výcvik v poskytování krizové intervence a následně výcvik pro práci s truchlením (116 hodin – Kontakt s truchlením). Absolvovala 3 roky praxe pro organizaci Vigvam. Primárně poskytuje telefonickou krizovou intervenci, pracuje s pozůstalými, díky výcviku Kontakt s truchlením se dostává s klienty do delšího pracovního vztahu a poskytuje jim podpůrnou péči v delším časovém horizontu. Díky tomu dokáže zajít s klientem více do hloubky, což vnímá jako smysluplné. Distanční kontakt s klientem probíhá telefonicky. V některých případech realizuje přemostění, hledá návaznou péči pro klienta – terapeutickou, psychiatrickou.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Za výhodu distančního kontaktu považuje SVATAVA anonymitu, která některým truchlícím vyhovuje, a dále hovoří o tom, že řada pozůstalých v akutní fázi zármutku nemá sílu někam dojet (řeší běžné denní starosti a těžkosti, zaujímají nové role, mají nové povinnosti atd.). V tomto směru je rozhodující pohodlí a bezpečí domova. Rovněž v některých lokalitách není podobná péče dostupná (nelze realizovat přímé setkání).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle SVATAVY je nevýhodou zajištění bezpečí klienta – otázka, zda je prostředí, ve kterém se klient při distančním kontaktu nachází, pro něj skutečně bezpečné a může otevřeně hovořit. Tohle je potřeba reflektovat a s klientem probrat a upozornit ho na případná rizika.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Vzhledem k tomu, že SVATAVA realizuje distanční kontakt telefonicky, nepotřebuje v zásadě žádné sofistikované vybavení. Důležitý je kvalitní signál, fungující telefon, bezpečné prostředí, dostatečná kapacita baterie. Tyto

skutečnosti je nutné při rozhovoru s klientem reflektovat, aby si na ně dal pozor. Z vlastní zkušenosti zmiňuje problém vybité baterie a komplikace s hledáním nabíjecího kabelu, aby klient mohl v rozhovoru pokračovat. SVATAVA také zmiňuje, že klient musí mít v pořádku sluch a mít na hovor klid („Musí si umět udělat klid, najít čas, čili pochopit, že to je normální rozhovor, že to není, jako když si v obchodním centru s někým zavolá“). SVATAVA uvádí, že se musí klienta hodně doptávat, být aktivní, porozumět tichu, které někdy spontánně vznikne. Musí umět klást otevřené otázky, vytvořit bezpečné prostředí hlasem, být pozorná k tomu, co se odehrává tady a teď, zhodnotit konzultaci a doptat se na krátkodobou budoucnost. Dělat maximum pro navození atmosféry důvěry.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

SVATAVA je toho názoru, že distanční kontakt není vhodný pro osoby se smyslovým postižením. Rovněž suicidální klient je podle ní diskutabilní – v takovém případě by se snažila o přemostění péče a snažila by se klienta přesvědčit k návštěvě psychiatra a k případné hospitalizaci.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

SVATAVA má tu zkušenost, že v distančním telefonickém kontaktu klient mluví méně a ona musí být aktivnější, musí interakci více řídit, přebrat za ni více odpovědnosti. SVATAVA uvádí, že při své práci typickou zakázku nevytváří. Snaží se být klientovi nablízku a pracuje s tím, co klient otevírá při konzultaci jako téma, které potřebuje probrat. Její zkušenost je ta, že nejtěžší je pro pozůstalého „denní samozřejmost“. Svět už nikdy nebude stejný a truchlící zápasí v akutní fázi zármutku s běžnými povinnostmi, které pro něj dříve nepředstavovaly problém.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Podle SVATAVY jsou v zásadě dva typy intervencí – komplikované a nekomplikované. Při nekomplikované intervenci je podstatnou součástí edukace, kdy klientovi pomáhá pochopit, že truchlení je přirozené, že to, co se mu děje, je normální. Důležité je na začátku ošetřit technické věci a bezpečí klienta a rovněž i v průběhu dalších intervencí reflektovat klientovu spokojenost s těmito aspekty. Při nekomplikované intervenci klienti kladou určité otázky a hledají konkrétní řešení, hledají radu a potřebují, aby jim někdo byl nablízku a naslouchal jejich zármutku. Objevují se pocity viny, pocity nespravedlnosti, úzkost a osamělost – klient potřebuje tyto pocity legitimizovat, uznat je a prožít, dát jim prostor. Důležité je sdílení věcí, na něž jsou tito lidé sami. Pozůstalí jsou velmi rádi za místo, kde o nich mohou mluvit. Telefonické setkání je opravdu pro ně opěrným bodem. Tohle se dá zvládnout během přibližně 8 setkání. Tam, kde se truchlení komplikuje, je potřeba minimálně 30 setkání, delší vedení klienta a hledání přemostění k návazné péči – terapeutické, psychiatrické. Jde mnohem více o sdílení toho, co tito lidé prožívají. Pozůstalý potřebuje ocenit, dodávat průběžně odvalu a povzbuzovat ke zvládání každodennosti („Prostě jít jako dál, nevzdat to, sdílení – to truchlení proměňuje“). Podle SVATAVY je důležité sdílet aktuální záležitosti, vždy vyjít z aktuální nabídky klienta – o čem chce hovořit. Všechno v jeho životě je truchlením ovlivněno, takže nezáleží na tom, o čem se hovoří, protože se rozhovor vždycky vrátí k tomu důležitému, a tím je znejistění ve světě, který najednou je neznámý, nový, nebezpečný, cizí, nepřátelský.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Důležité je pro klienta uvědomění, že když už se neuslyšíme, už to pro něj není ohrožující. SVATAVA uvádí, že její služby jsou omezené, což je od začátku dáno, takže je jasný časový rámec, který je k dispozici, a to usnadňuje ukončení spolupráce. V případě komplikovaného zármutku je potřeba hledat návaznou péči, a s tím SVATAVA klientům pomáhá.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

SVATAVA vnímá spokojenost, vděčnost klientů. Pro řadu truchlících není jiná alternativa, nic jiného není v místě jejich bydliště k dispozici.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

SVATAVA se domnívá, že efektivita je srovnatelná s přímou péčí.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

SVATAVA je toho názoru, že distanční telefonické setkání s klientem je náročné především na pozornost. Nutná je aktivita, doptávání se, reflektování klientových pocitů.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Tam, kde se truchlení komplikuje, je potřeba minimálně 30 setkání, delší vedení klienta a hledání přemostění k návazné péči – terapeutické, psychiatrické. Jde mnohem víc o sdílení toho, co tito lidé prožívají. Pozůstalý potřebuje ocenit, dodávat průběžně odvalu a povzbuzovat ke zvládání každodennosti („Prostě jít jako dál, nevzdat to, sdílení – to truchlení proměňuje“). Podle SVATAVY je důležité sdílet aktuální záležitosti, vždy vyjít z aktuální nabídky klienta – o čem chce hovořit („Všechno v jejich životě je truchlením ovlivněno, takže je jedno, o čem hovoříme, protože se vždycky vrátíme k tomu důležitému, a tím je znejistění ve světě, který najednou je neznámý, nový, nebezpečný, cizí, nepřátelský“). Důležitá je včasná pomoc, což vyžaduje dostupnost, která v ČR není nejlepší. SVATAVA je toho názoru, že důležitá je v tomto směru prevence („Tak třeba pohřební ústav, kam ty lidi musí přijít, nebo rovnou v nemocnici předat kontakt, nabídnout pomoc, tady může být distanční pomoc velmi užitečná“).

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

SVATAVA při odpovědi na tuto otázku akcentuje sociální tlak („Neuživím, nezaplátím, jsem na všechno sám, existenční nouze“), dále narušené psychické zdraví před ztrátou blízkého, velmi ohrožující je osamělost.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

SVATAVA žádné konkrétní terapeutické techniky nezmiňuje. Pro ni je důležité zůstat klientovi nablízku, vést s ním podpůrný rozhovor, nabídnout mu vztah a blízkost, prostor ke sdílení. V tomto směru se při distanční péči necítí limitovaná.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

SVATAVA je toho názoru, že je to adekvátní, s komplikovanými formami zármutku se potkává, a tudíž uvedená diagnóza závažnost problematiky legitimizuje („A tady vidím smysl té diagnózy, hledat nějakou další pomoc ve zdravotnickém sektoru pro tuhle cílovou skupinu“).

MARCEL

Anamnestické údaje: Klinický psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v systemické terapii a krizové intervenci. Získal profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé, má vlastní terapeutickou praxi a 21 let zkušeností v oboru. Pracuje s pozůstalými v rámci poradenských a terapeutických zakázek, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. MARCEL má dobrou zkušenost s obvodními lékaři a psychiatry, kteří mu posílají klienty po úvodní konzultaci. Realizuje jak distanční péči o pozůstalé, tak i péči, která se odehrává v rámci přímého kontaktu. Distanční formu péče pomocí videokonferenčního hovoru začal poskytovat v situaci omezeného kontaktu v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto formu práce s klienty kombinuje s kontaktem tváří v tvář, který v jeho práci převažuje. Se svými klienty pracuje podle zakázky poradensky, nebo v delším horizontu terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci poskytuje velmi vzácně.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle MARCELA je zásadní výhodou dostupnost – především pro jedince z vyloučených lokalit, dále pohodlí pro klienta, časová úspora, klient se může rychleji dostat ke kvalifikované péči. Někteří lidé (senioři, chronicky nemocní, hendikepovaní) mají problémy s mobilitou, a proto volí distanční kontakt. Pro některé klienty je první kontakt v online prostředí méně znejišťující. Konkrétně u pozůstalých je první kontakt skrze videohovor nebo telefon vhodný, protože bývají natolik otřeseni smrtí blízkého, že je pro ně nepředstavitelné, že by někam museli dojíždět. Často jsou tito lidé zahlceni povinnostmi a náročnými emocemi, takže uvítají, když se mohou s odborníkem spojit skrze počítač nebo chytrý telefon a v případě zájmu následně přejít do přímé péče.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Nevýhodou distančního kontaktu je větší náročnost na straně poskytovatele, pokud jde o budování poradenského či terapeutického vztahu. Nutné je

pomoci klientovi při distančním kontaktu vytvořit bezpečné prostředí, což má technický a vztahový rámec. Klient musí umět zacházet s technologiemi, nebo je nutné jej zaškolit. K dispozici musí být alternativní možnost kontaktu, pokud dojde k narušení online spojení. MARCEL v takovém případě volí mobilní telefon. Spojení s klientem by mělo být zabezpečené. MARCEL má dobrou zkušenost s aplikací Zoom. Při videohovoru je nutné mít jistotu, že je klient v bezpečném prostředí, a je potřeba tento aspekt dopředu s klientem probrat a upozornit ho na rizika („Nikdo nás nesmí rušit, na mé straně s tím není problém, nicméně na straně klienta může, protože třeba s někým sdílí domácnost a já prostě na první dobrou nemusím poznat, že nás někdo poslouchá, že klient není či nemůže být sám“). Pro MARCELA je náročnější při distančním kontaktu rozpoznávat emoce klienta, je omezena neverbální komunikace („Nevýhoda je, že z klienta vidím především obličej a kousek trupu, někdy ruce, což je málo pro čtení neverbálních signálů a odhadování emocí, je to taková propast empatie, musím být víc soustředěný a klienta se doptávat“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MARCEL nabízí distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Nutné je standardní vybavení na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a především spolehlivé připojení k internetu („Bez toho to nejde, pokud se stále seká obraz, vážne zvuk, padá připojení, tak to nejde dělat“). Je třeba spolehlivě zabezpečit online kontaktu, zjistit a případně podpořit klientovy technické kompetence, aby online kontakt nebyl rušen. A také mít vždy záložní variantu, pokud vypadne videohovor, např. použít telefon, dopředu být s klientem na této variantě domluven.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

MARCEL zdůrazňuje především stabilní připojení k internetu („Bez normálně fungujícího internetu to nelze dělat, neustálé padání sítě, sekání obrazu znemožňuje videohovor“) a nedostatečné bezpečí na straně klienta („Nejde to dělat v okamžiku, kdy pozůstalý nemá bezpečné a klidné prostředí, ze kterého by se připojil“).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

MARCEL opět zmiňuje výše uvedené technické a etické parametry. Zbytek je stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Nutná je orientace v tom, zda se má jednat o poradenství, terapii, nebo edukaci. Je třeba zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku, a posoudit zapojení dalších odborníků, nejčastěji psychiatra. Klient musí rozumět smyslu společné práce, nezbytné je domluvit se na frekvenci setkávání. Praktickými vodítky jsou Wordenovy úkoly truchlení nebo duální model procesu truchlení.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Opět podle MARCELA není zásadní rozdíl oproti přímému kontaktu, navíc nikdy nelze hovořit o „typické intervenci“, ta by měla být individualizovaná s ohledem na potřeby konkrétního člověka. Rámcem pro práci s truchlením jsou pro MARCELA tzv. Wordenovy úkoly truchlení. Je nutné akceptovat omezení, která vyplývají z povahy distančního kontaktu formou videohovoru. Ochuzená je spontaneita setkání, nelze přímo aplikovat některé terapeutické techniky, omezena je nonverbalita setkání („Víte, online se opravdu těžko mlčí, a třeba právě význam mlčení, ticha, to je při práci s pozůstalými důležité, vyjadřujeme tím soucit, respekt, necháváme některé věci doznít, a tohle konkrétně je online takové umělé a je potřeba si na to zvyknout,

respektovat to a klienta se doptávat, jak mu v tom je, velice důležitá je totiž častější zpětná vazba od klienta, abychom věděli, jestli se s námi při videohovoru cítí dobře, jestli mu to vyhovuje“).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Pro MARCELA je důležitá stabilita klienta. Důležité je, aby se u klienta objevila znovu schopnost emoční regulace, pocit kompetentnosti, kontroly nad směřováním vlastního života. MARCEL upozorňuje v této souvislosti na duální model procesu truchlení, kdy klient v terapii neustále osciluje mezi orientací na ztrátu a orientací na nové životní výzvy. Tato témata se při práci s klientem typicky objevují („V okamžiku, kdy se klient začne orientovat převážně na nové životní úkoly a zvládání každodennosti, je z nejhoršího venku, z rány se stává jizva, která může příležitostně bolet“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

Podle MARCELA se jedná v konečném důsledku o postoje vstřícné, přijímající, vděčné („Mí klienti jsou spokojeni, pokud se podaří online navázat vztah s klientem, je vše v pořádku“).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MARCEL pracuje raději s pozůstalými přímo, distanční péči vnímá jako doplněk a je rovněž zastáncem kombinace obou forem. Nicméně efektivita je podle jeho názoru srovnatelná s přímou péčí za podmínky, že se podaří s klientem navázat pracovní – terapeutický vztah („Pro mě je lepší setkávat se s pozůstalými přímo, nicméně respektuji, že některým klientům vyhovuje distanční péče nebo nemají jinou možnost, osobně se přimlouvám za kombinování online s přímým kontaktem. Ohledně efektivity je to stejné, je potřeba umět s klientem navázat pracovní vztah, a pak není problém“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

MARCEL je toho názoru, že práce skrze videohovor je pro něj ve srovnání s přímým kontaktem náročnější, především na soustředění a celkové nalaďení na klienta, vcítění se. Na druhou stranu uvádí, že nepůsobí tolik rušivě, když má před sebou poznámky z minulých sezení, do kterých se může dívat, aniž by to klienta rušilo. Také se mu lépe hlídá čas a nemá problém včas ukončovat sezení.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

MARCEL nevnímá rozdíl ve srovnání s přímou formou terapie. Zmiňuje Wordena a jeho úkolový model, který je užitečný pro zacházení s komplikovaným zármutkem. Při práci s komplikovaným zármutkem je vhodné vždy zvážit zapojení dalších odborníků – psychiatr, obvodní lékař.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Zásadní roli podle MARCELA sehrávají okolnosti úmrtí, charakteristika vztahu mezi pozůstalým a zesnulým, osobnostní charakteristiky a sociální opora pozůstalého („Zármutek se komplikuje v okamžiku, kdy pozůstalý je najednou na všechno sám, taky když nedokáže zvládat stres a má nízkou míru odolnosti vůči zátěži, je úzkostný, zranitelný. No a samozřejmě zásadní roli hraje to, jak k úmrtí dojde. Třeba sebevraždy, nehody, neočekávané věci, tam je to vždy těžké. A pak také situace vztahu, který je problematický už za života a pozůstalý v terapii řeší něco, co nebylo uzavřeno“).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

Podle MARCELA je využití terapeutických technik v distančním kontaktu diskutabilní. Uvažuje o některých postupech – práce s fotografiemi, memory box, prázdná židle, dopis na rozloučenou. Sám se při videohovoru spoléhá

na rozhovor a pevný terapeutický vztah. Nedovede si u vlastní praxe představit, že by výše uvedené techniky využíval v distančním kontaktu.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

MARCEL danou diagnostickou kategorií vítá, protože to umožní zasaženým lidem čerpat výhody vázané na zdravotní systém („Myslím si, že pozůstalý může využít výhody zdravotního pojištění, zůstat nějakou dobu v pracovní neschopnosti, odpočinout si, najít podporu, konzultovat věc s lékařem“).

TAMARA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má ukončený komplexní výcvik v poskytování krizové intervence, terapeutický výcvik v systemické rodinné terapii a terapeutický výcvik v logoterapii a existenciální analýze. Má rozsáhlé terapeutické a poradenské zkušenosti v oblasti pozůstalostní péče i práce s truchlením a zkušenosti s distanční formou poradenství a terapie a rovněž s formou přímého kontaktu. V oboru TAMARA pracuje od roku 2008. K tématu truchlení ji přivedly osobní i profesní zkušenosti. TAMARA začínala s rodinnou terapií a v rámci zakázek se objevovala témata ztráty blízkého člověka. V průběhu psychologické a celkově terapeutické praxe si TAMARA uvědomila, že v ČR chybí návazná péče o pozůstalé, a rozhodla se v tomto směru podniknout konkrétní profesní kroky, což ji nakonec přivedlo přes poskytování krizové intervence k distančním formám péče (telefonický kontakt, videohovor) o pozůstalé. Ve své současné praxi se často setkává s komplikovanými formami zármutku. S distanční péčí má rozsáhlé zkušenosti, konkrétně s poskytováním telefonické krizové intervence.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Jako základní výhodu shrnuje TAMARA časovou úsporu v situaci, kdy řada klientů hlídá děti, celkově má hodně práce, nestíhá skloubit povinnosti s terapeutickým doprovázením v průběhu truchlení. Dále zmiňuje velký stud, silnou úzkost a introverzi na straně klienta jako negativně intervenující proměnné. Klient může být z daleka, v místě bydliště nemá dostupnou psychoterapeutickou podporu, nebo trvale žije v cizině. Uvádí také snazší dostupnost a včasnost péče, která hraje zásadní roli v prevenci komplikovaných forem zármutku. TAMARA rovněž zmiňuje práci s emocemi, kdy má tu zkušenost, že pro klienta je někdy snadnější se projevit („Pro mě je tam důležité, když se vlastně dobře dostaneme k emocím, že ten člověk je může snadněji pustit. Zvlášť to vnímám asi u některých lidí, kteří nejsou zvyklí ty emoce dávat najevo a v distančním kontaktu je to pro ně snazší. Někdy je to markantní v telefonickém kontaktu, že je nikdo u toho nevidí, že nemusí pracovat ještě s pocitem zahanbení – pro některé je výhoda, že nejsou vidět“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle TAMARY je zásadní nevýhodou zajištění bezpečí pro klienta („Je tam sám, neposlouchá ho někdo další, má kolem sebe bezpečné prostředí?“) a ztráta spontaneity setkání. Spontaneitou setkání má TAMARA na mysli drobné projevy vztahového zájmu, které lze realizovat pouze v rámci přímého setkání. Jejich smyslem je navození pocitu bezpečí, důvěry, zájmu, pozornosti („Když člověk přijde, tak mu nabídneš vodu, nebo mu uděláš kafe, čaj, nebo vidíš, že je mu zima, můžeš reagovat na přítomný okamžik, udělat takové ty drobné krůčky, kterými dáváme najevo zájem a prohlubujeme důvěru – vztah, což se v terapii vždycky zúročí“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Důležité je podle TAMARY mít adekvátní vybavení (telefon, kamera, zvuk, počítač), spolehlivé připojení k internetu, spolehlivý telefonní signál. Tyhle parametry je nutné probrat s klientem v rámci prvního setkání v závěru nebo dopředu. Nutné je reflektovat, zda prostor, ve kterém se klient nachází, je pro něj bezpečný. Pokud realizujeme kontakt videohovorem, musíme mít v záloze náhradní formu spojení, pokud vypadne síť. TAMARA uvádí, že se musí klienta hodně doptávat, být aktivní. Musí umět klást otevřené otázky, vytvořit bezpečné prostředí, být pozorná k tomu, co se odehrává tady a teď, v závěru konzultaci zhodnotit. Dělat maximum pro navození atmosféry důvěry („Častěji rekapituluji, doptávám se, jestli tento způsob vyhovuje“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

TAMARA je toho názoru, že distanční kontakt není vhodný u suicidálního klienta, u komplikovaných psychiatrických diagnóz, na které truchlení nasedá, a u dětí mladších 15 let.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

TAMARA nevidí v tomto aspektu rozdíl mezi přímou a distanční péčí. Nutné je reflektovat spolu s klientem, jestli mu distanční kontakt vyhovuje – v čem ano, v čem ne, co dělat jinak atd. TAMARA často pracuje s lidmi, pro které je zármutek komplikovaný. Cílem takové péče je zmírnit projevy zármutku na mez přijatelnou pro klienta tak, aby mohl fungovat v běžném životě – to je cílem a zakázkou.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Truchlení je podle TAMARY vždy individuální proces, ve kterém jsme každý sám. Přesto je nutné mít na zřeteli celou rodinu, i když pracujeme s jednotlivcem. Důležité je, aby intervence proběhla včas. TAMARA uvádí, že na začátku dostává klient prostor hovořit o tom, s čím přichází, co je aktuálně důležité, a dále TAMARA pracuje s tím, co se klientovi za tu dobu, kdy se s ním neviděla, dělo. Společný je i konec, kdy se zajímá o to, s čím klienti z aktuálního sezení odcházejí, co si odnášejí. Vždy se zajímá významné momenty z pohledu klienta. Tohle je stejné jako v přímém kontaktu, není zde rozdíl.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Důležité je, aby pro klienta nebyla ohrožující představa ukončení kontaktu. Výsledkem terapeutického procesu by mělo být, že pozůstalý je schopný pokračovat v životní cestě bez zesnulého. Dovede zesnulému najít ve svém aktuálním životě nové místo („Neznamená to, že už nikdy nebude smutný, že ho to nedoběhne, ale že s tím v životě počítá, že to přijde, že to není něco, co ho paralyzuje“). Klient zvládá fungovat v běžném životě („Vnímám tam ten včasný zásah jako rozhodující, jak rychle se do péče dostane“). Důležité je podle TAMARY znovupotvrzení či znovuobjevení životních hodnot,

obnovení životního smyslu – to je to, co umožňuje pozůstalým pokračovat v další cestě životem.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

TAMARA hovoří o spokojenosti klientů. Nevnímá zásadní rozdíl ve srovnání s přímou péčí. Nelze používat některé terapeutické techniky, nebo je nutná jejich modifikace pro online prostředí („Setkávám se občas s tím, že klient je příjemně překvapený, že nejdřív z toho byl trošku nervózní a pak vnímá, že je to dobré, že mu to ušetřilo čas i peníze“).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Podle TAMARY je efektivita srovnatelná s přímou péčí. Přímá péče je nicméně základ, distanční péče doplněk nebo také nutnost za určitých, výše zmíněných okolností.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

TAMARA je toho názoru, že distanční telefonické setkání s klientem je náročné především na udržení pozornosti, když chybí vizuální klíče („Potřebuji tam mít tužku a papír a jen tak si jako čmárat něco kreslit, prostě jako vytvářet, protože když zaměstnám ruce, tak koncentruji mozek. Když nezaměstnám ruce, těžko se mi v takové chvíli soustředím, to jsou mechanismy, které jsem si osvojila už na lince důvěry“). Při videohovoru je pro TAMARU důležité klidné místo, odkud se s klientem spojuje. Pokud v okolí působí rušivé vlivy, je to náročnější ve srovnání s přímým kontaktem, při kterém by dokázala onu rušivost lépe odfiltrovat nebo tolerovat.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

TAMARA je toho názoru, že stejně jako při kontaktu přímém. Zmiňuje Wordenovy úkoly truchlení jako vodítka pro poradenství i terapii. Nutné je přijmout určitá omezení, která vyplývají z povahy distanční formy péče (menší spontaneita, horší rozpoznávání emocí, nedostatek prostoru pro využití terapeutických technik). Podle jejího názoru je důležité, aby se truchlící dostal do terapie včas, tedy čím dříve od úmrtí blízkého, tím lépe. V tomto směru je distanční péče výhodná. Důležité je zjistit, co klient potřebuje, a v případě nutnosti je důležité zprostředkovat také psychiatrickou péči. Také je třeba zjistit, co brání normálnímu průběhu truchlení, které potřeby nemá klient naplněny, a ty se pokusit v terapii saturovat, což lze i distančně, pokud to klientovi vyhovuje. Klient potřebuje vyjádřit, pojmenovat a integrovat emoce, na které nestačí sám, a potřebuje oporu terapeutického vztahu, aby toho byl schopen.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

TAMARA akcentuje následující proměnné: osamělost, tragické okolnosti (objevení těla), komplikované vztahy mezi zesnulým a pozůstalým, náhlé úmrtí, psychické onemocnění.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

TAMARA pracuje nejraději s metaforami a terapeutickými kartami, které sdílí klientovi na obrazovku. Pokud se zármutek komplikuje, je pro ni důležitá struktura krizové intervence – pomoci klientovi rozhovorem učinit celou situaci srozumitelnou a pomoci mu se v ní zorientovat, hledat výhled do budoucna. Dále TAMARA využívá některé techniky systemické psychoterapie – především cirkulární dotazování, práci s narací. Poradenská intervence je více edukační a směřuje k praktickým věcem, ať už se to týká pohřbu, nebo sociálních otázek.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protražovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

TAMARA truchlení nevnímá jako nemoc a obává se, aby něco v zásadě přirozeného nebylo a priori předmětem medicinalizace a medikace („No já to nevnímám úplně jako nemoc, že bych potřebovala dát nálepku, protože kdy si jsem hodně bojovala s tím, kdy jsem slýchala od lidí, kteří byli v okolí těch pozůstalých, tak jako hele někdo ti zemřel, lupni si prášek. Dělali se z nich hned pacienti. Myslím si, že jsou lidi, kteří potřebují léky. Někdo může komplikovaně truchlit, ale není to o plošné medikaci a bojím se, aby to s novou diagnózou k tomuhle nesklouzlo. A zároveň v něčem je ta diagnóza fajn, myslím z důvodu čerpání péče. Zároveň vnímám v současnosti hlavně ten problém, že se o ty lidi nemá kdo postarat, proto je krok směrem k distanční péči vlastně v pořádku a má smysl, nejde ani tak o nějakou diagnózu v manuálu“).

BEDŘIŠKA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má ukončený komplexní psychoterapeutický výcvik (SUR). BEDŘIŠKA aktuálně pracuje pro organizaci, která se věnuje pomoci pozůstalým. Specializuje se na poskytování krizové intervence (komplexní výcvik v poskytování krizové intervence a komplexní výcvik práce s traumatem), realizuje v tomto směru psychologické poradenství a v některých případech i terapeutické vedení klientů s komplikovanými formami zármutku. Má rozsáhlé zkušenosti s distanční péčí (telefon, videohovor, chatovací krizová intervence) i péčí přímou. Specializuje se převážně na dospělou klientelu, ale občas pracuje i s mladými lidmi v období adolescence a staršími (15+). Pro BEDŘIŠKU byla rovněž určující traumatická osobní zkušenost s úmrtím v rodině, která ji k práci s pozůstalými nasměrovala.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

BEDŘIŠKA často pracuje s komplikovanými formami zármutku, kdy typickým klientem je žena, která za tragických okolností přišla o partnera a v rodině jsou nedospělé děti. Je obtížné si za takových okolností najít na terapii čas. Dále zmiňuje celkovou dostupnost služby a rychlost, s jakou se může klient dostat do odborné péče. BEDŘIŠKA je toho názoru, že distanční kontakt je realizován většinou z místa, které mají pozůstalí spojeno se zesnulým, což evokuje emoce a vzpomínky („To může být někdy dobré, že tam je plno vzpomínek, že se o tom můžeme bavit“). Připojení z domova nejen že šetří čas, ale rovněž navozuje pocit bezpečí.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Nevýhodou distančního kontaktu je absence fyzické blízkosti klienta a terapeuta. Klienti, kterým by pomohl dotek či objetí, se bez tohoto aspektu musejí obejít, na což lze reagovat pouze reflektováním situace („Ráda bych vám nabídla, že vás můžu obejmout, ráda bych to udělala“). Tyto aspekty souvisí s budováním vztahu a v online formě jsou omezené. Při telefonování je nutné se více doptávat (na emoce, potřeby). Problematické je celkově

čtení neverbálních signálů, na které lze v přímém kontaktu reagovat bezprostředně. Pokud nastanou technické komplikace, je nutné být připravený a mít záložní plán. BEDŘÍŠKA má dokončený komplexní výcvik zaměřený na práci s traumatem, při kterém se využívají terapeutické techniky zaměřené na tělo. Zde vnímá omezení v jejich aplikaci – lze pouze edukovat, zacvičit, navést. Podle BEDŘÍŠKY je nevýhodou (paradoxně) bezpečí klienta – otázka, zda je prostředí, ve kterém se klient nachází, pro něj skutečně bezpečné a může otevřeně hovořit. Tento aspekt je potřeba ošetřit a klienta se doptat. Nevýhodou mohou být technické kompetence klienta, technické zázemí, stabilita připojení. Vždy je nutné mít náhradní kanál, pokud online setkání selže (spojit se telefonicky a setkání dokončit). Důležité je bezpečí klienta, je nutné pro něj udělat maximum, to znamená využívat i zabezpečené platformy pro videohovor.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Postoj BEDŘÍŠKY je k distančním formám kontaktu s pozůstalými vstřícný. Na základě svých zkušeností nicméně uvažuje, že je vhodné střídání online kontaktu s přímou péčí, pokud to jde. BEDŘÍŠKA uvádí, že při distanční formě práce využívá to, co se naučila v krizové intervenci, která primárně počítá s tím, že klient se aktuálně nachází na jiném místě než odborník („Při telefonování je to jasné, ale to, co jsem se naučila v rámci výcviku krizové prevence, lze plnohodnotně převést i do vedení videohovoru s klientem“). Dále BEDŘÍŠKA zmiňuje nutný standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu. Nutné je spolehlivě zabezpečit online kontakt a je nezbytné komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti. Je také nutná domluva, co dělat, kdy selže internetové připojení. BEDŘÍŠKA zmiňuje bezpečí klienta – je třeba si říci, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, reflektovat technická úskalí a jeho dovednosti při práci s technologiemi. Důležitý je čas a prostor, tj. aby klient nebyl rušen druhými osobami.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle BEDŘIŠKY rozhodují preference klienta, a pokud mu distanční setkávání nevyhovují, nelze ho nutit. Kontraindikací je vysoká intenzita emocí, nebo naopak odpojení od nich. Do distanční péče rovněž není vhodný klient, který ztrácí schopnost fungovat v běžném životě a přemýšlí o sebevraždě („To se vlastně snažím posoudit, když spolu poprvé mluvíme, v jakém je ten člověk stavu. Když se budeme dotýkat těžkých věcí, tak bych byla radši, abychom byli face to face. A dost často se to stává, pokud tam bylo nějaké násilí nebo sebevražda. Emoční prožitek je o dost bouřlivější, takže tím pádem pak rovnou mluvím o tom, že by bylo dobré potkat se osobně“).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Online práce je náročnější (pomalejší), pokud jde o budování důvěry a vztahu. Při práci je stěžejní prvek vztahovosti (klient – terapeut) a normalizace, truchlení je přirozená reakce. To stojí v základu vytváření zakázky s klientem a takový je postoj BEDŘIŠKY při práci s truchlením („Truchlení je přirozená reakce na vztahovou ztrátu, je to bolestný proces, kterým musíme projít, abychom se dobře rozloučili se zesnulým, abychom ho dále měli ve svém životě a zároveň v tom životě dál pokračovali dobře“). BEDŘIŠKA má tu zkušenost, že v online kontaktu klient mluví méně a ona musí být aktivnější, musí interakci více řídit, přebrat za ni více odpovědnosti, což se promítá do vytváření zakázky. V přímém kontaktu odpadají technické záležitosti okolo připojení se do videohovoru. V distančním kontaktu je potřeba řešit bezpečí připojení, pohodlí klienta, jeho technické zázemí a dovednosti při práci s elektronikou.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Pokud je intervence krátkodobá, stojí na edukaci a podpoře klientových zdrojů, které má k dispozici. Dlouhodobá intervence je o vztahu s klientem o zpracování traumatu – klient potřebuje čas, aby o těžkých věcech dokázal hovořit. Potřebuje se smířit s tím, že blízký člověk zemřel, a v průběhu terapie najít k zesnulému nový vztah. Jde hodně o budování nového světa (Wordenovy úkoly truchlení). Je důležité pochopit, co klient potřebuje, jak mu je. Vždycky hledáme zdroje, které jsou funkční („Vždycky se tam snažím být pevně s nimi, že to unesu – to, co oni říkají, co prožívají. Zásadní je nebagatelizovat, nesnažím se hned dát nějaké levné rady, naslouchám trpělivě“). Důležité je na začátku ošetřit technické věci a bezpečí klienta a rovněž i v průběhu dalších intervencí reflektovat klientovu spokojenost s technickými aspekty distanční péče.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

BEDŘIŠKA je toho názoru, že je nutné průběžně reflektovat při distanční práci s pozůstalým to, co se daří a co nikoli, co je pro pozůstalého důležité, co si odnáší. Tato reflexe se musí dotýkat i platformy distančního setkávání. Pokud klient definuje silné momenty terapie či poradenství, je vhodné ho občas vyzvat k tomu, aby si to důležité poznamenal („Já si myslím, že dobře vedená práce s pozůstalým vyústí v to, že onen člověk je následně schopný si vychutnávat všechno, všechno v životě, že si dovede užít znovu pěkné věci, dokáže se znovu radovat, a zároveň prostě přijímá i to, že to má i tu druhou stranu, že prostě budou přicházet těžké věci, ale že ho to neparalyzuje. Žít co nejlépe a jak to v danou chvíli jde“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

BEDŘIŠKA vnímá spokojenost, vděčnost klientů s ohledem na jejich životní situaci, která jim neumožňuje dostat se do přímé péče. BEDŘIŠKA je toho

názoru, že přímý kontakt je výhodnější, nicméně v okamžiku, kdy není možný, je distanční péče jedinou variantou, která zbývá. Nestalo se jí, že by někdo tuto nabídku odmítl – pokud nemohl přijít osobně. BEDŘÍŠKA se domnívá, že pokud je pozůstalý zahlcen zármutkem, navíc má řadu povinností, a je mu nabídnuta online péče, snáze ji přijme. Není si úplně jistá, zda by v takovém kontextu kývl na péči přímou. Řada pozůstalých má dezorganizovaný život a chtějí po nich, aby někam docházeli či dojížděli, je diskutabilní. Navíc je nutné počítat s tím, že pokud se jedná o seniora, může být omezena jeho pohyblivost („Málokdy se stane, nebo vlastně se mi asi nikdy nestalo, že by mi člověk řekl, že mu distanční péče nevyhovuje. Když jsme se následně domlouvali na pokračování face to face, tak to většinou bylo o tom, že problém byl komplikovanější a že bylo potřeba dát tomu víc prostoru, víc času“).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BEDŘÍŠKA vnímá online práci s truchlením jako efektivní – efektivita je srovnatelná s péčí přímou („Já s online péčí nemám problém, myslím si, že efektivita je srovnatelná s péčí přímou, je to lepší než nic. Jsem typ terapeuta, který je v pohodě s oběma formami péče. Vnímám, že to má nějaká omezení, a spíš si říkám – pojďme hledat způsoby, jak online dobře pracovat. Protože mi přijde, že to zvýší dostupnost služby. Přijde mi důležité při práci online, aby s tím terapeut i klient byli v pohodě, když je souhlas oboustranný, tak si fakt myslím, že to není vůbec na překážku“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BEDŘÍŠKA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor i telefonické intervence jsou náročnější, především na pozornost, zvyšuje se únava.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Důležité je podle BEDŘÍŠKY umět vytvořit s klientem vztah, což v distanční péči trvá déle a je to náročnější. Pokud se tohle podaří, je možné pracovat i s komplikovaným zármutkem. Je třeba stabilizovat klienta a pak se rozhodnout, jestli to stačí, nebo jestli by klient měl pokračovat v přímé péči („Důležité je umět přijmout klientův intenzivní smutek, nebránit v jeho prožití, nechat ho odplavit, smutnit, nechat to projít. Nutné je podívat se na vztah k zesnulému, jaký byl, a znovu ho projít, ohodnotit. Důležité je naladit se na klienta a pomoci mu definovat jeho potřeby. Pokud je zármutek komplikovaný, vždycky se dotýká životního příběhu, který je na pozadí zármutku, mám na mysli vztah k zesnulému“).

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

BEDŘÍŠKA akcentuje náhlost, neočekávanost ztráty a způsob, jakým se pozůstalí o ztrátě dozvědí. Dále hrají roli psychická onemocnění, jejichž průběh je zhoršen vztahovou ztrátou, dřívější traumatické zážitky oživené úmrtím blízkého, osamělost pozůstalého, okolnosti úmrtí (vražda, nehoda, sebevražda atd). V posledních letech se navíc BEDŘÍŠKA setkává s retraumatizací pozůstalých skrze média, která o některých kauzách informují nepravdivě, navíc je díky internetu následně umožněno daný obsah sdílet a podrobovat ho na síti anonymním diskuzím, s jejichž obsahem mohou být pozůstalí konfrontováni.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

BEDŘÍŠKA v přímém kontaktu nepoužívá speciální techniky, které by nemohly být využity v distanční formě. Základem je specifické vedení rozhovoru s klientem, na kterém je její způsob práce založen, a to je plně kompatibilní.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

Podle BEDŘIŠKY je každá diagnóza velkým zjednodušením problému, nicméně aktuální zařazení komplikovaných forem zármutku do MKN-11 vnímá jako potřebné („Protože fakt třeba ti lidé nejsou schopni fungovat, a tohle jim může pomoci si tím těžkým obdobím projít a mít podporu dlouhodobou pro sebe, bez nějakých finančních nákladů“).

ŘEHOŘ

Anamnestické údaje: Psycholog, absolvoval sebezkušenost v gestalt terapii, má výcvik v poskytování krizové intervence. Pracuje s pozůstalými jako dominantní klientelou od roku 2016. Od roku 2004 pracuje na krizové lince – distanční poskytování krizové intervence. Při práci s pozůstalými se aktuálně věnuje především poradenství a stabilizační péči, edukaci. ŘEHOŘ má zkušenost v tomto směru jak s péčí přímou, tak distanční. Aktuálně nabízí poradenské a stabilizační intervence distančně telefonicky pouze dospělým.

• Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?

ŘEHOŘ poskytuje pouze distanční telefonickou péči, která má stabilizační charakter a lze v ní vysledovat izolované prvky poradenství a krizové intervence. Zásadní výhodou jsou podle ŘEHOŘE anonymita a dostupnost. Anonymitu chápe jako výhodu v tom smyslu, že klient dá šanci kontaktu s odborníkem, aniž by s ním musel hovořit tváří v tvář, dovolí si více emočně riskovat – projevit více upřímnosti a otevřenosti. Dostupnost (rychlost) chápe ŘEHOŘ jako možnost získat základní oporu po úmrtí blízkého člověka tam, kde regionálně chybí péče přímá. V neposlední řadě zmiňuje ŘEHOŘ osobní duševní hygienu – distanční telefonická intervence mu přijde v dlouhodobém horizontu snesitelnější, ne tolik emočně náročná jako péče přímá či péče o pozůstalé formou videohovoru.

• Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?

Zásadní nevýhodu spatřuje ŘEHOŘ v bezpečnosti prostředí. V distančním kontaktu tuto podmínku nedokáže mít plně pod kontrolou. Může se klienta doptat na prostředí, ve kterém se aktuálně nachází, může ho v tomto směru edukovat, ale nedokáže zabránit rušivým vlivům. Ty může eliminovat pouze na své straně. Dále je omezena spontaneita setkání, těžší je čtení emocí u klienta a celkově i naladění se na něj, což je příčinou pomalejšího budování vztahu. Distanční setkávání s pozůstalým je více ohraničeno technickými záležitostmi. Distanční telefonický kontakt chápe ŘEHOŘ jako podpůrnou službu, nikoli terapeutickou. Nedokáže si představit, že by telefonickými

intervencemi pomáhal pozůstalému zvládat komplikovaný zármutek. Nabídnout lze pouze poradenství, edukaci, podporu, stabilizaci – to je zásadní limit.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

ŘEHOŘ je toho názoru, že po technické stránce je nutné probrat s klientem to, jak mu daný kontext setkávání vyhovuje či nikoli, aby bylo od začátku jasné, jaký charakter poskytnutá služba bude mít („Takže já se většinou ptám, jestli je to takhle dobré nebo ne, myslím, že se tohle snažím hlídat na každém setkání od začátku, aby bylo zřejmé, že mi záleží na pohodlí klienta, aby klient od začátku počítal s tím, že mu to nemusí sedět, že nejde jenom o mě, že jsou jiné modely práce, které by mohly být přijatelné, protože někteří pozůstalí fakt potřebují mít podpůrný vztah“). Telefonickou intervenci vnímá ŘEHOŘ jako přirozenou cestu („Přijde mi, že lidé jsou na tenhle způsob komunikace zvyklí, protože si prostě voláme mezi sebou běžně, je to normální, že komunikujeme mezi sebou po telefonu“). Nestalo se mu, že by řešil technické komplikace, jako tomu bývá při videohovorech.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle ŘEHOŘE není distanční kontakt vhodný u klienta, který ho odmítá, není spokojený, potřebuje něco jiného – to je nutné zjistit hned na začátku, identifikovat potřeby klienta. Dále zmiňuje komplikované truchlení, potřebu terapeutického vedení, nutnost hlubšího vztahu s odborníkem. Konkrétně ŘEHOŘ přemýšlí o komplikovaném zármutku, který je spojen se sebevražednými tendencemi, kdy je nutná spolupráce s psychiatrem.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Na začátku dominují technické záležitosti (příprava klienta) a záležitosti etické – bezpečnostní parametry. Zbytek je stejný jako při kontaktu tváří v tvář. Stejná je délka i průměrný počet setkání (podle ŘEHOŘE cca 10 až 15 setkání s klientem jednou týdně). Důležité je vytvořit vhodné podmínky k truchlení, dát klientovi najevo, že je žádoucí, běžné – normalizovat jeho průběh. Nutné je položit si otázku, zda se bude jednat o poradenství, nebo terapii (krizovou intervenci), a také zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku. Je třeba posoudit, zda bude klient potřebovat i péči dalšího odborníka (psychiatra). Klient musí rozumět tomu, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat a v jaké frekvenci se bude s terapeutem potkávat, jaký je smysl společné práce. Důležité je vytvářet s klientem bezpečný a srozumitelný vztah a dávat mu prostor pro zpětnou vazbu – co by potřeboval jinak, zda mu společná práce (online) vyhovuje, co mu vadí.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Na začátku je nutné vysvětlit rámec krátkodobé, stabilizační podpory a domluvit si intervaly telefonování (jednou týdně nebo jednou za 14 dní, cca 10 setkání). Je třeba si nastavit parametry bezpečí pro klienta – doptat se, zda má bezpečné zázemí pro telefonický kontakt, a vytvořit prostor pro sdílení emocí. ŘEHOŘ si vždy všímá tónu hlasu, schopnosti dostat celý příběh o úmrtí blízkého do chronologického vyprávění, všímá si, jak je klient aktivní v komunikaci potřeb, jak moc je zahlcen emocemi, jaká má očekávání. V tomto kontextu se ŘEHOŘ rozhoduje, zda je jím poskytovaná distanční péče vhodná. Mapuje, zda se bude jednat o komplikované truchlení. Důležité je identifikovat hlavní problém. Z jeho zkušeností vyplývá, že vhodným klientem pro tento typ služby je člověk, který řeší potíže v komunikaci s okolím nebo aktuální intenzivní prožitky. Typická intervence je potom postavena buď na zásadách krizové intervence (intenzivní prožitky) nebo

poradenství – edukace (potíže v komunikaci s okolím). Důležité je zmapovat kvalitu spánku, samoléčení prostřednictvím dostupných léků nebo rizikové užívání návykových látek. Smyslem krátkodobé intervence je pozůstalého stabilizovat – zpevnit. Každé setkání by mělo být zakončeno shrnutím, na které lze následně navázat.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

ŘEHOŘ zdůrazňuje, že s každým klientem hovoří v podstatě od začátku tak, aby dokázali společně najít odpověď na následující otázky: Jak poznáte, že mou pomoc už nebudete potřebovat? Jak poznáte, že je vaše truchlení u konce? („Že se snažím s nimi o tom bavit, jakou oni tu představu mají“). Důležité je dojít do bodu, kdy je klient schopný zvládat život, zvládat své role, fungovat v běžné každodennosti („Jestli se umí postarat o sebe o druhé, jestli dokáže chodit do práce, jestli je schopný mít z něčeho alespoň elementární radost, jestli je schopný se pro něco nadchnout“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

ŘEHOŘOVY zkušenosti jsou v tomto ohledu kladné. Klienti, se kterými distančně pracoval, byli spokojeni, nabízenou službu dokázali ocenit a profitovat z ní.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Stabilizační distanční péče o pozůstalé je podle ŘEHOŘE stejně efektivní jako stejná služba nabízená tváří v tvář. Podle jeho názoru skutečně nejvíce záleží na preferencích klienta a ochotě profesionála přejít do distanční formy. Existují klienti, kteří budou vždy preferovat přímé setkání, nicméně je vždy možné začít distančně a následně přejít do kontaktu tváří v tvář.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

V tomto směru nemá ŘEHOŘ problémy. Telefonický kontakt s klienty pro něj není vyčerpávající, spíše naopak – pokud srovnává své předchozí pracovní zkušenosti, cítil se více vyčerpaný a více osobně zasažený utrpením pozůstalých, pokud se s nimi setkával přímo. ŘEHOŘ rovněž uvádí, že je nutné brát v potaz množství klientů, které má v péči.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

V tomto ohledu nemá ŘEHOŘ zkušenosti. Navíc je toho názoru, že s komplikovaným zármutkem je nutné pracovat v dlouhodobějším horizontu terapeuticky, nejlépe přímo, nikoli distančně. Pokud by byl nucen volit distanční formu setkávání, pak jedině prostřednictvím videohovoru.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

ŘEHOŘ zdůrazňuje faktory vnější a vnitřní. K vnitřním faktorům počítá osobnostní charakteristiky (míru individuální resilience) a strategie zvládání stresu. K vnějším faktorům patří podle jeho názoru nedostatek přirozené sociální opory, okolnosti a charakter ztráty (náhllost, hrůznost, kombinovaná ztráta, úmrtí dětí).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

ŘEHOŘ v průběhu rozhovoru několikrát potvrdil, že možnost využití konkrétních terapeutických technik je při distančním kontaktu omezená. Při distanční péči se spoléhá na vedení rozhovoru, nepoužívá žádné konkrétní techniky. Dokáže si představit, že při videohovoru lze některé postupy transformovat – záleží na technické zručnosti a kreativitě. Obecně je ale podle jeho názoru tato oblast největší slabinou online kontaktu oproti kontaktu tváří v tvář.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

Zavedení diagnózy ŘEHOŘ vítá. Díky tomu může být zasaženým lidem nabídnuta adekvátní péče, navíc proplacená pojištěním. V případě komplikovaných forem zármutku se ŘEHOŘ nebrání medikaci, především s ohledem na emoční a tělesné vyčerpání, které brání profitu z psychoterapie. Rozhodně je ale toho názoru, že by farmakologická pomoc měla být kombinována s psychoterapií zármutku. Problém vidí v nezodpovědném nasazení medikace bez psychoterapie – plošné nasazení medikace v podobě anxiolytik je podle jeho názoru nebezpečné („Rozhodně je nebezpečné, aby to pak v praxi vypadalo tak, že je to diagnóza a doktor truchlícímu předepíše neuroly a dále ho nepoučí a nenabídne mu návaznou péči“).

VLADĚNA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má komplexní psychoterapeutický výcvik (SUR), výcvik v hagioterapii a existenciální analýze a komplexní výcvik v poskytování krizové intervence. VLADĚNA aktuálně pracuje pro organizaci, která poskytuje psychologickou a sociální pomoc pozůstalým (distanční i přímý kontakt). Specializuje se na krizovou intervenci, psychologické poradenství a v některých případech terapeutické vedení klientů s komplikovanými formami zármutku. Má rozsáhlé zkušenosti s distanční péčí (telefon, videohovor) i péčí přímou. Pracuje jak s dospělými, tak s dětmi. Pro VLADĚNU byla určující traumatická osobní zkušenost s úmrtím v rodině, která ji k práci s pozůstalými nasměrovala.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

VLADĚNA shrnuje výhody následovně: dostupnost, časová úspora, menší finanční náročnost (lze odečíst náklady za dopravu, vhodné pro Čechy žijící v zahraničí), včasnost péče, bezbariérovost, pohodlí. VLADĚNA je toho názoru, že distanční kontakt je realizován většinou z místa, které mají pozůstalí spojeno se zesnulým, což evokuje emoce a vzpomínky – při práci toho lze využít. Připojení z domova navozuje pocit bezpečí. Pokud se klient připojí z domova, lze někdy využít podružné informace, které zachytí kamera, což terapii či poradenství dává nový rozměr („Já jsem měla vždycky představu, když popisovala, co se děje doma, že má nádhernou uklizenou domácnost, a pak bylo potřeba se setkat online a já se nestačila divit, v čem žije“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

VLADĚNA preferuje přímý kontakt a distanční formu péče bere jako nutnost v případě lokální nedostupnosti. Nevýhodou distančního kontaktu je absence fyzické blízkosti, absence drobných projevů vztahovosti – nabídnutí čaje, kapesníků. Tyto aspekty souvisí s budováním vztahu a v online formě jsou omezeny. Navíc ne vždy lze ošetřit bezpečí klienta, nikdy není úplná jistota, zda je klient doma sám, zda se cítí pohodlně a bezpečně. Tohle je nutné

si vyjasnit hned na začátku setkávání („Mně přijde podstatné nejdřív se podrobně domluvit, jak to má vypadat, aby mně se v tom taky dobře pracovalo a současně aby klient byl v dobrém prostředí“). Další nevýhodou je možná ztráta spojení – signálu, nižší technická zručnost některých klientů (nutná edukace, domluva, plán náhradního spojení atd.). Nezbytná je zabezpečená platforma videohovoru. Jako problematickou vnímá VLADĚNA absenci přímého očního kontaktu, který vlastně nejde při videohovoru realizovat – lze ho pouze předstírat. VLADĚNA vnímá distanční péči jako doplněk či nutnost v případech, že lokální zdroje pomoci nejsou k dispozici. Distanční forma péče o pozůstalé je adekvátní v případě krizové intervence či poradenství, diskutabilní je tato forma v případě terapie u komplikovaného zármutku. Zde vidí řešení ve střídání obou forem a jejich vzájemném doplňování. Nelze využít některé terapeutické techniky, které jsou vhodné v přímé péči.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

VLADĚNA zmiňuje nutný standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu. Je třeba spolehlivě zabezpečit online kontakt. Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že klient má základní technické dovednosti. Zapotřebí je domluva, co dělat, kdy selže internetové připojení. VLADĚNA se v průběhu rozhovoru opakovaně vrací k bezpečí vlastnímu i k bezpečí klienta – je třeba si říci, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, reflektovat technická úskalí a jeho dovednosti při práci s technologiemi. Důležitý je čas a prostor, tj. aby klient nebyl rušen druhými osobami.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

VLADĚNA je toho názoru, že distanční kontakt je vhodný při poradenství pro pozůstalé a při stabilizační péči. Diskutabilní je terapie zármutku, rovněž pokud se pojí s traumatem, a dále v případech sebevražedných tendencí

klienta. Zde všude je vhodná péče přímá. Nutné je kombinovat přímou psychoterapeutickou péči s psychiatrickým vedením (zvážit medikaci).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Online práce je náročnější (pomalejší), pokud jde o budování důvěry a vztahu. Je nutné se na začátku práce s klientem domluvit na technických věcech a ošetřit, aby byl prostor k připojení bezpečný – oboustranně vyhovující. Zbytek probíhá podobně jako u přímého kontaktu. Zakázka se týká potřeb klienta a obecně provázení procesem truchlení. VLADĚNA v tomto ohledu akcentuje Wordenův úkolový model.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Pokud je intervence krátkodobá, stojí na edukaci a podpoře klientových zdrojů, které má k dispozici. Je stabilizační. VLADĚNA se většinou setkává s klientem jednou týdně a následně přechází na 14denní intervaly. Dlouhodobá intervence je založena na vztahu s klientem. Vždycky je při ní nutné ohodnotit ztracený vztah se zesnulým. Dominuje potřeba smířit se s tím, že blízký člověk zemřel, a v průběhu terapie dospět k novému vztahu se zesnulým. Vždycky hledáme zdroje, které jsou funkční. VLADĚNA znovu připomíná, že online péče se nejlépe hodí pro krizovou intervenci a pro poradenství.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

VLADĚNA je toho názoru, že je nutné průběžně reflektovat při distanční práci s pozůstalými to, co se daří a co nikoli, co je pro pozůstalé důležité, co vnímají jako nosné. Tato reflexe se musí dotýkat i platformy distančního setkávání. Nutné je postupné rozvolňování vztahu a průběžné připomínání, kolik ještě setkání zbývá.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

VLADĚNA vnímá spokojenost, vděčnost klientů s ohledem na jejich životní situaci, která jim neumožňuje dostat se do přímé péče – rozhodně tedy převažuje spokojenost.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Podle VLADĚNY je přímá péče efektivnější, rychleji vzniká pracovní vztah. Tento její postřeh se týká především terapeutického vedení. V případě stabilizace, doprovázení, poradenství či krizové intervence je distanční kontakt (videohovor, telefonické spojení) plnohodnotný.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

VLADĚNA je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor i telefonické intervence jsou pro ni náročnější – především na pozornost, zvyšuje se celková únava a bolest očí kvůli únavě z monitoru.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Důležité je podle VLADĚNY umět vytvořit s klientem vztah, což v distanční péči trvá déle a je to náročnější. Pokud se tohle podaří, je možné pracovat i s komplikovaným zármutkem, nicméně pro VLADĚNU se nejedná o preferovaný způsob práce a rozhodně se v tomto ohledu přimlouvá minimálně za kombinaci distančního kontaktu s přímou péčí.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

VLADĚNA upozorňuje na neočekávanost ztráty a způsob, jakým se pozůstalí o ztrátě dozvědí. Dále je důležitá rychlost psychosociální pomoci – především krizové intervence. Komplikace lze čekat vždy v případě sebevraždy. Dále hrají roli psychická onemocnění (především deprese a poruchy osobnosti),

jejichž průběh je zhoršen vztahovou ztrátou, dřívější traumatické zážitky oživené úmrtím blízkého, osamělost pozůstalého.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

VLADĚNA právě zde vnímá slabinu distanční péče. V přímém kontaktu používá práci s kartami, terapii píslem a řadu dalších technik. V distančním kontaktu se spoléhá především na rozhovor.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek).**

Podle VLADĚNY je zde nebezpečí nadbytečné farmakologické léčby a nedostatečné edukace odborné veřejnosti („Z čeho mám strach je to, kolik psychiatrů je edukovaných v tomto tématu, co vlastně dokáží poznat? Jak dobře umí nastavit medikaci a za jakých okolností ji nasadí? Jak budou tento fenomén diagnostikovat? Pokud vezmou za bernou minci pouze časové hledisko, tak půl roku od úmrtí je pro mě vlastně téměř jakýkoli projev zármutku normální a není zcela určující, jestli to bude komplikované, nebo nekomplikované“).

VIKTOR

Anamnestické údaje: Psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v kognitivně behaviorální terapii, gestalt terapii a krizové intervenci. Získal profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé, má vlastní terapeutickou praxi a 26 let zkušeností v oboru. Aktuálně spolupracuje s organizací, která poskytuje poradenství pozůstalým. Práci s pozůstalými provádí VIKTOR v rámci poradenských a terapeutických zakázek, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. Realizuje jak distanční péči o pozůstalé, tak péči v rámci přímého kontaktu. Distanční formu péče prostřednictvím videokonferenčního hovoru začal poskytovat v situaci omezeného kontaktu v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto formu práce s klienty kombinuje s kontaktem tváří v tvář, který v jeho práci převažuje. Se svými klienty pracuje podle zakázky poradensky, nebo v delším horizontu terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci poskytuje velmi vzácně, typicky v situacích bezprostředně po úmrtí, kdy se na něj pozůstalý obrátí se žádostí o pomoc na základě konkrétního doporučení.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle VIKTORA je výhodou časová úspora („Klient ušetří čas, protože za mnou nemusí jezdit, spojíme se, třeba když je v práci, nebo když je doma“). Dále zmiňuje dostupnost, pohodlí pro klienta, klient se může rychleji dostat ke kvalifikované péči. Zásadní výhodu spatřuje u nemocných lidí, kteří mají problémy s pohybovým aparátem, mají nějaký tělesný hendikep nebo vykazují příznaky akutního respiračního onemocnění („Rozhodně to může pomoci v situaci, kdy existuje nějaká objektivní překážka na straně pozůstalého, třeba je nemocný, nemůže chodit, cestovat někam, je velmi unavený“). První kontakt skrze videohovor nebo telefon je u pozůstalého vhodný, protože může být natolik otřesen smrtí blízkého, že je pro něj nepředstavitelné, aby někam jel a aktivně vyhledal psychologickou pomoc („Akutně v řádu dnů od úmrtí blízkého je člověk prostě otřesený a může pro něj být lepší se s někým spojit přes počítač nebo telefon“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Nevýhodou distančního kontaktu jsou technické nároky, které jsou kladeny na poskytovatele a také na klienta. Musí mít disponovat dovednostmi a vybavením, které distanční setkání umožní („Oba musíme mít počítač, kameru, telefon a nejdůležitější je stabilní internet“). Rovněž je nutné počítat s větší náročností na straně poskytovatele, protože budování terapeutického vztahu trvá déle („Rozhodně pomaleji vzniká vztah mezi mnou a pozůstalým, musím se více soustředit, nemám k dispozici řadu neverbálních informací“). Nutné je, aby poskytovatel pomohl klientovi při distančním kontaktu vytvořit bezpečné prostředí („Největší zádrhel je to místo, kde se klient připojuje, já vlastně nevím, jestli je tam sám, jestli se může uvolnit, musím právě tohle s ním probrat a dát mu najevo, že potřebuji mít jistotu, že on je v bezpečí a nemusí sám sebe cenzurovat, protože tam někdo s ním je“). Pozůstalý musí umět zacházet s technologiemi, případně je třeba zaškolení. K dispozici musí vždy být alternativní možnost spojení, pokud dojde k narušení online kontaktu. VIKTOR v takovém případě volí mobilní telefon. Spojení s klientem by mělo být chráněné – šifrované. VIKTOR má dobrou zkušenost s aplikací Zoom („Taky potřebuji dobrou aplikaci na videohovory, něco chráněného, rozhodně nechci, aby citlivé informace někam unikly, takže platím licenci aplikace Zoom“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

VIKTOR nabízí distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Nutné je vybavení na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a stabilní připojení k internetu. Je třeba spolehlivě zabezpečit online kontakt, aby nedošlo k úniku citlivých informací. Někdy se stane, že klient potřebuje vysvětlit, jak zajistit online spojení, aby fungoval obraz i zvuk. Je nezbytné mít vždy záložní variantu, pokud videohovor vypadne, použít telefon, dopředu být s klientem na tomto

plánu domluven („Je potřeba některé věci s klientem probrat, mám na mysli záložní spojení, zapnutí zvuku, obrazu, většinou s tím není problém, ale občas je to nutné. Klienta potřebuji i ubezpečit, že to, co mi říká, nebudu nahrávat, že to neunikne někam ven, většinou se o to klienti nezajímají, ale já tu potřebu mám, podle mě je to fér“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

VIKTOR zdůrazňuje především stabilní připojení k internetu („Bez stabilního internetu to prostě nejde dělat“) a bezpečí na straně klienta – pokud chybí, nelze pracovat distančně („Nejde to dělat v okamžiku, kdy klient není v pohodě, někdo mu tam může vpadnout, někdo tam pořád chodí, nebo je někde za dveřmi, já si toho všimnu, že on je nějaký nesvůj, zeptám se a někdy je to venku, takže to je problém“). VIKTOR je rovněž toho názoru, že distanční kontakt skrze videohovor není vhodný pro děti.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

VIKTOR se na tomto místě vrací k technickým a etickým parametrům. Připomíná důležitost prvních konzultací, kdy je nutné vytvořit rámec distančních setkání. Pokud se toto podaří, nevidí rozdíl ve srovnání s přímým kontaktem. Nutné je specifikovat zakázku s ohledem na to, zda se bude jednat o poradenství, či terapii, edukaci, doprovázení. Je také třeba mít jasno v tom, zda klient vykazuje symptomy komplikovaného zármutku. Klient musí rozumět smyslu společné práce, nezbytné je domluvit se na frekvenci setkávání. Praktickým vodítkem je pro VIKTORA Wordenův úkolový model.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Typická intervence při práci s truchlením podle VIKTORA neexistuje. Jeho názor je takový, že pokud je klient svolný k distanční péči a po technické

stránce je vše v pořádku, lze tímto způsobem pracovat s každou formou zármutku. Podle VIKTORA je nutné, aby terapeut (poradenský pracovník) měl nejprve zkušenosti s přímou péčí. Vodítka pro orientaci v procesu truchlení nabízí Wordenovy úkoly truchlení nebo model Vereny Kast. Je nutné akceptovat omezení, která vyplývají z povahy distančního kontaktu formou videohovoru. Ochuzena je spontaneita setkání, nelze přímo aplikovat některé terapeutické techniky, omezená je nonverbalita setkání („Je nutné přijmout omezení, která jsou pro online typická, mám na mysli techniky a neverbální informace, prostě ta forma setkání má filtr, který může zkreslovat. Neexistuje typická intervence, zase se budu opakovat, ale nutné je zvládnout technické věci, nastavit etiku setkání. Pokud mám uvést nějaká teoretická vodítka pro intervenci, nabízí se práce Wordena a Kastové“).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

VIKTOR zmiňuje zvýšení emoční stability klienta a jeho schopnost věnovat se životním úkolům, které před ním stojí. Důležité jsou rovněž záblesky znovuprožívané chuti do života a radosti ze života. Truchlící také nalézá novou formu vztahu k pozůstalému („Při práci s pozůstalým je velmi důležité, aby v určité fázi terapeutického procesu truchlící znovu ohodnotil ztracený vztah... obecně řečeno, klient je sám schopen poznat, že naše společná práce je u konce, celkově je emočně stabilnější, dokáže zvládat běžné denní povinnosti, znovu se těšit ze života“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

Podle VIKTORA se jedná celkově o postoje vstřícné, přijímající, vděčné.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Pokud jsou splněny základní technické parametry a dodrženy etické standardy, je efektivita přijatelná či srovnatelná s přímou péčí, pakliže se podaří s klientem navázat vztah. VIKTOR preferuje přímý kontakt, nicméně

respektuje výhody distanční péče, které stojí především na straně klientů („Já se rád setkávám s klientem tváří v tvář, to je to, co mám na té práci rád. Důležitý v naší profesi je vždycky vztah s klientem, a pokud se ho podaří vytvořit online, je to dobré a léčí to, je to efektivní“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Podle VIKTORA je náročnost distanční péče větší ve srovnání s přímým kontaktem – únava, unavené oči, maximální soustředění, větší investice do vztahu.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

VIKTOR v tomto kontextu zmiňuje Wordena a jeho úkolový model, který je užitečný pro zacházení s komplikovaným zármutkem („Nabízí srozumitelná vodítka, která lze přenést do distanční péče“). Při práci s komplikovaným zármutkem je vždy nutné posoudit suicidalitu a zapojení psychiatra nebo obvodního lékaře. V zásadě zde nejsou podle VIKTORA specifika, která by odlišovala pracovní postupy. Důležitý je důvěrný, bezpečný vztah mezi klientem a terapeutem.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Zásadní roli podle VIKTORA sehrávají okolnosti úmrtí, charakteristika vztahu mezi pozůstalým a zesnulým, osobnostní charakteristiky a sociální opora pozůstalého („Komplikovaný žal vzniká v okamžiku, kdy člověku schází důvěrné vztahy, pozůstalý se cítí ztracený, osamělý. Velkou roli hrají okolnosti smrti a vztah mezi zemřelým a pozůstalým“).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

Při distančním kontaktu konkrétní terapeutické techniky VIKTOR nepoužívá. Vede s klientem rozhovor a je schopen mu doporučit některé postupy – psaní deníku, zaznamenávání pocitů a jejich kolísání v průběhu dne, vytvoření rituálu, psaní dopisu na rozloučenou, vytvoření alba vzpomínek. Výstupy z těchto úkolů lze online diskutovat a pracovat s tím, co na jejich základě vzniklo.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma - Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek).**

VIKTOR je toho názoru, že, že zásadní roli bude hrát informovanost odborné veřejnosti, především praktických lékařů a psychiatrů. Je zde nebezpečí nadbytečné farmakologické léčby („Léky mohou zpomalit proces truchlení, celé to utlumit a potlačují emoce, které je potřeba prožít. Na druhou stranu člověk potřebuje fungovat a léky v tomto ohledu mohou pomoci. Třeba v situaci, kdy člověk nespí už kolikátý den a jednoduše si potřebuje odpočinout“). Výhodu spatřuje v legitimizaci zármutku a možnosti čerpání zdravotního pojištění („Člověk si může odpočinout, dostane se do pracovní neschopnosti, obvodní lékař třeba zprostředkuje návaznou péči psychologickou, terapeutickou“).

BEÁTA

Anamnestické údaje: Psycholožka (22 let praxe v oboru), má komplexní psychoterapeutický výcvik (SUR), komplexní výcvik v poskytování krizové intervence, získala profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé. BEÁTA aktuálně pracuje pro organizaci, která poskytuje psychologickou a sociální pomoc pozůstalým (distanční i přímý kontakt). Specializuje se na krizovou intervenci, psychologické poradenství a terapeutické vedení klientů s komplikovanými formami zármutku. Má rozsáhlé zkušenosti s distanční péčí (telefon, videohovor) i péčí přímou. Pracuje s dospělými i dětmi.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

BEÁTA shrnuje výhody následovně: dostupnost, časová úspora, včasnost péče, bezbariérovost, pohodlí, bezpečí pro klienta („Výhodu vnímám v tom, že je to často pro klienta bezpečnější, protože se můžeme spojit z jeho domácího zázemí nebo z místa, kterému je mu příjemné. Výhodu vnímám také v tom, že i ta časová flexibilita je jiná. A můžeme se domlouvat na různých alternativách. Vždy je to také lepší než žádný kontakt“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Podle BEÁTY je přímé setkání vždy o laskavém a lidském přístupu, což online chybí („Online setkání člověka tolik nezahřeje“). BEÁTA preferuje přímý kontakt a distanční formu péče bere jako nutnost v případě lokální nedostupnosti nebo celkově jako doplněk péče přímé („Přímé setkání je pro mě lepší varianta, možnost napojit se na toho člověka. Líp se mi asi čte jeho neverbalita anebo prožívání toho člověka v místnosti. A zároveň, když se jedná o krizové intervenční situace, tak mám pocit, že se tam dá pracovat přes tělesné ukotvení a dechová cvičení, čímž neříkám, že při distanční péči to nelze, ale má to své limity“).

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

BEÁTA zmiňuje nutný standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu. Je zapotřebí spolehlivě zabezpečit online kontakt. Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti. Je třeba se domluvit, co dělat, kdy se lze internetové připojení. BEÁTA se v průběhu rozhovoru opakovaně vyjadřuje k bezpečí vlastnímu i k bezpečí klienta („Je třeba komunikovat, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, být si vědom technických úskalí. Důležitý je také čas a prostor – aby klient nebyl rušen druhými osobami, aby nás nikdo nemohl vyrušit“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

BEÁTA je toho názoru, že distanční kontakt je vhodný především při poradenství pro pozůstalé, při stabilizační péči, nebo pokud se jedná o krizovou intervenci. Diskutabilní je terapie zármutku a případ sebevražedných tendencí klienta. Distanční kontakt rozhodně není úplně vhodný u dětí, tam se osvědčují herní prvky, které do online formy nelze dostat. Online kontakt je hodně o povídání, rozhovoru, je pro motivované klienty, především dospělé.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Kontextem zakázky je podle BEÁTY časový rámec 13 měsíců podpory, kterou její organizace pozůstalým nabízí. Zakázka se vždy týká potřeb klienta a obecně provázení procesem truchlení. Při krizové intervenci je nutná větší míra vedení, často ani nelze zakázku přesně definovat, nutná je stabilizace klienta, porozumění, vytvoření krizového plánu. V případě, že se dostane přes tuto stabilizační fázi, vytváří se kontrakt. V poradenském prostoru se

většinou zakázky tematizují samy (Co tento konkrétní člověk potřebuje, v jakém životním kontextu se nachází?). Při terapeutickém kontaktu záleží, v jakém rozpoložení člověk přichází („Já se snažím respektovat jeho čas a tempo. A někdy potřebuje trochu nasměrovat, vždycky je ale nutné naladit se na klientovo tempo a nikam ho netlačit. V terapii jde o výlučnost vztahu. Je to práce s truchlením, ale přes konkrétní životní situace toho dotyčného, které do terapie přináší“).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

BEÁTA je toho názoru, že především záleží na tom, v jaké fázi truchlení se pozůstalý nachází, jak rychle od úmrtí se pozůstalý do péče dostane. („Umím si představit, že jsou klienti, kde je potřeba využít krizové intervence, ale zároveň přicházejí pozůstalí také ve fázi, kdy potřebují pouze poradenství, nebo se domlouváme na formě terapie“). Při terapii je podle BEÁTY vždy důležité ohodnocení (rekapitulace) ztraceného vztahu, dořešení starých křivd (vyříkat si je), odpuštění či přijetí toho, co se událo. Při terapii zármutku se také často stává, že klient naplní sezení obsahem, které zdánlivě nesouvisí s úmrtím blízkého člověka. To je potřeba respektovat. Pokud je intervence krátkodobá, stojí na edukaci a podpoře klientových zdrojů, které má k dispozici. Je stabilizační. Dlouhodobá intervence je založena na vztahu s klientem. Dominuje potřeba smířit se s tím, že blízký člověk zemřel, a v průběhu terapie dospět k novému vztahu se zesnulým. Vždycky se hledají zdroje, které jsou funkční. Zásadní je včasnost kontaktu s klientem. Podle BEÁTY je ideální situace taková, při níž lze s člověkem pracovat ještě dříve, než se stane pozůstalým, kdy je práce s anticipovaným truchlením součástí např. domácí hospicové péče nebo péče přes mobilní hospicový tým v nemocnici.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

BEÁTA je toho názoru, že je nutné průběžně reflektovat při distanční práci s pozůstalými to, co se daří a co nikoli, co je pro pozůstalé důležité, co vnímají

jako nosné. Tato reflexe se musí dotýkat i platformy distančního setkávání. Nutné je postupné rozvolňování vztahu a průběžné připomínání, kolik ještě setkání zbývá. Důležitá je funkčnost klienta, která je spojena s uvědomováním si emocí a potřeb („Zvládnuté truchlení znamená, že člověk dokáže ráno vstát a udělat si snídani, doprovodí děti do školy a začne se základním způsobem začleňovat do běžného života. S tím se pojí integrace emocí a potřeb, sebeuvědomění toho, co se mi děje, proč se mi to děje a jak se k tomu mám postavit“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

BEÁTA vnímá spokojenost, vděčnost klientů s ohledem na jejich životní situaci, rozhodně dominuje spokojenost. BEÁTA upozorňuje, že tento aspekt se týká klientů, pro které je distanční kontakt akceptovatelný.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BEÁTA se s klientem vždy raději potká tváří v tvář – preferuje osobní kontakt, který je efektivnější, rychleji vzniká pracovní vztah. Tento její postřeh se týká především terapeutického vedení. V případě stabilizace, doprovázení, poradenství či krizové intervence může být distanční kontakt (videohovor, telefonické spojení) plnohodnotnou alternativou („Rozhodně ale nechci, aby tento náš rozhovor vyzněl jako nějaká propagace distanční péče, za sebe otevřeně říkám, že vždy budu preferovat přímé setkání s klientem“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

BEÁTA má tu zkušenost, že práce v online prostoru skrze videohovor i telefonické intervence jsou pro ni náročnější – především na pozornost, zvyšující se únavu, emoční zátěž, bolest očí (únava z monitoru).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Důležité je podle BEÁTY umět vytvořit s klientem vztah, což v distanční péči trvá déle a je to náročnější. Pokud se tohle podaří, je možné pracovat i s komplikovaným zármutkem. Nicméně pokud klient vykazuje symptomy komplikovaného zármutku, snaží se BEÁTA distanční kontakt kombinovat s přímou péčí. Důležité je v takových případech pozůstalému zprostředkovat péči psychiatrickou, popřípadě s ním tuto alternativu konzultovat.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

BEÁTA upozorňuje na neočekávanost ztráty a způsob, jakým se pozůstalí o ztrátě dozvědí. Dále je důležitá rychlost psychosociální pomoci, především krizové intervence. Komplikace lze čekat vždy v případech sebevraždy. Dále hrají roli psychická onemocnění, jejichž průběh je zhoršen vztahovou ztrátou, dřívější traumatické zážitky oživené úmrtím blízkého, osamělost v současné společnosti, výrazný tlak na výkon a potlačování emocí („Velice důležitá je v tomto ohledu prevence, kdy můžeme pozůstalým poskytovat pomoc doprovázení ještě za života umírajícího a připravit ho na úmrtí a následné truchlení. Důležité jsou také nedořešené záležitosti, neuzavřené otázky, které nasedají na neočekávané úmrtí“).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

BEÁTA v tomto ohledu upozorňuje na slabinu distanční péče. V přímém kontaktu používá práci s terapeutickými kartami, terapii písmem, dechová cvičení. V distančním kontaktu se spoléhá především na rozhovor; nicméně je toho názoru, že někdo technicky zdatný by dokázal některé terapeutické techniky do virtuálního světa přenést.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná**

synonyma – Porucha protražovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?

BEÁTA je toho názoru, že pozůstalostní péče by měla být přirozenou součástí našeho zdravotně sociálního systému, tudíž existenci této diagnózy vítá („Takže za mě, i když nerada dělám škatulky, myslím si, že tato diagnóza může přinést do systému legitimitu toho, že jsou tu lidé, kteří prostě potřebují specifickou péči. V momentě, kdy se člověk dozví, že něco takového existuje, tak mu to může legitimizovat to, že vlastně je normální, co prožívá, že mu to dá pocit jistoty. Umožní to lépe směřovat k pozůstalému konkrétní formy péče. Pozůstalému to přinese úlevu, když se dozví, že je v tomto ohledu průběh jeho truchlení typický. Navíc já se k tomu vztahuji tak, že medikaci pro klienty neodmítám a v případě komplikovaného zármutku to může být velmi užitečný nástroj, když se s ním šetrně zachází. Optimální je samozřejmě kombinace medikace a psychoterapie“).

SAMUEL

Anamnestické údaje: Sociální pracovník a psychoterapeut, má ukončený komplexní výcvik v gestalt terapii, profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé a výcvik v poskytování krizové intervence, 25 let zkušeností v oboru a rozsáhlé zkušenosti především s přímou péčí a díky pandemii onemocnění covid-19 i péčí distanční. SAMUEL aktuálně pracuje v organizaci, která se věnuje doprovázení umírajících a jejich rodinných příslušníků. Realizuje doprovázení – provázení pozůstalých procesem truchlení. Distanční péči nabízí převážně dospělým. Soustředí se na individuální kontakt s klientem. Distanční péči vnímá jako nutnost, doplněk. Při práci s klientem preferuje přímou péči.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Hlavní výhodu spatřuje SAMUEL v dostupnosti („Klient nemusí čekat měsíce na nějaké volno někde, ale můžeme se mu věnovat hned“). Další výhoda se týká kontaktu s mladšími lidmi, pro které je online připojení a distanční komunikace přirozenější („Pro mladší ročníky je videokontakt úplně přirozený, tedy rozhodně víc než pro mě“). Dále SAMUEL uvažuje o časové flexibilitě a bezpečném prostředí domova.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

SAMUEL vnímá distanční péči o pozůstalé jako doplněk – nutnost z nouze. Zásadní nevýhodu spatřuje v zaručení bezpečnosti prostředí. Když pracuje s klientem tváří v tvář, je prostředí bezpečné, SAMUEL zajistí, aby je nikdo nerušil. V distančním kontaktu tuto podmínku nedokáže mít plně pod kontrolou („Klient si neudělá doma bezpečné prostředí, takže tam někdo chodí, nebo prostě jsou nervózní, že tam někdo přijde, nesoustředí se, nemám jistotu, že nás někdo další neposlouchá“). Je omezena spontaneita setkání, těžší je čtení emocí u klienta a celkově i naladění se na něj.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Pro SAMUELA je důležité potkat se s klientem nejprve přímo, poznat ho v přímém kontaktu, a následně si dokáže představit, že setkávání budou pokračovat distančně přes videohovor („Ale musíme se před tím vidět, mít osobní vztah, pak si umím představit následnou práci v onlinu. Já ale nejsem člověk, který by v tom chtěl pracovat. Nemám rád aplikace a tady ty věci. Necítím se v tom dobře“). Distanční kontakt s pozůstalým lze podle SAMUELA realizovat prostřednictvím videohovoru (videokonference). Zde je nutné standardní vybavení na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon), spolehlivé připojení k internetu. Je zapotřebí spolehlivě zabezpečit online kontakt. Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání kontraktu, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti. Nutná je domluva, co dělat, kdy se lze internetové připojení (dokončit setkání telefonicky). SAMUEL potřebuje klienta na online setkání připravit. Většinou jde o nastavení kamery, aby na sebe viděli. Zapnutou kameru bere jako nutnost („Najdu si prostor, kde budu pouze já, a chtěl bych, aby i klient měl prostor pouze pro sebe, chci, aby měl zapnutou celou dobu kameru a mikrofon, aby v té místnosti nebyl nikdo jiný a aby se hodinu věnoval pouze tomuhle, což imituje rámec osobního setkání“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle SAMUELA není distanční kontakt vhodný u klienta, který ho odmítá, tato forma setkání se nedá vnutit. Distanční kontakt také podle SAMUELA není vhodný u mladších dětí (pod 15 let). Rovněž kontraproduktivní je v tomto ohledu nechuť terapeuta k distanční práci („Je nutné říct, že pokud mně jako terapeutovi to vadí, nevyhovuje mi to, nemůže mě přece nikdo nutit, abych to dělal“).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Podle SAMUELA je nutná plná přítomnost a pozornost terapeuta. SAMUEL přibližuje specifický kontext svojí práce (anticipované truchlení), v němž každý pozůstalý, se kterým se setkává, byl v péči domácího hospice, takže doprovázení umírajícího a jeho rodiny následně přechází v některých případech do pozůstalostní péče, tudíž je v takové situaci vytvořen vztah už dopředu. Klienti potřebují především přijetí, laskavost a porozumění („Pokud s klientem pracuji, tak většinou zjistím, že tohoto se jim mimo mou pracovní přirozeně moc nedostává, ve vztahu se mnou mohou být skutečně tím, kým jsou, a mohou prožívat skutečně to, co se uvnitř nich děje“). Podstatou je podle SAMUELA partnerský přístup, přizpůsobení se klientovi. Klientům poskytuje krizovou sociální práci nebo krizovou psychoterapii („Situace je specifická v tom, že většinu pozůstalých, se kterými se setkávám, znám ještě z domácího hospice, už tam navazujeme vztah a musím říct, že často je to hodně intenzivní, že ti lidé, když pečují, tak se jim otevrou nějaké věci z minulosti, které se týkají jejich rozvoje nebo nějakých komplexů či traumat“). Vytváření zakázky je v případě SAMUELA specifické časovým rámcem („pět schůzek, v rámci kterých je cílem adaptace na to, co se stalo, aby se mohli nadechnout, vydechnout, ohlédnout se a vykročit dál, oni vědí, že u nás to není na dlouho, tak do toho jdou naplno. Když dám konkrétní příklad, tak to může vypadat tak, že klient hovoří o tom, jak těžko se mu vstává ráno do práce, protože poslední 3 měsíce pečoval o tátu, a tohle je téma. A pokud se tam objeví, že měl s tátou problémy od puberty, tak řeknu, dobře, že to říkáte, ale tohle řešit nebudeme. Takže já ty zakázky filtruji, co ještě bude a co už nebude“).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

SAMUEL pracuje s otázkami, které pomáhají pojmenovat to, co je pro klienta důležité v souvislosti s truchlením (S čím přicházíte, co byste potřeboval,

co je pro vás těžké?). SAMUEL znovu připomíná specifický kontext, ve kterém se pohybuje („Protože my často vstupujeme do velmi intimních situací, vstupujeme do rodinných nebo osobních prostorů. Jde o to, že pomáháme celé rodině, která doma pečuje o umírajícího člena, a následně, pokud je to třeba, pokud je to vyžádáno, pracujeme s pozůstalými, které jsme poznali v době, kdy ještě pozůstalými nebyli. Tohle je důležitý preventivní parametr a důležitý parametr vztahu s klientem, tato včasnost pomáhá předcházet komplikacím“). Naprosto zásadní je vytvoření důvěry mezi terapeutem a klientem a normalizace celého procesu. SAMUEL v této souvislosti zmiňuje také svou expertní roli a význam edukace („Že často jejich truchlení není akceptováno, že je okolí tlačí do pozice Už buď v pohodě, už se s tím nějak vyrovnej, což je zraňující. Já se je snažím povzbudit, že je v pořádku to, co se jim aktuálně děje a jak to prožívají. Jde o to, jejich stav normalizovat, legitimizovat. To je pro mě základní etika typické intervence“).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Důležitá je stabilita klienta, a pokud je jí dosaženo, společná práce končí. SAMUEL připomíná časové ohraničení pěti setkáními, která navazují na domácí hospicovou péči. („Myslím, že si potřebují naplno uvědomit, že jejich blízký skutečně zemřel. To znamená dotknout se toho jak fyzicky, tak i emocionálně, a tomu pomáhá právě účast na doprovázení, to je nejlepší prevence. Je potřeba určitě udělat nějaké rozloučení. Musí proběhnout vypořádání posledních věcí, které je často velmi otravné, ale dokud to neproběhne, tak člověk nemůže pořádně naskočit do emocí, protože řeší spoustu papírů. A následuje vstup do další životní etapy, další životní cesty. Někomu se to povede za půl roku, někomu se to povede později, problém je, pokud se to nedaří. Ale vidím to často takhle. Napadá mě obraz, kterým se to pokusím vysvětlit – klient stojí u řeky a potřebuje se dostat na druhou stranu. Já jsem tam od toho, abych mu pomohl postavit loď nebo přebrodit se, ale dál už potom jde sám. Nebo jinak – vezmeš si šerpu, když jdeš někam, kde to je nebezpečné. Tak si myslím, že my jsme takoví šerpové, kteří tě převedou přes sedlo a potom jdou nazpátek, a ty pokračuješ dál“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

SAMUELOVY zkušenosti jsou v tomto směru omezené. Domnívá se, že vstřícný postoj k distančním formám péče budou mít především lidé, pro které jsou elektronická média vhodným prostředkem komunikace. Podle jeho názoru se v současnosti jedná především o mladé lidi, kteří jsou zvyklí komunikovat online.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

SAMUEL preferuje přímý kontakt. Domnívá se, že přímý kontakt je efektivnější a přirozenější. Distanční péči bere maximálně jako doplněk, jako něco, co může pomoci za určitých okolností s ohledem na klientovy možnosti či preference.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

SAMUEL je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je náročná na pozornost. Stěžuje si na větší únavu, více se musí soustředit ve srovnání s přímým kontaktem („Je to unavující, a já nejsem schopen tady v tom pracovat dlouho, v online kontaktu se špatně soustředím, nefunguje mi tam pozornost“).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

SAMUEL nemá v tomto směru zkušenosti.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Podle SAMUELA může hrát významnou roli nedostatek přirozené sociální opory, okolnosti úmrtí, neočekávaná ztráta klíčového vztahu, smrt dětí.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

SAMUEL vidí v tomto směru další slabinu distančního kontaktu. Připomíná nicméně, že úspěch terapie či poradenství vždy závisí na síle a výlučnosti vztahu s klientem, nikoli na technice („Při online práci s klientem bude každý terapeut podle mého názoru limitován při využití terapeutických technik, distanční setkání to prostě neumožňuje. Nicméně pokud se terapeutovi podaří vytvořit výlučný, stabilní a důvěryhodný vztah s klientem v online prostoru, mohlo by to fungovat“).

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

SAMUEL vnímá tuto diagnostickou kategorii jako diskutabilní („Truchlení je přirozený proces, kterým člověk musí projít. Pokud si nejsem jistý a vnímám, že vznikají komplikace, tak doporučím kontakt s dalším odborníkem. Ale jinak se snažím spíš ty škatulky z toho sundat. Úplně nejsem toho názoru, dávat tomu nálepku. Když mám obavy o klienta, zejména z toho, aby si něco neudělal, a může být přínosná medikace, tak ho zkontaktuji s psychiatrem. Nicméně si vybavuji paní, které zemřela maminka, ona dostala antidepresiva, užívala je dlouho, a po 7 letech, když je přestala brát, tak jí během týdne naskočily emoce, které odkládala, byla z toho zaskočená, že vlastně jen seděla na posteli a plakala. Podle mě ji doběhly emoce a vzpomínky, které potřebovala prožít. Tady vnímám to nebezpečí, aby ti lidé nebyli hned medikováni, protože se vlezou do téhle škatulky, do téhle diagnózy“).

RENÉ

Anamnestické údaje: Psycholog a psychoterapeut, v současnosti pracuje v soukromém sektoru, má vlastní ambulanci a 20 let praxe v oboru. Po dobu 8 let spolupracoval s organizací, která poskytuje v ČR komplexní péči o pozůstalé, pracuje s dětmi i dospělými, má ukončený komplexní výcvik v psychodynamické terapii a komplexní výcvik v integrativní psychoterapii a dále také výcvik v poskytování krizové intervence, mediace a práci s traumatem. RENÉ má rozsáhlé zkušenosti s přímou a v současnosti i distanční péčí (videohovor, telefon). Ve své praxi podle potřeb klientů poskytuje krizovou intervenci, poradenství nebo psychoterapii.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

RENÉ spatřuje výhodu distančního kontaktu v dostupnosti služby, která má podle jeho názoru rovněž preventivní charakter. („Pokud mohu s klientem pracovat brzo po ztrátě, je pravděpodobné, že nedojde ke vzniku komplikovaného zármutku, tudíž distanční pomoc pozůstalým může v tomto směru pomoci“). Další výhodou je flexibilita – klient ušetří čas, může se připojit z domova či zaměstnání („Je to sice diskutabilní, nicméně některým lidem vyhovuje, že se připojí ze svého bezpečného prostředí a cítí se lépe než u mě v ambulanci. Rovněž klient šetří čas, nemusí za mnou jezdit“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

RENÉ je toho názoru, že práce s pozůstalými je pro terapeuta ve srovnání s jinými klienty emočně náročná, navíc je videohovor nebo telefonický kontakt pro RENÉHO těžší než přímé setkání. Musí se více soustředit, vnímá silněji únavu. Velkým problémem může být paradoxně bezpečí klienta („Mohu se ho na to doptat, nicméně nemám nikdy stoprocentní jistotu, že nás někdo neposlouchá, že je klient skutečně sám a může se uvolnit a dát prostor svým emocím a myšlenkám“). RENÉ se domnívá, že je vhodné kombinovat distanční péči s přímým kontaktem („Mám klienty, kteří chtějí jenom online, tak jim říkám, jasně, pojďme udělat jenom online, ale jednou za čas bych vás chtěl vidět. Protože kombinace funguje lépe, mám zkušenost, že se nám podaří

vidět věci jinak, lépe, hlouběji proniknout, prohloubit vztah. Navíc některým klientům vyhovuje online, protože nikam nemusí, a některým zase vyhovuje, že chození na terapii chápou jako rituál, který je spojený s cestou, než ke mně dojedou, tak si něco promyslí, a když ode mě odchází, tak ještě v nich naše povídání může doznívat. Ta cesta zase do svého prostředí může fungovat jako přechodový prostor pro to, nechat to usadit, který v online nemusí být, protože tam prostě zmáčknu tlačítko a jsem doma. Takže tam je možné tohle riziko, že online setkání je takové více sterilní“). Při distančním setkání navíc nelze plně využívat terapeutické techniky, práce s klientem je založena na povídání. Podle RENÉHO tento způsob práce nebude vyhovovat dětem.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

RENÉ v tomto ohledu poukazuje na několik faktů („Je nutné být připraven na to, že klient nemusí být technicky zručný a musím mu umět pomoci, je nutné mít záložní plán, pokud selže internet, je vhodné s klientem probrat umístění kamery, abychom se viděli co nejlépe, vždy je dobré využívat zabezpečené platformy pro připojení, aby citlivé údaje neunikly, vždy je nutné probrat s klientem, jestli mu distanční kontakt vyhovuje a jestli se v něm cítí dobře – normálně“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

Podle RENÉHO se nedá distanční kontakt vnutit, není vhodný u technicky méně zdatných lidí a rovněž není vhodný pro děti nebo osoby mladší 15 let. Rovněž je diskutabilní u komplikovaných forem zármutku.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Na začátku vždy dominují technické aspekty, které je nutné ošetřit (viz výše). Podle RENÉHO je důležité, zda se jedná o poradenství (doprovázení), terapii,

či krizovou intervencí. Distanční kontakt potom není v zásadě nijak odlišný od kontaktu přímého. Postupy (strukturu) krizové intervence lze využít na začátku navazování vztahu s klientem, který je dostane do péče bezprostředně v řádu dnů či hodin po ztrátě. Tento způsob práce je více direktivní. Při poradenství je zásadní normalizovat to, co klient prožívá. Při terapeutické práci, která je delší a je pro ni důležitá vztahová rovina mezi terapeutem a klientem, je nutné akceptovat, že truchlení je vždy spojeno s bezmocí a beznadějí. Tento aspekt je důležité umět přijmout, a to především ze strany terapeuta („V procesu truchlení hrají zásadní roli bezmoc a beznaděje a je obvyklé, že lidé se v tom procesu vztahují k něčemu, co život přesahuje, hledají smysl, hledají přesah, je to silný spirituální okamžik. V tomto ohledu je spirituální zakotvení terapeuta důležité, protože mu pomáhá překročit materiální bezmoc a nesmyslnost smrti. Toto zakotvení zpevňuje terapeuta, terapeut svou spiritualitu klientovi nevnučuje, nicméně díky ní je terapeut pevnější a dovede klienta doprovodit na tomto úseku životní cesty, který se zdá beznadějný a naplněný bezmocí. Jednoduše řečeno – spirituální zakotvení umožňuje snáze nacházet smysl i v tak bezvýchodných situacích, jako je smrt a umírání a utrpení obecně“).

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

Podle RENÉHO je typická intervence modifikována online prostředím, je nutné více pracovat se zpětnou vazbou a velmi často se při jakékoli intervenci objevují otázky, které se týkají smyslu („Více se doptávat, vytvářet více prostoru pro zpětnou vazbu, to je důležité, protože v online kontaktu mám omezený přístup k informacím – klienta vidím pouze zprostředkovaně. Mám pocit, že skoro u každého tématu truchlení jsme na pojem smyslu narazili. Ti lidé se na to ptají, řeší to, jaký to má smysl, proč se to stalo“). Podle RENÉHO je truchlení ozdravný mechanismus a je potřeba, aby pozůstalý dostal v tomto směru prostor sdílet s druhým člověkem svou bolest, starosti, emoce, myšlenky, denní starosti a těžkosti, pochybnosti, ztrátu smyslu. Téma přináší vždy klient, se kterým se RENÉ potkává zpravidla jednou týdně. V tomto kontextu se RENÉ opět vrací k tématu bezmoci („V té bezmoci jsem

s tím klientem, jsem mu nablízku, dávám mu porozumění pro to, co zrovna prožívá, že se zlobí, že to vnímá jako nespravedlnost, že by to chtěl změnit, že prožívá výčitky, co měl udělat, neměl udělat, že už nechce mluvit a že už toho má dost a že už nechce bolest cítit. Ale vlastně tak, jak s tím pracuji, že se snažím být vedle toho klienta a moc mu neradit, nikam netáhnout, ale být v té bezmoci spolu. To si myslím, že je důležité, sdílet ji. A nabízím, že to, co zrovna prožívá, je v pořádku, protože ta situace je těžká“). Podle RENÉHO je důležité o truchlení přemýšlet v několika rovinách, což se vždy promítá do každého setkání („Já o truchlení přemýšlím ve vícero rovinách. Jedna z těch rovin je, vnímat truchlení jako prožitek akutní krize. Druhá rovina je, že truchlení vnímám jako dynamický děj, ve kterém se zrcadlí individuální příběh konkrétního klienta. No a pak je tady společenský kontext, protože ten proces se děje v nějakém prostředí, které na truchlícího vyvíjí určitý tlak, aby se přizpůsobil konvenci“). V závěru RENÉ shrnuje, že v základních aspektech se online setkání neliší od přímého kontaktu.

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Důležitá je stabilita klienta, a pokud je jí dosaženo, společná práce končí („Bolest se sníží a stane se mou součástí. Člověk se dokáže zapojit do života. Vrátit se zpátky. Dokáže se vyspat. A je tam patrný vývoj od horšího k lepšímu. Klient si řekne, že to takto stačí“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

RENÉ vnímá spokojenost, vděčnost – pokud se klient rozhodl tento způsob práce využít. V některých případech klient zjistí, že mu distanční setkávání nevyhovuje, což je podle RENÉHO v pořádku a je pak nutné najít jinou možnost.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Podle RENÉHO je efektivita distančního kontaktu srovnatelná s přímým kontaktem („Ani pocitově, ani nějakou zkušenost nemám, že by ten efekt

tam byl jiný. Ta práce je jiná, ale ne horší nebo lepší, má své specifika, ale nevnímám, že by byla méně efektivní, nebo naopak více efektivní“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

RENÉ je toho názoru, že práce v online prostoru skrze videohovor je náročná na pozornost. Stěžuje si na větší únavu, více se musí soustředit ve srovnání s přímým kontaktem („Sebere mi to více sil, je to náročnější, náročnější na empatii – musím se víc soustředit, víc pracovat se zpětnou vazbou“).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

RENÉ je toho názoru, že stejně jako v přímém kontaktu. On ve své soukromé praxi přímo s diagnostickými kategoriemi nepracuje, nicméně si je vědom, že někteří pozůstalí potřebují pouze poradenství či krizovou intervenci, aby během několika sezení dosáhli pro sebe únosné životní stability. Existují však i klienti, kteří potřebují dlouhodobé vedení, a to jsou právě případy komplikovaného zármutku. V tomto směru hovoří RENÉ o terapii a dlouhodobé (přibližně roční) podpoře klienta, kterou lze realizovat distančně, nejlépe ovšem kombinovaně – distanční sezení prokládat alespoň občas přímým kontaktem.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Zásadní jsou podle RENÉHO faktory osamělosti, společenské tabuizace smrti a nedostatku odborné pomoci, která by přišla včas („Nutné je mít na truchlení kapacitu, pak může probíhat přirozeně bez větších komplikací. Problém nastává v okamžiku, pokud je pozůstalý přesvědčen, že si nemůže dovolit truchlit, protože musí plnit další role – třeba je zaměstnanec. Nebo když dojde ke kumulaci krizí. Velmi náročný je pro pozůstalého pocit viny, který nemůže s nikým sdílet nebo který si nechce připustit, potom se může truchlení komplikovat. Velmi náročná je pochopitelně pro rodiče ztráta dítěte a úmrtí, které přijde tragicky a které nikdo neočekával“).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

RENÉ se při své práci s pozůstalými spoléhá na rozhovor a jeho specifické vedení. V tomto směru nevnímá omezení, nicméně si uvědomuje, že pokud terapeut využívá něco specifického, vázaného na přímé setkání, může být problém tento způsob práce modifikovat. Specifickou klientelou jsou malé děti, ale pro ně není online kontakt vhodný. RENÉ distančně pracuje s lidmi staršími (15 let a výše). Malé děti budou těžit nikoli z rozhovoru, nýbrž ze specifických terapeutických technik, které mají základ v arteterapii nebo ve hře – tedy určených pro přímý kontakt.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

Pro RENÉHO není tato diagnostická kategorie důležitá, ve své praxi nepoužívá diagnózy. Uvědomuje si, že existuje zármutek, který má komplikovanou podobu, a pokud se s ním setká, nabízí svým klientům podporu skrze terapeutický vztah a dlouhodobou práci.

DARINA

Anamnestické údaje: Psycholožka, má komplexní psychoterapeutický výcvik v logoterapii a existenciální analýze a komplexní výcvik v poskytování krizové intervence. DARINA aktuálně pracuje pro organizaci, která poskytuje psychologickou a sociální pomoc pozůstalým (distanční i přímý kontakt). V oboru má desetiletou praxi. Specializuje se na krizovou intervenci, psychologické poradenství (edukace) a terapeutické vedení klientů. Má rozsáhlé zkušenosti s přímou i distanční péčí (telefon, videohovor). Pracuje převážně s dospělými.

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

DARINA shrnuje výhody následovně: dostupnost, časová úspora, menší finanční náročnost (lze odečíst náklady za dopravu, vhodné pro Čechy žijící v zahraničí), včasnost péče, bezbariérovost, pohodlí, flexibilní domluva. Pro DARINU je distanční kontakt v něčem výhodný osobně („U takového rozhovoru se dokážu víc uvolnit, slyším toho člověka ve sluchátkách, takže velmi dobře rozumím tomu, co říká, mohu bez rozpaků kontrolovat čas sezení, podívat se do připravených poznámek, protože to tolik neruší jako v přímém kontaktu, lépe se mi online drží hranice, nejsem na klienta tolik navázaná, není to tak osobní, snáze se mi taková práce ukončuje“). Výhodu spatřuje i u úzkostnějších klientů, kteří se bojí opouštět domov, klientů vyčerpaných, kteří aktuálně nemají sílu někam dojíždět, nebo lidí s chronickými onemocněními, pro které je těžké opustit domov a cestovat za terapeutem („Mám klientku s Crohnovou chorobou“). Zmiňuje také případy běžné nemoci, kdy by klient na setkání tvář v tvář nedorazil, ale z domu to zvládne. DARINA upozorňuje na generační rozdíly („Zdá se, že se objevuje generace lidí, která je zvyklá víc věci řešit online, je to pro ně přirozenější, a terapeuti na tuto potřebu budou muset reagovat“).

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Za nevýhodu distanční péče považuje DARINA oslabení neverbální komunikace, která je cenným zdrojem informací. Dále je problematické využití

řady terapeutických technik. Pomaleji vzniká terapeutický vztah. V přímém kontaktu DARINA často využívá při práci s pozůstalými techniku „prázdné židle“ a nepřijde jí bezpečné něco podobného zkoušet při videohovoru. Rozhodně je podle DARINY nutné nastavit si s klientem jasná pravidla, aby byl při distančním kontaktu na bezpečném místě („Musí být v bezpečném a klidném prostředí, to je třeba vykomunikovat, bez toho to nejde“). Může chybět vytržení klienta z jeho prostředí, které je pro něj spojené s úmrtím („Zase si říkám, že toho klienta vytrhneš z jeho prostředí; když někdo truchlí, může být pořád zavřený doma, a to také není dobře. Takhle má povinnost někam dojet, něco udělat, že ho to tak jako vytrhne, třeba z jeho nefunkčnosti. Tomu online brání“). DARINA za nevýhodu považuje i to, že pokud pracuje z domu, nemůže o pauze hovořit o některých případech s kolegy, což je zdrojem odreagování a revitalizace. DARINA považuje za optimální, pokud může být distanční kontakt alespoň několikrát doplněn přímým setkáním.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

DARINA zmiňuje nutný standard na straně klienta i poskytovatele (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon, popřípadě sluchátka), nutné je především spolehlivé připojení k internetu a zabezpečení online kontaktu. Je třeba komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání zakázky, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti. Nezbytná je domluva, co dělat, kdy selže internetové připojení. Bývá zapotřebí instruovat klienta, jak si má nastavit kameru. DARINA hovoří o vlastním bezpečí i o bezpečí klienta – je třeba se ujistit, zda mu tato varianta společné práce vyhovuje, reflektovat technická úskalí a jeho dovednosti při práci s technologiemi. Důležitý je čas a prostor, tj. aby klient nebyl rušen druhými osobami a cítil se bezpečně.

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

DARINA je toho názoru, že diskutabilní je využití distančního kontaktu při terapii zármutku a v případě sebevražedných tendencí pozůstalého. Stejně

tak pokud chybí technická gramotnost klienta, objevuje se nechuť k distančnímu setkávání, klient je vyššího věku. Distanční kontakt není vhodný, jestliže pozůstalý ve svém prostředí nemá klid, bezpečí, něco ho rozptyluje, ruší. Distanční kontakt rozhodně není vhodný u dětí.

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Sjednávání zakázky ovlivňují technické aspekty distančního kontaktu (viz výše). Pro DARINU je určujících 10 setkání a klienti to předem vědí. Tato forma také většině stačí. Pak jsou další klienti, kteří potřebují z různých důvodů pokračovat. S těmi se průběžně domlouvá na prodloužení, které je opět jasně dané. DARINA v případě nutnosti spolupracuje s psychiatrem (zvážení medikace). Nutné je vždy vytvořit bezpečný prostor pro sdílení. Je třeba, aby terapeut pomohl pozůstalému znovu zpřítomnit a ohodnotit ztracený vztah a také vybudovat pracovní vztah, aby pozůstalý jasně cítil, že není sám. Vždy je nezbytné zvážit, co klient potřebuje – krizová intervence, poradenství, nebo terapie? Většinou se DARINA pohybuje s klientem v kontextu krizové intervence a poskytuje edukaci či emoční podporu. Pokud si klient nese zátěž problémů z minulosti, je jasné, že úmrtí blízkého člověka ho o to více zasáhne a jeho zármutek bude komplikovanější a práce s ním náročnější – tedy delší.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

DARINA je toho názoru, že při práci s pozůstalými je nutné být ve vztahu autenticky a upřímně, nejen jako odborník. Nezbytné je přiměřeně projevovat zájem, zvědavost, angažovanost a nabízet přijetí toho, co klient přináší. Často kontakt s pozůstalým stojí na základech krizové intervence. Děje se tak na začátku bezprostředně po úmrtí, kdy klient potřebuje projít tím nejtěžším žalem, následuje edukace a provázení. Kontakt je krátkodobý (10 sezení) a zpravidla navazuje na předchozí práci s celou rodinou, která s pomocí organizace, pro niž DARINA pracuje, doprovází umírajícího („V zásadě se distanční

intervence neliší od intervence přímé, pro mě je tam důležité, aby se v průběhu práce s klientem znovu oživil vztah se zesnulým, jejich příběh, to je potřeba projít, jak jim spolu bylo, jaký život spolu vedli, jaký ten člověk byl za života“).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

DARINA je toho názoru, že je nutné postupné rozvolňování vztahu a průběžné připomínání, kolik ještě setkání zbývá. Na začátku vzniká domluva na časovém rámci a je snaha jej dodržet. To, že se pomoc pozůstalému chýlí ke konci, pozná DARINA tak, že se začnou proměňovat témata jednotlivých sezení. Na začátku jasně dominuje zármutek a postupně emoce slábnou a začínají se objevovat témata praktičtější („Ti lidé, řekla bych, často najdou díky doprovázení vlastní spiritualitu. Často se na konci společné práce setkávám s tím, že žili nějak plytce, z jejich pohledu plytkým životem, a že po úmrtí blízkého najednou jako by chtěli transformovat tu zkušenost do něčeho vyššího, smysluplnějšího. Z těch příběhů hodně čerpám pro svůj vlastní život, vlastně mi to v něčem pomáhá si uvědomovat, že hodnoty mám na správném místě, a žít plně to, co mám, a vážit si toho, co mám“). DARINA také uvádí, že online sezení se jí daří lépe strukturovat, dodržet čas, shrnout podstatné věci. DARINA v závěru práce s klientem nabízí bilanční setkání („Vždycky je důležité klientovi předat, že truchlení nekončí nikdy úplně a že je to normální, že nejtěžší je první rok, následně druhý rok je o adaptaci na novou identitu, novou realitu, a že je důležité nezapomenout na vztah se zemřelým, na to, co bylo za společného života dobré a pevné“).

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

DARINA vnímá spokojenost, vděčnost klientů. Pokud se pro distanční formu péče rozhodnou, převažuje na jejich straně spokojenost.

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

Podle DARINY je přímá péče efektivnější. Tento postřeh se týká především terapeutické práce. V případě stabilizace, doprovázení, poradenství či krizové intervence je distanční kontakt, především videohovor, plnohodnotnou

náhradou („Především je potřeba říci, že je to lepší než nic. Pokud klient nechce, nebo nemá jinou možnost, proč s ním nezkusit pracovat distančně?“).

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

DARINA uvádí některé klady a zápory distančního kontaktu („Něčím je to fakt náročnější, víc se člověk nadře, víc ze sebe dá energie, víc se soustředí. Zároveň překvapivě je to příjemnější, že si dělám zápisky, nemusím přemýšlet, co si o tom klient myslí, že si tam něco píšu, mám nachystané nějaké věty, na co se chci doptat, jednoduše vidím, kolik máme času do konce, jednotlivá sezení online se mi daří lépe strukturovat“).

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

Práce s komplikovaným truchlením je podle DARINY distančně možná, nicméně je otázka, zda v takovém případě není vhodnější přímá péče. Vždy je nutné zvážit zapojení psychiatra, a to především v případě sebevražedných tendencí a při dlouhodobé nespavosti, kdy si klient nedokáže od truchlení odpočinout, prožívané emoce jsou trýznivé. Podle jejich zkušeností se u komplikovaných forem zármutku často objevuje téma viny – práce s vinou. Spolupráce s psychiatrem je nutná tehdy, když člověk nespí a prožívané emoce jsou velmi trýznivé. Důležité je podle DARINY v takovém případě umět vytvořit s klientem vztah, což v distanční péči trvá déle. Pokud se tohle podaří, je možné pracovat i s komplikovaným zármutkem, nicméně DARINA se v tomto směru přimlouvá minimálně za kombinaci distančního kontaktu s přímou péčí

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

DARINA má zkušenost, že zármutek pozůstalých se komplikuje především tehdy, pokud chybí přirozená sociální opora, a navíc má pozůstalý nízkou míru resilience. Svou roli sehrávají okolnosti úmrtí – násilná smrt, neočekávané úmrtí, sebevražda, vícenásobná ztráta („Ti lidé mají často balík problémů

z dřívějšíka, psychických obtíží – hlavně úzkostí. Mám zkušenost se ženami, které měly komplikovaný vztah s otcem, který zemřel. Následně potřebují v terapii tomuto vztahu věnovat pozornost, protože si samy neporadí s emocemi a komplikacemi, které to do jejich života vnese. Náročná je někdy práce s vinou, protože u těch dlouhodobých onemocnění, kdy pacient má nějaká přání a rodina mu to chce splnit, teď se to podaří, zemře doma, pak i truchlení probíhá lehčeji, vypadá jinak, je snadnější, nejsou tam výčitky, pocity viny, že jsem něco nezvládl, že jsem něco nesplnil, že jsem mu něco slíbil a nedokázal jsem to dodržet. V opačném případě se zármutek může komplikovat“).

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

DARINA zde vnímá slabinu distanční péče. V přímém kontaktu používá práci s terapeutickými kartami a techniku „prázdné židle“. V distančním kontaktu se spoléhá především na rozhovor a vztah s klientem. Dovede si představit, že klientovi nabídne techniku psaní dopisu na rozloučenou, ta se do online světa přenést dá. Rovněž lze s klientem vytvořit rituál rozloučení.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

Podle DARINY je zde nebezpečí nadbytečné farmakologické léčby a nedostatečné edukace odborné veřejnosti („Praxe je taková, že truchlící dostanou hned od praktického lékaře farmaka, často bez komplexního posouzení situace. Myslím si, že to může v něčem truchlení brzdit, nebo že průchod zármutku může být kvůli tomu odložený. Něco jiného je, pokud pozůstalý nespí několik dní v kuse, velice se trápí, není schopen vstát z postele, má sebevražedné tendence, tam bych řekla, že to určitě na místě je, aby si odpočinul. Může být totiž velice vyčerpaný a na terapeutickou práci není prostor. Ale je dobré, aby léky předepisoval psychiatr, aby to nebyl praktik, což je ovšem velmi častý případ“).

FELIX

Anamnestické údaje: Psycholog (psychoterapeut), má ukončený komplexní výcvik v systemické psychoterapii a kognitivně behaviorální psychoterapii, výcvik v poskytování krizové intervence, získal profesní kvalifikaci Poradce pro pozůstalé. FELIX má v současnosti vlastní terapeutickou praxi a 25 let zkušeností v oboru. Pracuje s pozůstalými v rámci poradenských a terapeutických zakázek, které vznikají spontánně na základě potřeb klientů. FELIX má zkušenost jak s distanční péčí o pozůstalé, tak s péčí, která se odehrává v rámci přímého kontaktu. Distanční formu péče pomocí videokonferenčního hovoru začal poskytovat v situaci omezeného kontaktu, ke kterému došlo v souvislosti s pandemií onemocnění covid-19. Tuto formu práce s klienty využívá i nadále a kombinuje ji s kontaktem tváří v tvář. Se svými klienty pracuje podle jejich potřeb poradensky, nebo v delším horizontu terapeuticky (jde pouze o individuální kontakt s dospělými klienty). Krizovou intervenci neposkytuje cíleně, pouze v nutných případech (aktuální intervence).

- **Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Dostupnost pro klienta („Existují lidé, kteří díky místu bydliště nemají šanci sehnat odbornou péči“). Časová flexibilita pro klienta, který se může spojit s odborníkem odkudkoliv. Časová úspora pro klienta, který nemusí nikam cestovat. FELIX má některé klienty ze zahraničí, pro které je výhodné realizovat poradenství či terapii v mateřském jazyce, navíc je v zahraničí tato forma pomoci dražší. Někteří klienti si cení větší anonymity, kterou distanční kontakt umožňuje. Výhoda pro imobilního, chronicky či akutně nemocného klienta. Pokud jde o truchlení, je typickým klientem žena v seniorském věku – nižší pohyblivost je překážkou pro setkání tváří v tvář.

- **Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?**

Zásadní nevýhodu spatřuje FELIX v obtížnosti, až nemožnosti aplikovat některé terapeutické techniky, které lze realizovat v přímém kontaktu (psaní dopisu, práce s fotografiemi, práce s terapeutickými kartami, technika

prázdné židle atd.). Částečně to lze kompenzovat nácvikem, zadáním „domácího úkolu“ a jeho reflexí při dalším online sezení. Pro FELIXE je také obtížné při distančním kontaktu rozpoznávat jemné nuance klientových emocí („Může zde docházet ke zkreslení“). Dále zmiňuje ztrátu spontaneity přímého kontaktu, kterou lze terapeuticky využít. Distanční setkávání s pozůstalým je více ohraničeno technickými záležitostmi. Problémem může být rovněž nižší technická gramotnost klienta – tu je někdy potřeba překonávat nácvikem, vysvětlováním, pomocí, což zabere čas na začátku. Problémem je také výpadek internetového připojení (elektriny) a někdy nestabilita připojení – spojení „zamrzne“, seká se, a kvůli tomu se ztrácí dynamika setkání.

- **Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

FELIX realizuje distanční péči o pozůstalé prostřednictvím videohovoru (videokonference). Zde je nutné standardní vybavení na straně klienta i profesionála (počítač, kamera, mikrofon, chytrý telefon) a spolehlivé připojení k internetu. Je zapotřebí spolehlivě zabezpečit online kontakt, FELIXOVI se osvědčila aplikace Zoom. Nezbytné je komunikovat s klientem hned na začátku při sjednávání kontraktu, aby bylo jasné, že má základní technické dovednosti, které zúročí – umí se připojit, nachází se v bezpečném prostředí, nikdo ho neruší (nebo nevyruší v průběhu) a neposlouchá. FELIX potřebuje mít jistotu, že mu klient věří, pokud jde o bezpečí, které jako terapeut vytváří (zabezpečené připojení, rozhovor neunikne na internet). Nutná je domluva, co dělat, kdy selže internetové připojení – FELIX je připraven takovou situaci řešit telefonicky, spojit se s klientem. Někteří pozůstalí potřebují s výše uvedeným pomoci, většinou jsou na tom ale technicky dobře, vědí, do čeho jdou, a dopředu volí online setkání jako něco pro ně výhodného (preferenci na základě předchozí zkušenosti, doporučení). FELIX byl rovněž několikrát překvapen tím, jak dovedně umí s videohovory zacházet senioři („Vlastně mi došlo, že v průběhu covidu se to museli naučit, nebo jim s tím pomohly děti, aby se mohli spolu potkávat alespoň takto“).

- **Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?**

FELIX je toho názoru, že distanční kontakt není vhodný pro klienty mladší 15 let. Přemýšlí také o komplikovaném zármutku, který je spojen se sebevražednými tendencemi, kdy je nutná spolupráce s psychiatrem. U svých klientů se potkal jednoznačně s přijetím této alternativy, neboť pro ně byla přínosná – distanční kontakt jim pomohl a neměli jinou možnost. FELIX spatřuje překážky dvojího druhu – technické (klient neumí pracovat s technologiemi, nemá dobré připojení k internetu) a osobní (nemotivovaný, do terapie dotlačen někým z rodiny). Distanční kontakt podle FELIXE není vhodný u rodinné či párové terapie („Nemám tuhle zkušenost, podle mě se to hodí do individuální práce, ale třeba existují kolegové, kteří by to zvládli, já bych do toho nešel“).

- **Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

Na začátku dominují technické záležitosti (někdy) a záležitosti etické – bezpečnostní parametry. Zbytek je svým způsobem stejný jako u přímého kontaktu. Důležité je zjistit, s čím klient přichází a co potřebuje, a položit si otázku, zda se bude jednat o poradenství, či terapii (krizovou intervenci). Nezbytné je zjistit, zda klient vykazuje známky komplikovaného zármutku, a posoudit, zda bude potřebovat i péči dalšího odborníka (psychiatra). Klient musí porozumět tomu, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, v jaké frekvenci se budou setkání konat a jaký je smysl společné práce. Důležité je vytvářet s klientem bezpečný a srozumitelný vztah a dávat mu prostor pro zpětnou vazbu – co by potřeboval jinak, zda mu společná práce (online) vyhovuje, co mu vadí. FELIXOVI je při vytváření zakázky oporou Wordenův úkolový model truchlení.

- **Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?**

FELIX se v tomto kontextu vrací k technickým parametrům distančního kontaktu a zároveň uvádí, že zde nespátňuje zásadní rozdíl mezi distanční a přímou péčí. Je toho názoru, že neexistuje žádná „typická intervence“, každá je vždy vytvořena na míru konkrétnímu člověku a jeho potřebám. Opět na tomto místě uvádí Wordenův úkolový model truchlení, který nabízí cestu procesem truchlení (přijmout ztrátu jako realitu, prožít zármutek, přizpůsobit se světu bez zemřelého, investovat do dalších vztahů a pokračujícího života).

- **Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?**

FELIX se už na začátku terapie či poradenství domlouvá s klientem na počtu sezení, což znamená, že klient od začátku ví, kolik sezení do konce spolupráce zbývá. Při distanční péči je podle FELIXE velmi důležitá kontinuální zpětná vazba od klienta a vytváření prostoru pro ni. Za atribut úspěšné intervence považuje FELIX především schopnost klienta fungovat v běžném světě a znovunabytí schopnosti emoční regulace.

- **Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?**

FELIXOVY zkušenosti jsou v tomto ohledu kladné, převažuje vděčnost a spokojenost klientů, kterým se dostalo pozornosti a pomoci („Tak je to lepší, než kdyby pozůstalý zůstal úplně bez podpory, na rovinu říkám, že možnost setkat se s klientem tváří v tvář je lepší, myslím pro něj i pro mě jakožto terapeuta“). Důležitá je také předchozí zkušenost („Měl jsem několik klientů, kteří už dříve s někým online spolupracovali, bylo to pro ně dobré, pomohlo jim to, takže i tohle hraje nějakou roli“).

- **Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

FELIX preferuje přímý kontakt a distanční péči vnímá jako doplněk, nicméně podle jeho názoru je efektivita distančního kontaktu srovnatelná s péčí přímou.

- **Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?**

FELIX má za to, že práce v online prostoru prostřednictvím videohovoru je pro něj náročnější. Stěžuje si na větší únavu, bolest očí, ve srovnání s přímým kontaktem se musí více soustředit. Ve svém pracovním týdnu se klientům v distanční péči věnuje 2 dny, více by nevládl.

- **Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?**

FELIX je toho názoru, že stejně jako při kontaktu přímém („Klienty si úplně vybírat nemůžeme, a pokud zjistím, že pracuji s člověkem, u kterého se zármutek komplikuje, jeho truchlení má náročný průběh, budu se mu snažit pomoci“). Zmiňuje Wordenovy úkoly truchlení jako vodítka. Nutné je přijmout určitá omezení, která vyplývají z povahy distanční formy péče (menší spontaneita, horší rozpoznávání emocí, nedostatek prostoru pro využití terapeutických technik). Podle jeho názoru je důležité, aby se truchlící dostal do terapie včas, zjistit, co potřebuje, a v případě nutnosti zprostředkovat také psychiatrickou péči. Je třeba zjistit, co brání normálnímu průběhu truchlení, které potřeby nemá klient naplněny. Klient potřebuje vyjádřit, pojmenovat a integrovat emoce, na něž nestačí sám, a potřebuje oporu terapeutického vztahu, aby toho byl schopen. Podle FELIXE hraje významnou roli výlučnost terapeutického vztahu s klientem a tento vztah lze vytvořit i distančně.

- **Jak komplikované truchlení vzniká?**

Podle FELIXE má zásadní význam absence přirozené sociální opory a okolnosti úmrtí. Těžší formy zármutku se objevují u rodičů, kterým zemřelo dítě. Tady by se FELIX přimlouval za přímou formu práce s klientem či klienty – oběma rodiči. Zásadní roli hrají neuzavřené události a vztahové komplikace mezi zesnulým a pozůstalým. Úmrtí tuto rovinu oživí a pozůstalý se musí pokusit znovu ztracený vztah ohodnotit a uzavřít to, co se nepovedlo za života. Při vzniku komplikací v truchlení hraje svou roli i míra odolnosti vůči zátěži na straně pozůstalého. Pokud je nízká, lze očekávat komplikace při zvládání následků ztráty.

- **Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?**

FELIX v průběhu rozhovoru několikrát potvrdil, že možnost využití konkrétních terapeutických technik je při distančním kontaktu omezená. Podle FELIXE je ovšem úspěch terapie či poradenství vždy závislý na síle a hodnotě vztahu s klientem, nikoli na technice.

- **Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?**

FELIX vnímá nebezpečí nadbytečné farmakologické léčby a nedostatečné edukace odborné veřejnosti v tomto ohledu. Zároveň uvádí, že komplikovaný zármutek má v MKN-11 své místo. Potkává se s klienty, kteří truchlí příliš silně nebo příliš dlouho a potřebují získat oporu v systému zdravotní péče. Pozůstalý tak může dosáhnout na odbornou pomoc. Důležité je v tomto ohledu zvážit zapojení psychiatra nebo psychoterapeuta. V tomto smyslu nabízejí distanční formy kontaktu podle FELIXE rychle dostupnou pomoc.

13 Odpovědi na výzkumné otázky

V následující části textu se k položeným výzkumným otázkám vracíme formou sumarizace a rekapitulace. Na základě opakovaného čtení souhrnů jednotlivých rozhovorů jsme vypracovali závěrečnou reflexi, ve které se snažíme zobecnit získané poznatky, což nám v závěru poslouží k prezentování konkrétních doporučení pro realizaci distančního kontaktu s pozůstalými.

1. Jaké jsou výhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?

Hlavní výhody distančního kontaktu popisují prakticky všichni respondenti stejně. Hovoří o dostupnosti, časové flexibilitě (úspoře času), menší finanční náročnosti (ušetří se finanční prostředky za dojíždění, klient se může připojit ze zaměstnání, nemusí si brát volno, nemusí zajišťovat hlídání dětí atd.), bezbariérovost a včasnost (klient se do péče dostane rychleji, což má preventivní efekt).

Hledisko dostupnosti bylo reflektováno s ohledem na pozůstalé momentálně žijící v zahraničí a jedince z vyčleněných lokalit, kde není možnost přímé péče v místě bydliště. Dále byli v této souvislosti zmiňováni lidé s hendikepem či chronickým onemocněním (např. imobilní klienti), lidé aktuálně nemocní (např. s respirační infekcí) a senioři (obtíže při cestování, problémy s hybností).

Pozůstalí představují specifickou klientelu. Úmrtím blízkého bývají zasaženi natolik, že je pro ně náročné podstupovat aktivní hledání odborné péče. Další výhodou je bezpečí spojené s anonymitou – institucionální kontakt s odborníkem na duševní zdraví je některými lidmi stále vnímán jako stigmatizující, pozůstalý si sám volí místo připojení, kde se cítí dobře.

Jako první kontakt je distanční setkání výhodné pro úzkostné, stydlivé jedince. Klient v distančním kontaktu dostává více prostoru, intervent aktivně naslouchá a více se soustředí. Někteří pozůstalí se v distančním kontaktu nestydí naplno projevit emoce. Pokud se pozůstalý připojí z domova, jde o místo, které evokuje vzpomínky, a tak se lze rychleji dostat k silným emocím, jež jsou katalyzátorem truchlení.

K výše uvedenému dodáváme, že je rovněž nutné být do budoucna připraveni na situace, které mohou omezit možnost přímého kontaktu (epidemie, válečný stav, živelné katastrofy). Navíc je třeba zmínit, že formy distančního kontaktu, zvláště videokonference, jsou pro nezanedbatelnou část populace čím dál běžnější součástí komunikace. Stále více používáme informační technologie a ty se stávají přirozenou součástí našich životů, můžeme tudíž očekávat, že distanční kontakt bude do budoucna více preferován.

Většina respondentů uvedla, že distanční péče je pro ně z hlediska realizace náročnější, nicméně např. ŘEHOŘ hovořil o tom, že v distančním kontaktu se ho utrpení klientů méně dotýká a necítí se jako intervent tolik zasažen, a DARINA pozitivně reflektovala nastavení technických parametrů (poznámky, doba sezení), které má při distančním kontaktu snáze a bez rozpaků pod kontrolou.

2. Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s pozůstalými?

Prakticky ve všech rozhovorech zaznělo, že nevýhodou distančního kontaktu je omezené využívání terapeutických technik. Použití terapeutických technik (především těch, které směřují k práci s tělem či k projektivním metodám a vyžadují konkrétní podpůrný materiál) je vázané na přímé setkání. V distančním kontaktu se některé způsoby práce jeví jako nevhodné,

nemožné, či dokonce potenciálně nebezpečné (nelze mít pod kontrolou terapeutický proces, který je terapeutickou technikou aktivován). Nutná je improvizace (převedení některých technik do online prostředí) nebo poskytnutí návodu k realizaci, kdy je „výstup“ reflektován při dalším online sezení (např. vytvoření vzpomínkového boxu), popřípadě je třeba se spolehnout na vytvoření pevného pracovního vztahu, který vzniká postupně díky specifickému vedení dialogu s klientem.

Nevýhodou je omezené percepční pole, kdy z klienta vidíme jen hlavu a část trupu (a v případě telefonických kontaktů ani to ne), a tudíž je náročnější dosáhnout empatického napojení skrze čtení neverbálních informací, pochopit, jaké pocity klient zažívá, a posoudit jeho aktuální stav (něco důležitého může uniknout pozornosti).

Pro intervenční je distanční forma práce náročná na pozornost. Interventi shodně uvádějí, že se cítí více unaveni, při častých videohovorech si stěžují na bolesti očí. Pokud pracují z domu, je nevýhodou to, že nemohou o konkrétních případech krátce pohovořit s kolegy a poskytovat si navzájem podporu a rady. Tato oblast je organizačně řešitelná ustanovením intervizí či určitých „kolegiálních pohotovostí“, kdy by byla možnost sdílet a reflektovat proběhlé setkání zajištěna na úrovni organizace možností kontaktovat své kolegy.

Nevýhodou je také pomalejší vytváření vztahu s klientem. Některým klientům pomáhá ohleduplný tělesný kontakt – dotek (absence fyzické blízkosti je nevýhodou distančního kontaktu), který v distanční péči není možný. Rovněž chybí drobné projevy solidarity – nabídnutí čaje, kávy, pomoci do kabátu, nabídnutí kapesníků, podání ruky atd. Problematický je oční kontakt, který není tak reálný jako při setkání tváří v tvář.

Omezena je spontaneita klienta i terapeuta, vše je více ohraničeno technickými aspekty distančního setkání. Nevýhodou může být nižší technická zdatnost pozůstalého, kterou je následně nutné překonat radou, nácvikem a konkrétními doporučeními. Při videohovoru hrozí ztráta signálu, výpadek internetu nebo elektřiny. Ani při telefonických kontaktech nejsou rizika technického charakteru minimalizována, neboť i hovor může být přerušen výpadkem signálu či vybitou baterií.

Další nevýhoda spočívá v jednoduchosti, s jakou lze distanční sezení ukončit – vypnout (telefon, videohovor). Je to snazší než odejít z pracovního interventa. Nikdo z našich respondentů tuto zkušenost sice neměl, nicméně byla zmiňována jako možná.

Další nevýhoda (zátěž) je na straně klienta, který by si měl s klientem vyjasnit, zda je pro něj prostředí, ve kterém se při distančním kontaktu nachází, opravdu bezpečné (zda je sám, nikdo ho nevyruší, v okolí nepůsobí rušivé vlivy atd.).

3. Jak po technické stránce efektivně realizovat distanční kontakt s pozůstalými (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?

V této otázce panovala mezi respondenty jednoznačná shoda na důležitosti nastavení základních technických parametrů. Jedná se především o technické kompetence poskytovatele a technické možnosti a kompetence pozůstalého. Bereme jako samozřejmé, že poskytuje-li profesionál distanční formu pozůstalostní péče, má k tomu technické vybavení i základní kompetence, jak zacházet s používanými technologiemi. Nezbytné je tyto parametry probrat s klientem a při prvním kontaktu posoudit, zda je tato forma pomoci z jeho strany realizovatelná (počítač, chytrý telefon, připojení k internetu, obsluha počítače/telefonu atd.).

Nezbytné je stabilní připojení k internetu. Pokud připojení vážně padá síť, dochází k častému zamrznutí či zaseknutí obrazu, nelze distanční kontakt formou videohovoru realizovat. Při spolupráci formou telefonického distančního kontaktu, tento aspekt odpadá, nezbytností ale je stabilní signál operátora a nabitá baterie.

Vždy je ovšem nutné vymezit si s klientem bezpečný prostor pro distanční setkání. Je nezbytné se pozůstalého doptat, zda mu distanční forma pomoci vyhovuje a zda na jeho straně neexistují překážky, které by vytvoření bezpečného prostředí bránily. Jedná se především o sdílené bydlení, přítomnost dalších osob, něčí nevhodný nebo neočekávaný vstup do místnosti, kde se pozůstalý nachází (na straně pozůstalého chybí soukromí). Tyto parametry jsme schopni při videohovoru částečně reflektovat. Pokud se s klientem spojíme pouze telefonicky, je nutné s ním o tom hovořit a musíme

se spolehnout pouze na jeho slovo, že ho v tomto ohledu nic neomezuje. Vždy je nutné si pro distanční setkání zajistit čas a prostor.

Bezpečí pro klienta budujeme a zajišťujeme i prostřednictvím platformy, kterou pro videohovor použijeme. Respondenti uváděli dobré zkušenosti s aplikacemi Zoom a MS Teams, nabízejícími zabezpečený kontakt. Snižuje se tak pravděpodobnost, že by se informace z rozhovoru dostaly ke třetí straně.

Vždy je nutné mít domluvenou alternativní cestu, jak dokončit sezení s pozůstalým, pokud přestane fungovat připojení k internetu (videohovor) nebo se vyskytne jiná technická závada, například telefonicky.

Aspekt bezpečného prostředí je často problematictější u telefonických kontaktů (také proto, že část klientů může využívat volání z venku, tedy mimo svůj domov). Je třeba to mít na paměti ve chvílích, kdy práce s pozůstalým po telefonu směřuje do intenzivnějšího prožívání. Otázka zní, kdy je potřeba upřednostnit spíše bezpečí a hluboké prožívání limitovat, a ve kterých případech je intenzivnější kontakt s emocemi zásadní?

Bezpečí na obou stranách je prioritou a je nutné ho budovat, což je v distančním kontaktu složitější. Nabízí se také úvaha, zda je třeba znát klientovu adresu (resp. místo, odkud se s námi spojil). Může se totiž stát, že pozůstalý při videohovoru zkolabuje, ztratí vědomí, postihnou ho zdravotní komplikace – a my víme, že je doma sám. Pokud by se podobná situace stala v naší pracovně, mohli bychom mu poskytnout první pomoc a přivolat záchranu. Jak se ale zachovat při distančním kontaktu? Uvažujme proto spolu s našimi respondenty i tímto směrem a mějme na paměti bezpečí klientovo i svoje vlastní. Je nutné více pracovat se zpětnou vazbou a při každém sezení věnovat prostor tomu, abychom pojmenovali diskomfort na straně klienta, který může i nemusí mít technický charakter.

Řadu z uvedených parametrů lze ošetřit poskytnutím informovaného souhlasu, který s klientem probereme hned na začátku společné práce. O tom podrobněji v následujících kapitolách, kde budou shrnuta konkrétní doporučení pro distanční pozůstalostní péči.

4. Za jakých okolností není distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) při práci s truchlením vhodný?

Respondenti se shodují, že distanční kontakt není vhodný pro děti. Pokud bychom měli z rozhovorů vyvodit nějakou věkovou hranici přijatelnosti, nabízí se 15 let. Tento údaj byl některými respondenty uveden jako mezník. Děti zasažené vztahovou ztrátou mohou profitovat z rodinné terapie, popřípadě terapie využívající herní prvky, pro niž je nutný přímý kontakt.

Dále lze získané poznatky zobecnit tak, že distanční péče o pozůstalé není vhodná ve skupinové a párové formě (např. u rodičů, kterým zemřelo dítě). Respondenti shodně uvádějí, že nejlepší kontext pro využití distančních forem péče o pozůstalé (krizová intervence, poradenství, terapie) je v rámci individuálního kontaktu.

Pro distanční péči je vhodný motivovaný klient, který chce se svým zármutkem pracovat. Jestliže motivovaný není, chybí mu verbální obratnost a nedokáže se dostat do kontaktu se svými emocemi, je možné, že z distanční péče nebude profitovat, a bylo by tudíž lepší s takovým klientem pracovat přímo, nebo alespoň kombinovanou formou.

Někteří respondenti vyjádřili pochybnosti ohledně terapie zármutku, zvláště u emočně velmi rozrušených klientů, které by dokázala zklidnit fyzická blízkost terapeuta – tedy v případech, kdy je truchlení komplikované, a navíc se kombinuje se smyslovým postižením nebo psychiatrickou diagnózou (např. psychotické potíže, porucha osobnosti, propojení s traumatem – PTSD). V takových situacích se nabízí buď jednoznačně doporučit přímý kontakt, nebo se pokusit distanční a přímou péči kombinovat. Pokud pečujeme o klienta, který vykazuje symptomy komplikovaného truchlení, vždy je nutné zvážit jako doplněk péči psychiatrickou, zvláště tehdy, má-li klient suicidální tendence, nespí, ztrácí chuť k jídlu a životu celkově, jednoduše chřadne.

V tomto bodu nicméně panují pochybnosti. Jiní respondenti našeho výzkumu uvádějí, že mají s distančním kontaktem dobrou zkušenost i v případech komplikovaného zármutku. Je tedy nutné vždy zvážit kontext a brát v potaz vývoj případu – jinými slovy, s komplikovaným zármutkem lze začít

pracovat v distančním kontaktu a následně zvážit, zda je tato práce možná a skutečně pomáhá. Zkušený odborník to dokáže vyhodnotit.

Za základní kritérium lze považovat míru kontroly nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení (silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky), stejně jako schopnost prožívat radost či realizovat smysluplné aktivity. V některých případech pak také schopnost a možnost mluvit o zemřelém či o úmrtí bez znovuprožívaných silných emocí nebo pocitu ohrožení. Pokud distanční kontakt podporuje tyto prvky, obecněji dobrou adaptaci na prožívanou situaci, lze jej považovat za adekvátní a dostačující. Rovněž lze v tomto ohledu lakonicky konstatovat, že distanční kontakt je lepší než žádný, a pokud se výhledově nezmění celková dostupnost psychologické péče (terapeutické, poradenské), lze se o tento argument opřít a pokusit se i s komplikovaným zármutkem pracovat distančně – nejlépe pomocí videohovoru, případně kombinovaného s přímou péčí, a v případě nutnosti zajistit pozůstalému péči doplňkovou (např. psychiatrickou).

Distanční péče o pozůstalé není možná, pokud vážnou technické aspekty – není k dispozici stabilní připojení k internetu, klient není technicky zdatný a i přes nabízené rady a vedení v tomto směru stále nenaskakuje obraz, vypadává zvuk atd.

Distanční péče je problematická u lidí s nízkým rozumovým nadáním (nízkou technickou gramotností). Distanční péče není možná, pokud k ní klient nemá bezpečný prostor nebo si ho nedokáže vytvořit (není doma sám, stále hrozí, že ho někdo bude za dveřmi poslouchat, někdo může neočekávaně vstoupit do místnosti atd.).

5. Jaké jsou zásady vytváření zakázky při distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých?

Hned na úvod je nutno uvést, že podle respondentů není při vytváření zakázky mezi přímým a distančním kontaktem zásadní rozdíl. Typická zakázka je postavena na tom, že pozůstalý se cítí zahlcen emocemi a vzpomínkami na zemřelého, potřebuje o tom s někým hovořit, a buď nemá s kým, nebo nechce své blízké stále dokola zatěžovat.

Důležité je mít už na začátku jasno v tom, jaký časový rámec můžeme klientovi nabídnout, resp. jaký časový rámec je pro něj přijatelný. Toto téma řada respondentů zpřítomnila a dávala ho do souvislosti s vytvořením zakázky. Rovněž je nutné si ujasnit, zda se bude jednat o krizovou intervenci, poradenství, či terapii a zda bude do péče o klienta zapojen další odborník, nejčastěji psychiatr. Důležité je vždy zmapovat kvalitu spánku, samoléčení prostřednictvím dostupných léků nebo rizikové užívání návykových látek.

Při krizové intervenci je nutná vyšší míra vedení. Zakázku není nutné přesně definovat, jde o stabilizaci klienta, porozumění klientovi, normalizaci truchlení, vytvoření krizového plánu. Po této stabilizaci lze uzavřít kontrakt – zakázky se často tematizují samy s ohledem na specifický životní kontext klienta.

Dále se vše odvíjí od základních kompetencí, které má každý odborník s ohledem na své zkušenosti a absolvované výcviky (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, komplexní psychoterapeutický výcvik), jež ho opravňují k této formě pomoci.

Respondenti uváděli, že distanční péči o pozůstalé lze začít poskytovat v kontextu krizové intervence či jiných krátkodobě cílených postupů, směřujících k základní stabilizaci a orientaci v nastalé situaci a k aktivování zdrojů podpory. Následně lze v případě potřeby navázat poradenstvím či terapií (komplikovaný zármutek). Typickým případem je také péče, která má na začátku charakter poradenský a následně přejde do terapeutického kontextu, nebo obráceně.

Někteří respondenti uvedli, že pro praxi jsou při vytváření zakázky zajímavé dva modely truchlení, které popisujeme v šesté kapitole. Jedná se konkrétně o tzv. úkolový model, který vytvořil americký psycholog James William Worden (2018), a duální model procesu truchlení, navržený Margaret Stroebe a Henkem Schutem (1999). Nabízejí totiž nejen prakticky orientovaná východiska pro poradenství a terapii pozůstalých při vytváření zakázky, ale dá se podle nich řídit i při vytváření intervencí a ukončování distančního kontaktu (posouzení úspěšnosti intervence).

Z praktického hlediska při hledání odpovědi na tuto výzkumnou otázku opět dominovaly technické aspekty, vytvářejí rámec distanční péče o pozůstalé. Je pochopitelné, že při prvním distančním kontaktu s pozůstalým bude

muset pomáhající pracovník investovat do setkání více času, než je běžné v přímém kontaktu, aby s klientem probral technické a etické parametry distanční péče.

Pokud se budeme bavit o individuální práci s klientem formou poradenství nebo terapie (ať už jde o přímý či distanční kontakt), pohybujeme se v časovém horizontu 60 minut (50 minut přímá práce s klientem, 10 minut klinická rozvaha a vypracování poznámek k sezení), což je odbornou veřejností běžně akceptovaná norma. Při prvním distančním setkání musíme počítat s tím, že tento časový limit překročíme (nebo se to může stát), neboť bude nutné si s klientem vyjasnit řadu záležitostí, které jsme pojmenovali výše (u výzkumných otázek č. 2, 3 a 4), a zároveň se rozhodnout, zda je distanční forma pomoci vůbec vhodná (cca 3 distanční setkání).

Důležité doporučení pro distanční péči lze shrnout do věty: Od začátku vytvářet bezpečný prostor (budovat důvěru) pro klienta i pro sebe na všech rovinách. Je také nutné počítat s tím, že při distanční péči je hybatelem změny pracovní vztah, který bude ve srovnání s péčí přímou vznikat s největší pravděpodobností pomaleji (postupné budování důvěry). Při distanční péči je obecně nezbytné více pracovat se zpětnou vazbou. Konkrétně lze doporučit, aby se v závěru každého sezení věnovalo několik minut ověřování, nakolik tento způsob setkávání klientovi vyhovuje a co by se případně dalo zlepšit.

Součástí zakázky musí být srozumitelná dohoda mezi odborníkem a klientem, která reflektuje nejen společný cíl práce, ale i základní údaje o úhradě, frekvenci, čase atd. Jedná se o samozřejmost, která je součástí běžné praxe v pomáhajících profesích stejně jako výcviků, jež pracovníky k realizaci krizové intervence, poradenství a terapie opravňují. Je nutné zahrnout i faktory specifické pro distanční setkání (videohovor, telefonický kontakt).

6. Jak probíhá typická intervence (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) formou distančního kontaktu u pozůstalých?

Pokud klient a odborník dospějí ke shodě na tom, že se lze v rámci intervencí potkávat distančně, každé následující setkání začíná kontrolou technických aspektů (jak se slyšíme, vidíme, zda je zajištěno soukromí, zda je případně

zapotřebí upravit nastavení kamery či zvuku nebo jiné technické nastavení). Opět připomínáme, že je nutné stále reflektovat možný výskyt okolností, které distanční setkání naruší či znemožní. To neznamená, že bychom tím měli klienta zatěžovat, jde spíše o to, být připraveni na komplikace, jejichž výskyt je pravděpodobnější než při přímém kontaktu.

Respondenti se shodují, že neexistuje „typická intervence“ a v základní rovině tak není zásadní rozdíl mezi distanční a přímou péčí. Pokud bychom na pojmu „typická“ trvali, lze odpovědi shrnout tak, že každá intervence především směřuje k normalizaci truchlení (jedná se o přirozenou reakci, je nutné prožít emoce, ohodnotit vztah, vytvořit si nový vztah k zemřelému, dobře se rozloučit a žít dál). Vždy je třeba vyjít z toho, co je aktuální a o čem chce klient hovořit. Všechno v životě pozůstalého je truchlením ovlivněno, nezáleží tedy tolik na tom, o čem konkrétně hovoříme – vždy se vrátíme k tomu důležitému, a tím je znejistění ve světě, který je najednou neznámý, nový, nebezpečný. Totéž se týká také identity pozůstalého, která prochází změnou.

S ohledem na normalizaci truchlení je nicméně nezbytné upozornit na to, že důležitým obsahem řady intervencí či přístupů je rozlišení funkčních a nefunkčních způsobů reakce na prožité úmrtí blízkého člověka. Jinými slovy, že je něco pochopitelné či dokonce obvyklé, ještě neznamená, že je to funkční. Vyjadřovaným akceptováním jakéhokoli prožívání pozůstalého, resp. jakýchkoli myšlenek (např. že svět již nikdy nebude dobrým místem) můžeme průběh truchlení a adaptaci na prožívanou situaci paradoxně komplikovat (Kaplow et al., 2023).

Krátkodobé intervence (poradenství, krizová intervence) jsou postaveny na podpoře klientových zdrojů a trvají přibližně do 10 sezení. Dlouhodobé intervence (komplikované truchlení, terapie zármutku, zpracování traumatu) trvají zhruba rok, mnohdy i déle.

Respondenti se shodují na tom, že při distančním kontaktu jsou či musí být aktivnější než v kontaktu přímém, více se doptávat, reflektovat, facilitovat proces, aktivněji pracovat se zpětnou vazbou. To je nejspíš dáno tím, že v distančním kontaktu máme omezen přísun informací o klientovi a potřebujeme se ujišťovat, že víme, co se děje.

Při krizové intervenci je nutná vyšší míra vedení. Zakázku není nutné přesně definovat, jde o stabilizaci klienta, porozumění, normalizaci truchlení, posouzení suicidality, vytvoření krizového plánu. Následně lze uzavřít kontrakt – zakázky se většinou tematizují samy. Nutné je respektovat tempo klienta, nikam ho netlačit. Terapie jako taková (distanční či v přímém kontaktu) je založena na výlučnosti vztahu, který je hybatelem změny. Někteří respondenti opakovaně zmiňovali Wordenovy úkoly truchlení a duální model procesu truchlení coby teoretická vodítka (viz kapitola 6).

Pro krizové intervence, poradenství či terapii je zásadní kontinuita vztahu s klientem, je tedy jedno, zda tento vztah vzniká při přímých, anebo distančních setkáních. Omezení v distanční péči souvisejí s obtížným využitím terapeutických technik. Základem adekvátní distanční péče je poctivá příprava interventa na každé sezení. Pokud takto pracujeme, nemusíme se bát mít na stole před sebou poznámky (připravené strategie) – působí to navíc méně rušivě než v přímém kontaktu.

V rámci přímé péče je běžné, že se o klienta postaráme, že má pohodlí. V základu to znamená, že chceme, aby se mu dobře sedělo, máme připravené kapesníky, prostředí našich pracoven je příjemné, nabídneme vodu, čaj, kávu atd. Tohle v distanční péči zajistit nemůžeme, ale můžeme reflektovat, zda si klient prostředí, kde se nachází, sám upraví ke svému prospěchu, třeba i podobným způsobem, jaký jsme popsali výše. Lze použít věty typu „U sebe bych vám nabídl...; Máte u sebe něco k pití?“ a podobně. Jde tedy o to, vytvořit představu o péči, kterou nemůžeme zajistit přímo. Podobně je to s fyzickou blízkostí, která při distanční péči chybí („Mám pocit, že byste teď možná chtěla obejmout; Takhle na dálku bych vás ráda objala“).

Když aktuální online setkání ukončujeme, je vhodné klienta vybídnout, aby zkusil reflektovat, co si odnáší, co bylo stěžejní, co vnímá jako důležité. Zásadní význam má rovněž vhodné ukončení intervence (konkrétního setkání) – rozloučení se s klientem. Při přímé péči se v této fázi odehrají drobné mezilidské interakce, které klienta uklidní – podání ruky, vyprovodění ke dveřím, pomoc do kabátu, odlehčená konverzace na rozloučenou, vhodné projevy humoru odlehčující situaci. Tyto běžné projevy lidské blízkosti v distanční péči chybí. Proto bychom měli mít na paměti, že vhodné uzavření sezení a rozloučení je na místě. Cílem vždy je, aby klient odcházel (resp.

se odpojoval) alespoň relativně stabilizován. Nelze jen říci „Na shledanou“ a zmáčknout tlačítko na klávesnici.

Pozůstalému lze také doporučit, aby si po skončení distančního sezení vyhradil ještě chvíli pro sebe, nechal v sobě sezení doznít. To může chybět, protože při přímé péči musí klient přicestovat za námi a zase odcestovat. Oba tyto momenty jsou jistým přechodem – první zahrnuje přípravu a na-ladění se, druhý zase doznění a integraci.

7. Jaké jsou zásady ukončování distančního kontaktu (krizová inter- vence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozů- stalých?

Z našeho výzkumu vyplynulo, že ukončování distančního kontaktu se v zá-
sadě nijak neliší od ukončování kontaktu přímého. Spolupráce s interven-
tem má svou počáteční, střední a závěrečnou fázi. Na začátku je vhodné,
aby jednotlivá distanční setkání probíhala jednou za týden, ve střední fázi,
charakterizované zvýšením stability pozůstalého, lze kontakt zredukovat na
14denní interval (dvakrát měsíčně) a na úplný závěr je možné zařadit bilanční
distanční setkání (telefonát) s odstupem třeba jednoho měsíce.

Toto doporučení je nutné brát s rezervou. Záleží totiž na tom, kolik péče
může intervent nabídnout, a také je nutné vzít v úvahu, jaké jsou možnos-
ti pozůstalého nebo čím je limitován. Důležité je se dopředu domluvit na
klientových možnostech a představách (pokud nějaké představy má a do-
káže je zformulovat – s ohledem na fakt, že pro některé pozůstalé je obtížné
svoje představy jasně popsat, či je vůbec nahlédnout).

V některých institucích je péče o pozůstalého jasně ohraničena počtem
setkání, což je nutné s klientem dopředu probrat a jednoznačně pojmeno-
vat. Jinými slovy již samotné formulování zakázky musí zahrnovat, kolik
distančních sezení může intervent s pozůstalým absolvovat. Tento rámec
je motivační pro obě strany – intervena i pozůstalého. Velmi důležité je
průběžně reflektovat, co se daří, co nikoli, co je důležité, co si klient odnáší
(průběžná práce se zpětnou vazbou). Toto postupné zastřešování vede ke
snazšímu rozpoznání bodu, kdy může spolupráce skončit.

Respondenti popisují ukončování distančního kontaktu v situacích, kdy lze poskytovat časově neomezenou (nezastropovanou) službu, následovně:

1. U pozůstalého se začíná vynořovat nový způsob života, nová identita, nová vize budoucnosti, nové hodnoty, nové vztahy.
2. Důležité je dostat se do bodu, který lze označit jako pro klienta dostačující – dosažení shody na tom, že takto to stačí a profesionální sociální opora již není zapotřebí.
3. Klient dokáže fungovat v běžném životě, sám spolupráci ukončuje, vnímá zlepšení.
4. Dokáže se znovu radovat ze života, objevuje nové zdroje smyslu, nové úkoly, které ho osobně oslovují.
5. Vzpomínky na zesnulého již nejsou zraňující a nevyvolávají dezintegrující emocionální stavy.
6. Pozůstalý je schopen o své ztrátě mluvit s ostatními lidmi.
7. Objevuje se schopnost emoční regulace, pocit kompetentnosti, kontroly nad vlastním životem.
8. Vrací se vitalita, chuť do života.
9. Pro klienta je akceptovatelná představa, že se už s interventem neuvidí a neuslyší (necítí se tím ohrožen).
10. Pozůstalý se dokáže rozloučit, dokáže zesnulého nechat jít a dovolí sám sobě, že už truchlit nemusí.
11. Pozůstalý nalezne pro zesnulého ve svém životě nové místo, a to takové, aby mu tato forma vnitřního vztahu nebránila v dalším životě a nových vztazích.

Jak je zřejmé, lze situace rozdělit na ty, kdy ukončování spolupráce reflektuje spíše představu klienta o tom, že poskytování služby může být ukončeno (pro klienta dostačující stav a akceptování představy konce setkávání), a na ty, kdy jsou volena určitá objektivizující kritéria (nový způsob života, radost ze života, nezraňující vzpomínky na zemřelého, pokračující vazba v nové podobě).

Především povědomí o druhých zmíněných kritériích může pomoci reflektovat potenciální možnost ukončení spolupráce. To je důležité jednak

s ohledem na omezenou kapacitu služeb a také s ohledem na snižování „závislosti“ klienta na poskytovaných službách. V tomto ohledu může být užitečná znalost konceptu integrovaného truchlení, který zahrnuje výše uvedené charakteristiky žádoucích změn. Předpokládá však také, že se stále mohou objevovat výraznější projevy smutku či stesku, ale ty už nemají zásadní vliv na to, zda je jedinec schopen realizovat smysluplné aktivity a činnosti, které mu přinášejí úlevu a radost.

8. Jaké postoje k distančnímu kontaktu lze u pozůstalých identifikovat?

Při odpovídání na tuto otázku se naši respondenti shodli, že na straně klientů převažuje spokojenost, vstřícnost a vděčnost. Jednoduše řečeno, pokud je pro klienta distanční kontakt přijatelný a odborník vyhodnotí, že tato forma péče je uskutečnitelná a mohla by být přínosná, lze očekávat v konečném důsledku kladný postoj. Důležitou roli může sehrát také předchozí zkušenost – pokud byla uspokojivá, určitě se to promítne i do aktuální situace a ovlivní to klientovy preference.

Je nutno uvést, že klient může distanční péči odmítnout nebo přerušit. V našich rozhovorech se tato zkušenost nicméně objevila pouze jednou, kdy pozůstalý preferoval přímou péči, ale ta nebyla v jeho situaci možná. Chceme v této souvislosti upozornit především na to, že distanční péče musí vyhovovat klientovi, jeho potřebám a jeho aktuálnímu stavu, což nás vrací k předchozím výzkumným otázkám a odpovědím prezentovaným výše.

V rámci pozůstalostní péče je navíc pravděpodobné, že distanční forma může být preferována i z toho důvodu, že zahlcení zármutkem spojené s dezorganizací denních aktivit brání tomu, aby klient v akutní fázi mobilizoval energii k docházení za odborníkem. Mnohem jednodušší může být v takovém případě připojit se online.

9. Jaká je efektivita distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?

Žádný z respondentů jednoznačně nepreferoval distanční péči, naopak téměř všichni uvedli, že přímá péče je výhodnější, přirozenější, efektivnější, jednodušší na realizaci a méně náročná pro ně samotné. Naši respondenti

měli za sebou rozsáhlé zkušenosti s přímou péčí, a teprve následně v reakci na poptávku či životní a celospolečenské okolnosti začali nabízet péči distanční – videohovor, telefonický kontakt s klienty. Výjimku představovaly zkušenosti s poskytováním telefonické krizové intervence, která má v ČR dlouholetou tradici.

Z rozhovorů vyplynulo, že v přímé péči rychleji vzniká vztah mezi klientem a interventem. V případě stabilizace, doprovázení či krizové intervence je distanční kontakt plnohodnotným způsobem práce s pozůstalým. Distanční kontakt je možnost, příležitost, a někdy především nutnost. Pokud je ale realizován vhodným způsobem, vede ke zlepšení, stabilizaci, uzdravení.

Respondenti výzkumu zdůrazňovali, že za sebou mají řadu úspěšných distančních intervencí. Zdá se nicméně, že přímá péče bude efektivnější při práci s komplikovanými formami zármutku. Na druhou stranu je potřeba uvést, že pokud je distanční kontakt po technické a etické stránce uskutečnitelný a je akceptován oběma stranami, vždy je lepší než žádný kontakt.

10. Jaká je náročnost distančního kontaktu z pohledu interventů (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) ve srovnání s kontaktem tváří v tvář?

V této otázce panovala mezi respondenty výzkumu jednoznačná shoda – distanční péče o pozůstalého (krizová intervence, poradenství, terapie) je pro pomáhajícího ve srovnání s přímým kontaktem náročnější na realizaci. Výjimku představoval pouze ŘEHOŘ, pro nějž je distanční telefonický kontakt méně náročný ve srovnání s předchozími pracovními zkušenostmi, kdy se ho utrpení pozůstalých dotýkalo hlouběji a cítil se jím osobně více zasažen.

Respondenti zátěž popisovali ve smyslu větší únavy (bolest očí, únava z monitoru), nutnosti intenzivního vynakládání pozornosti, většího úsilí ke zvládnutí technických detailů i k ošetření etických aspektů. Poukazovali rovněž na to, že při distančním kontaktu musí být aktivnější a více pracovat se zpětnou vazbou, a navíc se musí obejít bez řady terapeutických technik, které lze používat při přímém kontaktu (nebo musí improvizovat a pokusit se techniky převést do online prostředí).

Těžší je vcítit se do klienta, náročnější je pojmenovat potřeby a emoce pozůstalých. Respondenti se shodovali, že pracovat s pozůstalými pouze distančně by pro ně v dlouhodobé perspektivě bylo rizikové s ohledem na vyčerpání, vyhoření, ztrátu motivace. Je nezbytné mít v tomto smyslu jasné stanovené hranice – např. kolik distančních klientů lze vzít do péče. V úvahu je třeba vzít i odpovědi, které se týkají konkrétních výhod a nevýhod distanční péče (viz výše).

11. Jak pracovat s komplikovaným truchlením v distanční formě kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku)?

Pokud chceme s komplikovanými formami zármutku pracovat distančně, téměř vždy se na začátku celého procesu bude s největší pravděpodobností jednat o psychoterapii či krizovou intervenci. Z našeho výzkumu vyplynulo, že nejvhodnější formou distančního kontaktu je v takovéto situaci videohovor. V prvé řadě je nutné posoudit, zda je v konkrétním případě komplikovaného zármutku distanční péče vůbec možná. Pracujeme-li s komplikovaným truchlením, je třeba si uvědomit, že klientovi budeme poskytovat více péče (cca jednou týdně) v dlouhodobějším horizontu (přibližně rok), terapii zármutku tedy bude náročná pro obě zúčastněné strany.

Navíc připomeňme, že terapii zármutku může provádět pouze odborník s odpovídajícím vzděláním – tedy komplexním psychoterapeutickým výcvikem. Respondenti uváděli, že tato forma distanční pomoci je možná, pokud se podaří s klientem navázat vztah, což je – jak se zdá – o něco těžší právě při distanční práci ve srovnání s péčí přímou.

Ve vztahu k této otázce je nutno vzít v potaz také předchozí zjištění. Máme na mysli především to, že z distančního kontaktu nebude příliš profitovat málo motivovaný klient, který pomoc vyhledal na základě vnějšího tlaku, není verbálně obratný, je odpojený od svých emocí, anebo naopak své emoce nedokáže regulovat vůbec. V takovém případě se nabízí jako vhodnější přímá péče tváří v tvář, která by mohla jeho stav zlepšit.

Máme-li pracovat s komplikovanými formami zármutku, je vždy nutné posoudit také sebevražedné tendence klienta a nutnost spolupráce s psychiatrem (zda už probíhá, nebo by probíhat měla), který může zajistit

farmakologickou léčbu. Někteří respondenti opět poukazovali na práci Wordena (2018), nabízející jasnou strukturu, jak intervenovat u klienta s komplikovaným zármutkem.

Důležité je, aby se klient dostal do terapeutické péče včas, tedy diagnostické posouzení, zda lze komplikace v truchlení očekávat, nebo zda se už o komplikované truchlení jedná (viz kapitola 8). Někteří respondenti poukazovali na to, že včasnost je u komplikovaného zármutku z hlediska prognózy rozhodující. Hovořili o tzv. anticipovaném truchlení. V této souvislosti jde o kontext, kdy pracujeme nejen s pozůstalými, ale také s umírajícím, tedy s celou rodinou. Můžeme tak předejít řadě budoucích problémů, protože intervent, který s budoucími pozůstalými pracuje ještě za života umírajícího, dokáže nejen řadu problémů preventivně ošetřit, ale také odhadnout vývoj situace, který po očekávaném úmrtí nastane (viz kapitola 7).

Podle našeho názoru přístup ke komplikovanému truchlení a k truchlení obecně nejlépe vystihla SVATAVA: Vždy je žádoucí vyjít z aktuální nabídky klienta (o čem chce hovořit, co chce sdílet), „protože všechno v jeho životě je truchlením ovlivněno, takže je jedno, o čem mluvíme, protože se vždycky vrátíme k tomu důležitému, a tím je znejistění ve světě jako takovém“.

Z našeho šetření rovněž vyplývá, že minimálně čtyři respondenti (EMÍLIE, YVETA, ŘEHOŘ, VLADĚNA) mají za to, že s komplikovaným truchlením je lepší pracovat v přímém kontaktu, popřípadě kombinovat setkání tváří v tvář s distanční péčí.

12. Jak komplikované truchlení vzniká?

Prakticky všichni respondenti uvedli, že rizikovým faktorem komplikovaného truchlení je nedostatek přirozené sociální opory ze strany blízkých – rodina, přátelé, partneři atd. Osamělost pozůstalého tak hraje důležitou roli a komplikované truchlení lze očekávat tehdy, pokud člověku v této situaci chybí blízký vztah. Sociální opora má rovinu praktickou (pozůstalému může někdo konkrétně pomoci – uvaří, uklidí, nakoupí atd.) a emocionální (respekt, ohleduplnost, emoční blízkost).

Další faktory přispívající ke komplikovanému truchlení lze shrnout následovně:

- neočekávané úmrtí, ke kterému navíc došlo za strašlivých okolností (vražda, sebevražda, nehoda, živelná pohroma, zmizení – nenajde se tělo atd.);
- úmrtí dítěte, rodiče, sourozence;
- retraumatizace pozůstalého (vyšetřování, šíření informací ve sdělovacích prostředcích nebo na sociálních sítích);
- nízká resilience pozůstalého před úmrtím a specifické osobnosti charakteristiky (úzkostnost, depresivita, verbální neobratnost, neschopnost mobilizovat sociální oporu, nízká schopnost komunikovat ostatním své potřeby a emoce, vnímání světa jakožto negativního místa, naučená bezmocnost atd.);
- vícenásobná ztráta – člověku zemře krátce po sobě několik blízkých lidí;
- úmrtí blízkého, které si pozůstalý spojuje s vinou (reálnou či iracionální);
- způsob, jakým se pozůstalý o ztrátě dozví – komunikace se zdravotníky, záchrannými složkami;
- rychlost poskytnuté psychosociální péče bezprostředně po ztrátě (především krizová intervence);
- předchozí psychická onemocnění, která se zhorší v důsledku úmrtí;
- předchozí nezpracované ztráty – problematika odloženého truchlení;
- komplikovaný vztah se zesnulým (nedořešené události, křivdy);
- dlouhá domácí péče o umírajícího, která pozůstalého vyčerpala;
- přesvědčení pozůstalého, že sám nezvládne nároky dalšího života (péče o děti, hypotéka, nájem atd.);
- plnění sociálních rolí a přesvědčení, že si pozůstalý nemůže dovolit truchlit.

13. Jaké terapeutické techniky lze využít při distančním kontaktu (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) s pozůstalými?

Respondenti při hledání odpovědi na tuto výzkumnou otázku poukazovali na významnou slabinu distanční péče právě s ohledem na používání některých terapeutických technik. Třináctá výzkumná otázka je v tomto smyslu propojena s výzkumnou otázkou druhou (Jaké jsou nevýhody distančního kontaktu?).

Jednoduše řečeno, některé terapeutické techniky doporučované pro práci s pozůstalými lze odpovědně použít pouze v přímém kontaktu a jejich převod do distanční péče je eticky diskutabilní (např. technika prázdné židle, dechová cvičení, práce s tělem), technicky problematický (např. práce s fotografiemi), nebo rovnou nemožný (např. techniky založené na hře či arteterapii).

Distanční péče skrze videohovor nebo telefonická distanční péče je tudíž postavena především na rozhovoru odborníka s klientem, jak naši respondenti potvrdili. V tomto kontextu připomínáme, že poradenské intervence, krizové intervence i psychoterapie těží především ze specifického způsobu vedení rozhovoru. V konečném důsledku se tedy nejedná o slabinu fatální, nicméně je třeba na ni upozornit.

Respondenti hovořili o pozitivní zkušenosti např. s dereflexí, modulací postoje, cirkulárním dotazováním. Dále uváděli, že některé techniky lze využít jako tzv. domácí úkoly. To obnáší detailně popsat pozůstalému, co by mohl doma vypracovat a na co by se mohl připravit, a následně při videohovoru reflektovat výsledek (psaní deníku, dopis na rozloučenou, dopis vděčnosti, vytvoření memory boxu, vytvoření rituálu rozloučení atd.).

Všichni respondenti upozorňovali na to, že nositelem změny je vztah s klientem, a pokud se ho podaří vytvořit, je v zásadě jedno, jestli pracujeme tváří v tvář, nebo distančně. Rovněž je potřeba uvést, že někteří z respondentů zdůrazňovali kreativitu, invenci a technickou zručnost poskytovatele – nápady, jak převést některou techniku do online prostředí. Pro ilustraci lze přiblížit zkušenost TAMARY, která sdílí terapeutické karty klientovi na obrazovku a v tomto kontextu s nimi pracuje podobně jako při přímém setkání.

14. Jaké jsou postoje odborníků realizujících distanční kontakt (krizová intervence, poradenství pro pozůstalé, psychoterapie zármutku) u pozůstalých k diagnóze Prodloužené truchlení (6B42; možná synonyma – Porucha protrahovaného truchlení, Prodloužený zármutek, Komplikované truchlení, Komplikovaný zármutek, Patologický zármutek)?

Smyslem takto položené otázky bylo zmapovat postoje (názory, očekávání) odborníků vztahující se k nové diagnóze v aktuální verzi MKN-11. Hned na úvod lze konstatovat, že náš výzkum potvrdil vhodnost této změny. Interventi pracující s pozůstalými se často potkávají se zármutkem, který se komplikuje.

Naši respondenti jsou převážně toho názoru, že pokud bude možné u takto stanovené diagnózy čerpat výhody zdravotního pojištění a získat kupříkladu zdravotní neschopnost, lze to považovat za pozitivní vyústění, které u závažných forem truchlení poskytne podporu pozůstalým. Jednoduše řečeno to umožní hledání pomoci pro tuto cílovou skupinu ve zdravotnickém sektoru. Významné je také ujištění, které redukuje osamělost pozůstalých (existuje to, má to označení, nejsem v tom sám, stává se to i jiným atd.)

Respondenti se zamýšleli i nad finálním označením, přičemž se častěji přikláněli k pojmenování Prodloužený zármutek nebo Komplikované truchlení. Termín Patologický zármutek byl z jejich strany hodnocen jako zbytečně stigmatizující.

Zkušenosti respondentů jednoznačně potvrzují, že komplikace při truchlení vznikají za určitých okolností (viz předchozí výzkumná otázka), a rovněž došlo ke shodě v tom smyslu, že takto truchlící jedinec bude potřebovat dlouhodobou péči, kterou mu zajistí kvalifikovaný odborník (psychoterapeut, klinický psycholog) často ve spolupráci s psychiatrem (zvážení medikace či přechodné hospitalizace). Tento postoj prezentovali i ti respondenti, kteří primárně nepracují s lékařskými diagnózami. Vzhledem k nutnosti dlouhodobé péče (přibližně 12 měsíců) v tomto kontextu opět připomínáme výhodu čerpání prostředků ze zdravotního pojištění.

Odpovědi respondentů poukazují také na nutnost informovat odbornou veřejnost (praktické lékaře, psychiatry) ohledně na možnosti léčby. Jisté obavy u respondentů vyvstávají v souvislosti s nadužíváním diagnózy a tím pádem také nadužíváním (automatickým předepisováním) psychofarmak. Je nutné zdůraznit, že truchlení není nemoc, nemá se tedy vždy jednat o plošnou medikaci. Medikace je podle respondentů užitečná, když pozůstalý nespí, je vyčerpaný, má sebevražedné tendence, nebo nedokáže regulovat vlastní emoce (jsou příliš silné).

Důležité je rovněž rozpoznání osob, které by mohly truchlit komplikovaně (prevence), nebo u nichž už komplikované truchlení probíhá. Takto reagovala např. YVETA, která právě v tomto směru vidí prostor pro využívání forem distanční péče.

14 Sumarizace základních doporučení

V závěru našeho pojednání sumarizujeme dosažené poznání. Následují praktická doporučení vyplývající z provedeného výzkumu. Považujeme je za důležitá pro realizaci distančního kontaktu s pozůstalými, proto je shrneme následně do praktických checklistů použitelných „tady a teď“ nebo konkrétních bodových sumarizací. Budeme se věnovat především problematice videohovoru (videokonference) a zmíníme rovněž některá specifika týkající se distančního kontaktu pouze pomocí telefonu.

Pokud realizujeme distanční setkání s pozůstalým pomocí videohovoru, je nutné respektovat několik základních pravidel, která zajistí, aby byl takový kontakt uspokojivý pro obě strany, tedy klienta i pomáhajícího pracovníka. Je rovněž nutné posoudit, zda z takové formy spolupráce bude pozůstalý profitovat, tzn., dojde ke zlepšení jeho stavu, nebo alespoň nedojde k jeho zhoršení.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že pro poradenské, podpůrné či edukační intervence lze distanční kontakt jednoznačně doporučit, pokud jsou splněna některá základní kritéria (viz checklisty dále v textu). Distanční terapeutické či krizové intervence u pozůstalých jsou možné, ovšem pouze za určitých okolností (viz checklisty dále v textu).

Pro poskytování krizové intervence u pozůstalých se jako vhodnější jeví telefonický kontakt. Jednak máme v ČR s poskytováním telefonické krizové

intervence stabilní, dlouhodobou a uspokojivou zkušenost, a především si lze jen těžko představit, jak s člověkem v krizi, který potřebuje s intervenentem rychle navázat vztah, adekvátně ošetřit všechny technické aspekty (viz checklisty dále v textu) takovým způsobem, aby byl videohovor vůbec realizovatelný. Nabízí se tudíž, že krizová intervence může probíhat distančně telefonicky a po základní stabilizaci na ni můžeme navázat videohovorem. Stejně tak lze uvažovat o potenciální užitečnosti telefonického kontaktu v rámci ostatních metod podpory pozůstalých, které jsou zaměřené na zvládnání konkrétních situací, např. dovedností pro psychické zotavení.

Psychoterapie zármutku prostřednictvím videohovoru je podle našich respondentů možná za určitých okolností. Z distanční psychoterapie bude profitovat motivovaný klient, který je přiměřeně verbálně obratný, není odpojený od svých emocí a dokáže své emoce alespoň částečně regulovat bez fyzické blízkosti intervenenta. Diskutabilní je distanční kontakt skrze videohovor tehdy, když se komplikované truchlení kombinuje se smyslovým postižením nebo psychiatrickou diagnózou (např. psychotické potíže, porucha osobnosti, propojení s traumatem). V těchto situacích se nabízí buď jednoznačně doporučit přímý kontakt, nebo se pokusit distanční péči a přímou péči kombinovat. Je ovšem vhodné na tomto místě upozornit, že ne každé komplikované truchlení musí být kombinováno s posttraumatickou stresovou poruchou či těžkou formou deprese.

Základní inkluzivní kritéria pro distanční péči (videohovor) u komplikovaného zármutku jsou následující:

1. Dostatečná míra převzetí kontroly nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení, jako jsou silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky.
2. Schopnost prožít alespoň trochu radosti navzdory události či realizovat alespoň některé smysluplné aktivity.
3. Schopnost mluvit o zemřelém nebo o úmrtí.

Jak uvádíme níže, distanční kontakt není vhodný pro děti. Péči pomocí videohovoru lze aplikovat přibližně od 15 let věku, a to u motivovaného

a verbálně zdatného adolescenta se souhlasem rodičů. Pokud truchlí dítě, bude pro ně výhodnější přímá péče, a to díky využití herních či projektivních prvků, které nelze do distanční péče plnohodnotně převést.

Jak jsme uvedli výše, distanční péče prostřednictvím telefonu (bez vizuálního klíče) se jeví jako vhodná forma při poskytování základní krizové intervence. Na základě dostupných zjištění rovněž nevidíme problém, pokud jde o poskytování podpory, edukaci, stabilizaci a poradenství pro pozůstalé především u časově kratší spolupráce mezi poradcem a klientem (cca do 10 sezení).

Diskutabilní je terapeutické vedení pozůstalého při terapii zármutku. Naši respondenti klientům poskytují distanční péči převážně skrze videohovor. Aby mohl probíhat terapeutický proces, který povede k terapeutickému efektu, je potřeba s klientem vytvořit terapeutický vztah, který bude hluboký a výlučný. Otázkou zůstává, zda toho lze dosáhnout pouze telefonickým kontaktem. Na základě realizovaných rozhovorů se přimlouváme za to, aby terapie zármutku – pokud není jiná možnost – probíhala distančně skrze videohovor, přičemž první intervenční a zároveň diagnostický kontakt může být telefonický.

Hlavní zásady distanční péče lze shrnout takto:

1. Příprava poskytovatele distančního kontaktu pomocí videohovoru zahrnuje především ukončení činnosti aktuálně nepoužívaných programů či aplikací (aktualizace softwaru, restart zařízení atd.); ztišení nebo vypnutí rušivých prvků (např. vyzvánění telefonu); plán postupu v případě technické poruchy (např. telefonický kontakt); odzkoušení kamery a zvuku (hlasitost a funkčnost reproduktorů a mikrofonu); zajištění vyhovujících prostor pro uskutečnění videohovoru, především s ohledem na soukromí; zaslání odkazu na připojení k videohovoru klientovi; zaslání základních podkladů klientovi (stručný návod, jak platforma funguje, případně čemu věnovat pozornost). Je třeba mít již k dispozici telefonický kontakt na klienta pro případ, že by dotyčný nebyl schopen se připojit. Po zahájení videohovoru je nutné ověřit klientovu totožnost, ujistit se, že vše funguje správně (klient umí pracovat se zvukem, chatem a dalšími funkcemi), a poskytnout klientovi prostor vyjádřit se, zda měl s něčím problém, potřeboval by poradit atd.

2. Využití zabezpečené platformy pro videohovor (např. Zoom, MS Teams). U některých platformů může být vhodné zkontrolovat licenční zásady pro použití placené a neplacené varianty, a to především s ohledem na časový limit videohovoru nebo omezenou funkcionalitu platformy, především pro případy, kdy je součástí práce např. sdílení některých materiálů.
3. Stabilní připojení k internetu na straně poskytovatele i klienta. V případě telefonického kontaktu je nutná kontrola nabití baterie (u poskytovatele i klienta) a zajištění toho, aby místo vybrané pro telefonickou intervenci mělo dobré pokrytí signálem.
4. Poskytovatel distančního kontaktu musí disponovat základními dovednostmi, které umožní předcházet technickým komplikacím a řešit je (nejde kamera, nefunguje zvuk atd.). V tomto ohledu je nutná péče o klienta. Nemůžeme očekávat, že pozůstalý bude schopen sám vyřešit (i vzhledem ke svému stavu) technické nesnáze, které mohou nastat.
5. Pokud dojde k výpadku internetového připojení, je nutné mít předem zajištěnou a domluvenou alternativní cestu, jak distanční sezení dokončit (mobilní telefon).
6. Je třeba znát přesné místo, ze kterého se s námi klient spojuje. V případě zdravotních komplikací můžeme pozůstalému přivolat pomoc (tuto možnou nesnáz v přímé péči neřešíme). Je nutné klientovi vysvětlit, proč jeho lokaci chceme znát. Může se totiž stát, že klient volí distanční kontakt z důvodu větší anonymity. Otázkou volby a svědomí potom zůstává, zda budeme klientovu neochotu svou pozici upřesnit respektovat, a přesto s ním budeme distančně pracovat.
7. Vždy je nutné zajistit společně s klientem bezpečný prostor distančního setkání. Je nezbytné se pozůstalého doptat, zda mu distanční forma pomoci vyhovuje a zda na jeho straně nejsou překážky, které by bezpečí bránily. Za tímto účelem je vhodné si projít jednotlivé body informovaného souhlasu, jež podrobně popisují Sluková, Jochmanová et al. (2022) v Metodice videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb. Uvedené pojednání je na internetu volně dostupné ke stažení. Na tomto místě upozorňujeme na klíčové oblasti, které je nutné ošetřit především. Jedná se o soukromí (distanční setkání by nemělo být rušeno přítomností dalších osob). Dalším důležitým parametrem je vhodné

prostředí – online setkání nelze realizovat z restaurace, autobusu, jedoucího auta, vlaku, sdílené kanceláře atd. Je potřeba vyhradit si prostor, kde se pozůstalý bude moci videohovoru plně věnovat. Nelze opomenout parametr vzájemné důvěry, což obnáší minimálně upozornění, že není možné pořizovat audiovizuální nahrávky bez předchozího souhlasu všech zúčastněných.

8. V případě telefonického kontaktu je vhodné se dopředu domluvit a případně zvážit, zda se pozůstalí během hovoru nepohybují v otevřeném terénu. Může se stát, že klient využije pro rozhovor venkovní prostor, buď kvůli zajištění absence blízkých osob, nebo třeba proto, že je takto zvyklý telefonovat. To je potřeba vzít v potaz především s ohledem na zajištění bezpečí klienta, aby nedošlo k úrazu v okamžiku, kdy zažívá intenzivní emoce. Poskytovatel by měl rovněž posoudit, zda klientem zvolené prostředí nepůsobí rušivě (hluk dopravy, silný vítr atd.).
9. Vždy je nutné zvážit, zda je distanční setkání pro klienta vhodné. Klient by měl vědět, zda se lze setkat s poskytovatelem péče přímo. V tomto bodě vycházíme z výzkumného zjištění, že žádný z respondentů distanční péči jednoznačně nepreferuje. Respondenti poukazovali na jednoznačné výhody této alternativy, zároveň ovšem upozorňovali na související překážky. Z našeho výzkumu vyplynulo, že distanční formy kontaktu s pozůstalými jsou vhodné především pro dospělé klienty, kterým poskytujeme individuální péči. Distanční kontakt není vhodný pro děti. Respondenti se shodovali, že nabízet distanční péči prostřednictvím videohovoru nebo alternativně pouze telefonu lze přibližně od 15 let výše, a to motivovaným a verbálně zdatným adolescentům. Dále připomínáme důležité zjištění, že z distančního kontaktu nebude příliš profitovat málo motivovaný klient, který pomoc vyhledal na základě vnějšího tlaku, který není verbálně obratný, je odpojený od svých emocí, anebo naopak své emoce nedokáže regulovat vůbec. V takovém případě se nabízí jako vhodnější přímá péče tváří v tvář, která by mohla jeho stav zlepšit.
10. Většina respondentů se shodla na tom, že distanční péče skrze videohovor je pro poskytovatele z hlediska realizace náročnější, a to nejen kvůli nutnosti osvojit si základní technické dovednosti. Respondenti zátěž popisovali ve smyslu větší únavy (bolest očí, únava z monitoru)

a nutnosti vynakládat intenzivní pozornost. Poukazovali rovněž na to, že v distančním kontaktu musí být aktivnější a více pracovat se zpětnou vazbou, a navíc se musí obejít bez řady terapeutických technik, které lze používat v přímém kontaktu (nebo je musí modifikovat pro online prostředí). Těžší je vcítit se do klienta, číst neverbální signály, pojmenovat potřeby a emoce pozůstalých. Respondenti se shodovali, že pracovat s pozůstalými pouze distančně by pro ně v dlouhodobé perspektivě bylo rizikové s ohledem na vyčerpání, vyhoření, ztrátu motivace. Je nutné stanovit si v tomto ohledu jasné hranice (např. kolik distančních klientů vzít do péče, které dny ve svém harmonogramu jim vyhradit, jak o sebe pečovat v přestávkách mezi jednotlivými online intervencemi).

11. V distančním kontaktu je nutné vytvářet s klientem účinnou vztahovou alianci, což je dle našich respondentů obtížnější ve srovnání s přímým kontaktem. Nutné je také počítat se zvýšeným rizikem nedorozumění. Intervent by měl být chopen identifikovat a reagovat na specifické online jevy, jako je efekt disinhibice (tendence k odhalování citlivých informací) a zvýšený prostor pro fantazii – zkreslení. Důležitá je také kreativita v online prostředí, protože řada terapeutických technik či pomůcek je vázaná na setkání face to face.
12. Pokud to lze, je vhodné zkusit klienta motivovat ke kombinované péči. To znamená domluvit se, zda je možné se alespoň jednou, nebo i vícekrát potkat přímo, zjistit, zda za námi pozůstalý může přicestovat. Díky tomu dojde k prohloubení pracovního (terapeutického či poradenského) vztahu a celkovému obohacení společné práce.
13. Pokud pečujeme o klienta, který vykazuje symptomy komplikovaného truchlení, je vždy nutné zvážit jako doplněk péči psychiatrickou, zvláště tehdy, pokud má klient suicidální tendence, nespí, ztrácí chuť k jídlu i k životu obecně, celkově chřadne.
14. V přímé péči je běžné, že se o klienta postaráme, že má pohodlí. V základu to znamená, že chceme, aby se mu dobře sedělo, máme připravené kapesníky, prostředí pracovny je příjemné, nabídneme vodu, čaj, kávu atd. Tohle při distanční péči zajistit nemůžeme, lze ale reflektovat, zda si klient prostředí, kde se nachází, náležitě upraví, třeba i podobným způsobem. K tomu slouží věty typu: „U sebe bych vám nabídl...; Máte

u sebe něco k pití? Jak se vám sedí, máte pohodlí?“ V tomto kontextu se můžeme pokusit vytvořit představu o péči, kterou nedokážeme zajistit přímo. Podobné je to s fyzickou blízkostí, která při distanční péči chybí („Mám pocit, že byste teď možná chtěla obejmout; Takhle na dálku bych vás ráda objala“).

V závěru této kapitoly chceme zmínit ještě jeden možný problém, a to umístění kamery a nastavení vzdálenosti od monitoru na straně terapeuta i klienta. V řadě zahraničních výzkumů i v naší studii jsou zmiňovány nevýhody distančního setkání prostřednictvím videohovoru s ohledem na problematické čtení neverbálních signálů klienta a nevhodné simulování očního kontaktu. Vycházíme při tom z návrhu, který je předložen jako závěr výzkumu Grondina et al. (2023), jenž explicitně řešil výše popsané výzvy: Jak zlepšit čtení neverbálních signálů na straně klienta? Jak dosáhnout přirozenosti očního kontaktu? Níže uvedená doporučení lze brát jako inspiraci pro vytvoření vizuálního komfortu při videokonferenci na straně klienta i poskytovatele distanční péče.

Aby se minimalizoval rozdíl v úhlu pohledu ve snaze o simulaci věrohodného očního kontaktu, je nutné provést na obou stranách videokonference několik kroků. Důležité je adekvátně nastavit vzdálenost mezi objektivem webkamery a cílem pohledu a také použít držák webkamery s husím krkem (obrázek 1). Toto nastavení umožní vysunutí webkamery nad rám monitoru, čímž se zmenší vzdálenost mezi objektivem a monitorem. Jednodušší řešení potom představuje mírné naklonění kamery směrem dolů bez použití husího krku.

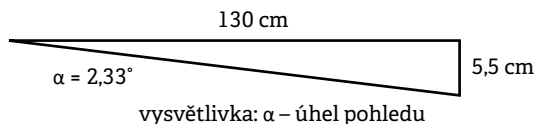
Výška židle se upraví tak, aby se oči osob dostaly alespoň na úroveň webkamery, blíže k jejímu hornímu okraji. Ukázalo se, že pokud jedinci sedí o něco výše, bude úroveň jejich očí mírně nad webkamerou, což může simulovat přirozený oční kontakt. Nakonec se oba účastníci videohovoru posunou dále od monitoru (na vzdálenost cca 130 cm). Webkamery jsou orientovány mírně dolů, čímž dojde k jasnému ohraničení na oblast hlavy a linii vlasů. Toto nastavení se realizuje přibližně pod úhlem 2,3° (obrázek 2).

Výsledná konfigurace se ukázala jako optimální nejen s ohledem na oční kontakt, ale také přesnější vnímání neverbálních signálů. Nastavení



umožňuje dvě varianty záběru kamery, které lze získat pomocí zoomu (tato funkce je dostupná u většiny webkamer), aniž by došlo k narušení očního kontaktu. Při oddálení záběr zahrnuje velkou část těla (od hlavy k pasu), což umožní vnímat držení těla a gesta. Přiblížením lze získat detailnější záběr obličeje a hrudníku, který podtrhuje výraz tváře.

Obrázek č. 1 (Grondin et al., 2023).



Obrázek č. 2 (Grondin et al., 2023).

15

CHECKLIST 1: Bezpečnost a technické náležitosti videohovoru nebo telefonického kontaktu s klientem (před začátkem a v jeho úvodu)

Následující body lze považovat za praktický návod, který je potřeba projít, aby po technické stránce bylo možno videohovor či telefonický kontakt s klientem uskutečnit. Předvedeme tak mnoha komplikacím, které by mohly negativně ovlivnit pozůstalostní intervenci.

Do níže uvedených seznamů rovněž přidáváme body, které se týkají zahájení videohovoru nebo telefonického kontaktu a částečně i informovaného souhlasu. Všechny body je potřeba projít, a pokud jsou podmínky splněné, je možno distanční kontakt uskutečnit, v opačném případě hrozí komplikace a újma klientovi.

VIDEOHOVOR

1. Poslal/a jsem klientovi návod nebo jsem mu vysvětlil již dříve, jak platformu videohovoru používat?
2. Mám ukončené nepoužívané programy, aplikace na svém zařízení, které by mohly zpomalovat nebo rušit přenos signálu (aktualizace softwaru, restart zařízení atd)?
3. Mám svůj počítač, tablet, chytrý telefon zabezpečený antivirovou ochranou?
4. Poučil/a jsem klienta/ku o důležitosti základní antivirové ochrany a o rizicích spojených se zneužitím informací?

5. Mám jistotu, že dokážu řešit základní technické problémy připojení platformy, kterou k videohovoru používám a umím v tomto ohledu pomoci klientovi?
6. Mám jistotu, že platforma, kterou k připojení používám, je bezpečná (Zoom, Teams)?
7. Zaslal/a jsem klientovi odkaz k připojení?
8. Je připojení k internetu stabilní?
9. Odzkoušel/a jsem kameru a zvuk?
10. Mám zajištěno jakožto intervent soukromí a nebude mě nyní nikdo rušit (cedule na dveřích pracovny, celková minimalizace rušivých vlivů z okolí)?
11. Vypnul jsem vyzvánění svého mobilního telefonu?
12. Mám v záloze telefonický kontakt na klienta, pokud by se nepřipojil nebo pokud by se vyskytly technické či jiné nepředvídatelné obtíže?
13. Byla po připojení ověřena klientova totožnost?
14. Víím, kde se klient nachází (kolaps klienta – mohu mu přivolat pomoc)?
15. Ověřil jsem si po připojení, že na straně klienta je vše v pořádku (zvuk, obraz, chat, soukromí, bezpečí, pohodlí, čas pro připojení – jak dlouho spolu budeme mluvit, místo kde se nachází, měl s něčím problém, potřebuje poradit)?
16. Poučil/a jsem klienta, že naše sezení nebudu bez jeho souhlasu nahrávat (zvuk, obraz) a požádal jsem klienta, aby se zachoval stejně (záznam sezení)?
17. Vysvětlil/a jsem klientovi, že pro své potřeby si z každého sezení udělám stručný anonymizovaný zápis, který bude sloužit pouze pro to, aby péče o něj byla kvalitní, abych se měl/a k čemu vrátit a nezapomněl/a na nic podstatného?
18. Ujistil/a jsem klienta, že k těmto zápisům se nemůže dostat třetí strana (únik citlivých údajů)?

TELEFONICKÁ INTERVENCE

1. Mám s klientem přesně domluvený čas, kdy mu mohu zatelefonovat?
2. Má můj telefon nabitou baterii (mohu si baterii v průběhu telefonování dobít), je dostatečný signál?

3. Mám zajištěno jakožto intervent soukromí a nebude mě nyní nikdo rušit (cedule na dveřích pracovny, bezpečné místo, minimalizace okolních rušivých vlivů)?
4. Mohu po připojení ověřit klientovu totožnost?
5. Ověřil jsem si po připojení, že na straně klienta je vše v pořádku (především soukromí, bezpečí, vhodné místo, pohodlí, čas pro telefonický kontakt – jak dlouho spolu budeme mluvit, místo kde se nachází, měl s něčím problém, potřebuje poradit, nabitá baterie, síla signálu)?
6. Víím, kde se klient nachází (kolaps klienta – mohu mu přivolat pomoc)?
7. Poučil/a jsem klienta, že náš hovor nebudu bez jeho souhlasu nahrávat a požádal jsem klienta, aby se zachoval stejně (záznam sezení)?
8. Vysvětlil/a jsem klientovi, že pro své potřeby si z každého kontaktu udělám stručný anonymizovaný zápis, který bude sloužit pouze pro to, aby péče o něj byla kvalitní, abych se měl k čemu vrátit a nezapomněl/a na nic podstatného?
9. Ujistil/a jsem klienta, že k těmto zápisům se nemůže dostat třetí strana (únik citlivých údajů)?

16

CHECKLIST 2: Kontraindikace a limity distančních intervencí u pozůstalých

V následujícím textu uvádíme přehled základních otázek, které by si měl intervent položit nejen v průběhu rozvíjející se distanční péče s pozůstalým (cca první 3 setkání), ale také ještě dříve, než se do této formy psychosociální pomoci pustí. Upřímné zhodnocení vlastních kompetencí (možností) a situace klienta, pomůže předcházet komplikacím a dojde tak k získání náhledu, co konkrétně může kontraindikovat distanční péči u pozůstalých a kdy je nutné přesvědčit klienta k péči přímé.

Jak jsme již uvedli na několika místech tohoto textu – distanční péče o pozůstalé formou krizové intervence, poradenství či psychoterapie je možná, nicméně ne vždy ji lze doporučit. Z našeho výzkumu jasně vyplynulo, že za určitých okolností je výhodnější přímý kontakt s klientem, a to pro obě strany. Navíc žádný z našich respondentů jednoznačně nepreferoval distanční kontakt, naopak respondenti poukazovali na skutečnost, že pokud by byli nuceni poskytovat pouze distanční péči, bylo by to pro ně z dlouhodobého hlediska destruktivní (ztráta motivace, vyhoření, únava).

Je samozřejmé, že pokud někdo pracuje s pozůstalými a snaží se intervenovat v jejich prospěch, má k tomu potřebnou kvalifikaci. V našem případě můžeme uvažovat o výcviku v krizové intervenci, poradenství pro pozůstalé a komplexním psychoterapeutickém výcviku. Kombinace těchto forem je

samozřejmě výhodou a rozšiřuje tak portfolio konkrétního odborníka z hlediska nabízených služeb.

Z našeho výzkumu jasně vyplynulo, že distanční forma kontaktu s pozůstalými je pro poskytovatele náročnější ve srovnání s přímým setkáním. Tudíž ve shodě s našimi respondenty doporučujeme, aby interveni začaly distanční kontakt využívat až po určité praxi a získání zkušeností v přímé práci s klienty.

1. Mám odpovídající kvalifikaci (výcviky) k poskytování péče o pozůstalé?
2. Mám dostatečnou kapacitu k poskytování distanční péče (kolik klientů v distanční péči zvládnu)?
3. Mám potřebnou praxi v přímém kontaktu s pozůstalými, kterou jsem schopen převést a využít v distanční formě?
4. Je distanční forma kontaktu s pozůstalými kompatibilní s mou hodnotovou strukturou?
5. Mám odpovídající vybavení, zázemí a technické „know-how“, které mi umožňuje být s pozůstalými v distančním kontaktu (telefon, počítač, kamera, technické dovednosti, připojení k internetu atd.)?
6. Má klient základní technické vybavení a zručnost nutnou k distančnímu kontaktu (telefon, počítač, kamera, technické dovednosti, připojení k internetu atd.)?
7. Má klient k dispozici klidné, bezpečné místo s dostatkem soukromí, které je nutné k distančnímu kontaktu?
8. Dokážu se ve svých intervencích s pozůstalým opřít především o rozhovor, protože distanční péče mě limituje ve využití některých konkrétních terapeutických (poradenských) technik?
9. Je klient motivovaný ke společné práci a je mu alespoň 15 let?
10. Pokud pracuji s adolescentem, který není plnoletý, mám souhlas jeho rodičů?
11. Je klient přiměřeně verbálně obratný?
12. Není klient výrazně odpojený od svých emocí?
13. Dokáže pozůstalý své emoce alespoň částečně regulovat bez mé fyzické blízkosti?

14. Nemá klient smyslové postižení, mentální retardaci, počínající demenci nebo vážnou psychiatrickou diagnózu (např. psychotické potíže, porucha osobnosti, propojení ztráty s traumatem, závislost atd.)?
15. Nerealizuje klient záměrné sebepoškozování?
16. Nemá klient suicidální tendence?
17. Nedochází u klienta k nadužívání léků, alkoholu či jiných návykových látek v důsledku vztahové ztráty?
18. Dokáže se klient vyspat, má alespoň částečně zachovanou chuť k jídlu?
19. Je pozůstalý alespoň částečně schopen převzít odpovědnost nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení, jako jsou silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky?
20. Je klient schopen prožít alespoň trochu radosti navzdory ztrátě či realizovat alespoň některé smysluplné aktivity?
21. Je pozůstalý schopen mluvit o zemřelém nebo a jeho ztrátě (nemoc, doprovázení, pohřeb atd.)?
22. Vysvětlil jsem klientovi, že kromě distančního kontaktu je možné realizovat i přímá setkání?
23. Jsem přesvědčen, že distanční péče, kterou jsem schopen nabídnout, vyhovuje klientovým potřebám a očekáváním?

17

Vstup pozůstalého do péče a první distanční sezení (telefonát, videohovor)

Předpokladem vstupu klienta do pozůstalostní péče (krizová intervence, poradenství, terapie zármutku) je většinou to, že dotyčný kontaktuje pracoviště (profesionála), které takovouto službu nabízí. Již na jiném místě tohoto textu jsme se na základě provedeného výzkumu přimlouvali, aby například zdravotníci, pracovníci v pohřebních službách, záchranné složky (obecně lidé, kteří vzhledem ke své odbornosti přicházejí s pozůstalými do styku) nabízeli ve formě srozumitelného letáku či taktně předané informace na základě ústní domluvy kontakt na pracoviště (profesionála), které takovou službu nabízí. V tomto směru musí začít vyvíjet iniciativu právě ty organizace, které mají pozůstalé jako prioritní klientelu, popřípadě hospice, které návaznou péči pozůstalým nabízejí. Tito lidé totiž představují specifickou klientelu. Úmrtím blízkého bývají často zasaženi natolik, že je pro ně náročné podstupovat aktivní hledání odborné péče. Přičemž klinická zkušenost i výzkum v tomto směru potvrzují, že čím dříve se pozůstalý dostane do odborné péče, tím lepší je jeho prognóza (např. prevence komplikovaného truchlení).

V ČR distanční služby pozůstalým nabízí například Poradna Vigvam Praha, Institut Pallium, Centrum paliativní péče, Strom života, Asociace poradců pro pozůstalé, Terap.IO atd. Tato pracoviště mají vlastní kapacity k přímé i distanční práci s pozůstalými. Rovněž nelze pominout širokou síť

soukromých terapeutů, samostatně pracujících klinických psychologů či psychiatrů. Naše zkušenost je taková, že např. záchranné sbory často pozůstalým předávají kontakt na Poradnu Vigvam Praha, která má s distanční péčí o pozůstalé dlouholeté zkušenosti.

První kontakt s takovýmto pracovištěm či odborníkem bývá nejčastěji telefonický nebo pomocí emailu. Na základě výše uvedeného doporučujeme, aby dříve než započne konkrétní práce s klientem (krizová intervence, poradenství, terapie zármutku), došlo mezi ním a interventem k telefonickému kontaktu. Přesněji řečeno, poté, co klient kontaktuje pracoviště a zanechá na sebe identifikační údaje (nejlépe telefon, email nebo obojí), mu intervent zatelefonuje a domluví se na dalším postupu.

Základní bodové schéma vstupu do péče („nulté setkání“):

1. Intervent telefonuje pozůstalému a v základním obrysu již zjišťuje, co se stalo a co bude s určitou pravděpodobností následovat (krizová intervence, poradenství, terapie zármutku?): „Dobrý den pane Nováku, jmenuji se Martin Kupka, pracuji v organizaci Vigvam Praha, na kterou jste se včera telefonicky obrátil. Měl byste prosím nyní na mě čas cca 10 až 15 minut, abychom si mohli popovídat a domluvit se na dalším postupu?“
2. Pokud je to možné, nabídneme pozůstalému, aby první setkání proběhlo přímo – tohle je nutné zjistit, protože i případná edukace týkající se distančního kontaktu se v takovém formátu bude provádět lépe.
3. Intervent pozůstalému vysvětlí, jaké jsou možnosti společné práce – přímá setkání, distanční setkání nebo kombinace (videohovor, telefonický kontakt).
4. Intervent a pozůstalý se na základě společné domluvy shodnou na dalším postupu (distanční setkávání – videohovor, telefonický kontakt nebo přímá setkání). Společná domluva reflektuje možnosti, potřeby, preference, motivaci pozůstalého (pomocnými vodítky jsou v tomto ohledu CHECKLISTY 1 a 2).
5. Pokud se pozůstalý rozhoduje pro distanční formu, musí intervent v tomto kontextu (nulté setkání) nutně ošetřit tzv. technické, bezpečnostní prvky (např. stabilní připojení k internetu, zda má klient k distančnímu

kontaktu klidné a bezpečné místo, předchozí zkušenosti klienta s distančním kontaktem, technické vybavení klienta a zručnost v užívání telefonu, počítače – CHECKLIST 1). Již na tomto místě profesionál s odpovídající zkušeností provádí intuitivní screening emoční dekompenzace a celkové životní dezorganizace. Díky takto vedenému úvodnímu nultému setkání dochází k prvnímu mapování. Jak jsme již uváděli výše v textu při odpovídání na výzkumné otázky, pokud klient potřebuje krizovou intervenci, zdá se jako vhodnější pro distanční kontakt telefonická intervence v základních parametrech krizové intervence. Naši respondenti uváděli, že pokud je desorganizace a emoční dekompenzace pozůstalého vysoká, lépe ke stabilizaci pomohou přímá setkání nebo telefonické intervence. Zdá se neetické v takovém stavu klienta edukovat ohledně platformy k videohovoru a spíše rovnou začít pracovat na stabilizaci (krizová intervence). Následně lze po krizové intervenci přejít k poradenství či terapii zármutku. Samozřejmě budou existovat výjimky. Máme na mysli pozůstalé, pro které je online svět samozřejmé a bezpečné místo, tudíž tito lidé bez problémů s interventem zrealizují videohovor, který bude mít charakter krizové intervence.

Rámec struktury prvního distančního kontaktu:

1. První sezení je vždy důležité z hlediska získání důvěry a navázání vztahu s klientem.
2. Nutné je mít ošetřené technické a bezpečnostní parametry (CHECKLIST 1, 2).
3. První 3 sezení přesněji určí, zda je tento způsob práce pro konkrétního pozůstalého vhodný (CHECKLIST 1, 2).
4. Pokud vhodný není, je nutné pokusit se pro klienta zprostředkovat adekvátní péči (přímý kontakt, ambulantní psychiatrická péče, hospitalizace).
5. Během prvního až třetího sezení se ozřejmí, zda klient potřebuje krizovou intervenci, poradenství či terapii zármutku.
6. Tematizuje se zakázka – co klient potřebuje? Zakázka se pochopitelně může v průběhu další práce měnit či zpřesňovat.

7. Vzniká dohoda o frekvenci (jak často?) a počtu sezení (jak dlouho?). Součástí zakázky musí být srozumitelná dohoda mezi odborníkem a klientem, která reflektuje nejen společný cíl práce, ale i základní údaje o úhradě, frekvenci, čase atd. Jedná se o samozřejmost, která je součástí běžné praxe v pomáhajících profesích stejně jako výcviků, jež pracovníky k realizaci krizové intervence, poradenství a terapie opravňují.
8. Pozůstalý na základě vysvětlení přijímá, že jedno online sezení trvá 50 až 60 minut (běžný úzus mezi profesionály). Při prvním distančním setkání musíme počítat s tím, že tento časový limit můžeme překročit, neboť bude nutné si s klientem vyjasnit řadu záležitostí (technické a bezpečnostní prvky – CHECKLIST 1, 2). Doporučujeme tedy vyhradit si na první distanční setkání více času.
9. Každé sezení (včetně prvního) je vhodné tematizovat do tří bloků – úvodní fáze, střední fáze a zakončení. Dále nabízíme orientační strukturu vhodnou pro první setkání, jak pozůstalého oslovit.
 - V úvodní fázi se v prvním kontaktu soustředíme na bezpečnostně technické náležitosti (CHECKLIST 1), pohodlí klienta, uvítání a ocenění odvahy ke spolupráci („Dobrý den, vítejte. Jsem rád/a, že se vidíme a slyšíme... Dovedu si představit, že to pro vás nemusí být jednoduché... Chci vás ale ujistit, že tady máte prostor, kde můžete mluvit o čemkoli, co právě potřebujete... Všechno, co tu zazní, zůstává mezi námi... Setkání trvá přibližně 50 (60) minut, ale tempo určujete vy... Není nutné mluvit o všem hned dnes... Je úplně v pořádku, pokud se vám budou těžko hledat slova nebo pokud budete chvíli mlčet“).
 - Střední fáze tematizuje to, co klienta potkalo a co se s ním děje, co potřebuje („Povězte mi o vaší ztrátě... Co vás potkalo a o čem byste se mnou chtěl/a mluvit... Možná byste mohl/a začít tím, co je teď pro vás nejtěžší... Jak vypadají vaše dny... Co vás nejvíce zaměstnává... Kdybyste měl/a říct jednu věc, která vás sem dnes přivedla, co by to bylo... Plakat je naprosto v pořádku... Vezměte si tolik času, kolik potřebujete... Můžeme tu chvíli jen být spolu, není kam spěchat... Jestli chcete, můžete mi říct něco o vaší ztrátě o vašem blízkém, abych ho/ji mohl/a alespoň trochu poznat... Někteří lidé potřebují mluvit o ztrátě,

jiní o tom, jak prožívají běžné dny. Obojí je správně, co je teď pro vás důležitější?“)

- Zakončení by mělo směřovat k ocenění klienta, uklidnění, zhodnocení společné práce a domluvě dalšího setkání („Pomalů se blíží konec našeho setkání, chtěl/a bych se zeptat, jestli je ještě něco, co byste rád/a řekl/a, než se rozloučíme... Chtěl/a bych ocenit, že jste dnes dokázal/a sdílet věci, které nejsou jednoduché... To, že jste přišel/a a mluvil/a o tom, co prožíváte, je důležitý krok... Je přirozené, že některé pocity mohou přetrvávat i po sezení. Pokud by to bylo příliš těžké, můžeme příště společně hledat způsoby, jak si ulevit... Můžeme se domluvit, zda a kdy se znovu potkáme... Je něco, co byste si dnes chtěl/a odnést jako malé připomenutí nebo oporu... Jaké to pro vás dnes se mnou bylo... Děkuji vám, že jste tu dnes byl/a a sdílel/a se mnou svůj příběh... Přeji vám, aby zbytek dne byl pro vás co nejklidnější... Těším se, že se uvidíme příště – pokud budete chtít“).
10. Z našeho výzkumu vyplynulo, že v centru typické zakázky je potřeba pozůstalého mluvit o ztrátě, pozůstalý se cítí zahlcen emocemi a vzpomínkami na zemřelého, naléhavě potřebuje o tom s někým hovořit, a buď nemá s kým, nebo nechce své blízké stále dokola zatěžovat.
 11. Důležitá je časová domluva – mít už na začátku jasno v tom, jaký časový rámec můžeme klientovi nabídnout, resp. jaký časový rámec je pro něj přijatelný (mám k dispozici pro klienta 5, 10 setkání, nebo ho mohu mít v péči celý první rok a doprovodit ho až k prvnímu výročí?).
 12. Důležité je vždy zmapovat kvalitu spánku, schopnost věnovat se životním úkolům, samoléčení prostřednictvím dostupných léků nebo rizikové užívání návykových látek, sebepoškozování, suicidální tendence.
 13. Při krizové intervenci je nutná vyšší míra vedení. Zakázku není nutné přesně definovat, jde o stabilizaci klienta, porozumění klientovi, normalizaci truchlení, vytvoření krizového plánu zhodnocení suicidality. Po této stabilizaci lze uzavřít další kontrakt – zakázky se často tematizují samy s ohledem na specifický životní kontext klienta.
 14. Vše se odvíjí od základních kompetencí, které má konkrétní odborník s ohledem na své zkušenosti a absolvované výcviky k dispozici (krizová

- intervence, poradenství pro pozůstalé, komplexní psychoterapeutický výcvik). Konkrétní kompetence opravňují k určité formě pomoci.
15. Pro praxi jsou při vytváření zakázky zajímavé dva modely truchlení, které popisujeme v šesté kapitole. Jedná se konkrétně o tzv. úkolový model, který vytvořil americký psycholog James William Worden (2018), a duální model procesu truchlení, navržený Margaret Stroebe a Henkem Schutem (1999). Nabízejí totiž nejen prakticky orientovaná východiska pro poradenství a terapii pozůstalých při vytváření zakázky, ale dá se podle nich řídit i při vytváření intervencí a ukončování distančního kontaktu či posouzení úspěšnosti intervence.
16. Důležité doporučení pro distanční péči lze shrnout do věty: Od začátku vytvářet bezpečný prostor (budovat důvěru) pro klienta i pro sebe na všech rovinách. Je nutné počítat s tím, že při distanční péči je hybatelem změny pracovní vztah, který bude ve srovnání s péčí přímou vznikat s největší pravděpodobností pomaleji (postupné budování důvěry).

18

Možnosti pozůstalostních intervencí a posouzení rizika vzniku komplikovaných forem zármutku

Triáž (třídění) pozůstalostní péče probíhá v praxi nejčastěji na základě prvních kontaktů pozůstalého s odborníkem na pozůstalostní intervence. K třídění může rovněž přispět kontakt s jiným odborníkem (psychiatrem, obvodním lékařem), který doporučí konkrétní způsob práce – přichází k nám již poučený klient. V teoretické rovině jednotlivé pozůstalostní intervence podrobně popisujeme v kapitole deváté.

Krizová intervence (KI) je typická v okamžiku, kdy pozůstalému přestávají fungovat dosavadní strategie zvládání zátěže, ve chvílích, kdy má pocit, že situaci už nedokáže zvládat vlastními silami, a potřebuje okamžitou podporu. Z hlediska distančního kontaktu je pro KI vhodná telefonická intervence a následně lze po základní stabilizaci přejít k videohovoru nebo přímému kontaktu.

Poradenství pro pozůstalé a zvyšování dovedností pro psychické zotavení u pozůstalých je nejčastější. Z našeho výzkumu vyplynulo, že v centru typické poradenské zakázky je potřeba pozůstalého mluvit o ztrátě, pozůstalý se cítí zahlcen emocemi a vzpomínkami na zemřelého, naléhavě potřebuje o tom s někým hovořit, a buď nemá s kým, nebo nechce své blízké stále dokola zatěžovat. Z hlediska distančního kontaktu se jeví jako vhodná telefonická intervence či videohovor.

Pokud pracujeme s komplikovaným zármutkem, je nutné, aby tuto péči poskytoval kvalifikovaný odborník – klinický psycholog, psychoterapeut s odpovídající praxí v oboru, který již absolvoval i další doplňující vzdělání v oblasti psychosociální pozůstalostní péče a krizové intervence. S pozůstalým, který bude potřebovat terapii zármutku (komplikované – protrahované truchlení), se může setkat také odborník, který disponuje pouze omezenými kapacitami. Bude se jednat například o poradce pro pozůstalé nebo krizového intervenanta. První pomoc (ať už distančně nebo přímo) může být v takovém kontextu zrealizována, nicméně na základě kvalitativní diagnostiky rozhovorem (kapitola 8, rizikové faktory a projevy) nebo kvantitativní diagnostiky (Screening kritérií PPT MKN-11, příloha 1) bude zřejmé, že další práce s pozůstalým vyžaduje jinou intenzitu, kompetenci, zkušenost a časovost (práce s klientem v horizontu minimálně 3–6 měsíců až 1 roku). Integrita pracovníka v pozůstalostní péči bude zachována jenom tehdy, pokud bude znát hranice svých kompetencí.

V teoretické části metodiky v kapitole osmé se podrobně věnujeme problematice komplikovaných forem zármutku. Vzhledem k pozůstalostním intervencím je potřeba vědět, jaké formy na sebe komplikované truchlení může brát, za jakých okolností vzniká, jak s ním máme pracovat a kde jsou hranice našich kompetencí. Základem pro orientaci je vždy posouzení konkrétního příběhu u konkrétního pozůstalého. Důležité je vždy brát v potaz časový horizont. Vymezení „normálního“ truchlení se různí v závislosti na kulturním kontextu. Ve srovnání s diagnostickými kritérii DSM-5-TR vyžaduje MKN-11, aby reakce na zármutek byla u dospělých delší než 6 měsíců, v DSM-5-TR je to 1 rok.

Základní symptomy komplikovaného zármutku:

1. Výrazná touha po zemřelém člověku, která je provázena intenzivními myšlenkami nebo vzpomínkami. U dětí a dospívajících se může zaujetí týkat také okolností úmrtí.
2. Narušení identity pozůstalého.
3. Odmítání uvěřit v úmrtí blízkého člověka a vyhýbání se připomínkám, že někdo důležitý zemřel.

4. Výrazná emocionální bolest, kterou postižený komunikuje například jako úzkost, hněv, vinu, smutek, bezmoc atd.
5. Stesk a přetrvávající zaujetí zesnulou osobou.
6. Může se objevit přání umřít, aby mohl pozůstalý být zemřelému nablízku.
7. Obtíže ve vybavování si příjemných vzpomínek spojených se zesnulým.
8. Je narušena socializace. Pozůstalý se obtížně začleňuje do vztahů i aktivit, které dříve měl či vykonával.
9. Je narušeno plánování budoucnosti, která najednou nemá motivační rozměr.
10. Dostavuje se emocionální otupělost, osamělost a pocit, že další život v důsledku úmrtí nemá smysl.
11. Člověk vnímá funkční narušení svého života v důležitých oblastech (rodinné, pracovní, studijní, zájmové, sociální, intimní atd.).
12. Délka trvání a závažnost průběhu přesahují očekávané společenské, kulturní nebo náboženské zvyklosti v kontextu kultury a prostředí daného jedince. Navíc zmíněné symptomy nelze vysvětlit v jiném psychopatologickém kontextu.

Krátkým vstupním screeningem pro odhad rizika komplikovaného zármutku je metoda Screening kritérií PPT MKN-11, kterou uvádíme v příloze 1. Tento dotazník lze individuálně s pozůstalým vyplnit nejlépe během druhého a třetího sezení. Metoda je užitečná zejména v klinické praxi pro individuální práci s pozůstalým. V krátkém čase (individuální položková administrace zabere i s vyhodnocením cca 12 minut) a poměrně jednoduše můžeme zjistit, zda je riziko komplikovaného zármutku markantní.

Pokud pracujeme s komplikovaným zármutkem, je dle našeho názoru nutné, aby tuto péči poskytoval kvalifikovaný odborník – klinický psycholog, psychoterapeut s odpovídající praxí v oboru, který již absolvoval i další doplňující vzdělání v oblasti psychosociální pozůstalostní péče a krizové intervence. Rovněž na tomto místě připomínáme CHECKLIST 2, který slouží k posouzení vhodnosti distanční péče obecně. Vždy je nutné zhodnotit, zda s konkrétním klientem můžeme pracovat distančně. Právě problematika komplikovaného zármutku musí být posouzena s ohledem na prospěch pozůstalého. Z našeho výzkumu vyplynulo, že u komplikovaného zármutku

je distanční péče diskutabilní. Naši respondenti se často přimlouvali minimálně za kombinovanou formu – distanční a přímá péče.

Závěry našeho výzkumu přesto poukazují na to, že distanční terapeutická péče o pozůstalého s komplikovaným zármutkem formou videohovoru je možná za následujících okolností:

1. Lze garantovat technický (bezpečnostní rámec) a vyloučení relevantních kontraindikací (CHECKLIST 1; 2).
2. Pozůstalý nemá aktuálně možnost získat přímou psychoterapeutickou péči nebo toho není schopen.
3. Pozůstalý dokáže mluvit o zemřelém a ztrátě (nemoc, doprovázení, pohřeb atd.).
4. Klient je motivovaný ke společné práci a je mu alespoň 15 let (práce s adolescentem je možná teprve po souhlasu jeho rodičů).
5. Klient je přiměřeně verbálně obratný.
6. Klient není výrazně odpojený od svých emocí a dokáže je alespoň částečně regulovat bez fyzické blízkosti terapeuta.
7. Klient nemá smyslové postižení, mentální retardaci, počínající demenci nebo vážnou komorbidní psychiatrickou diagnózu (např. psychotické potíže, porucha osobnosti, propojení ztráty s traumatem, závislost atd.).
8. Klient nerealizuje záměrné sebepoškozování a nemá výrazné suicidální tendence.
9. Pozůstalý se dokáže vyspat, má alespoň částečně zachovanou chuť k jídlu a je schopen sebeobsluhy.
10. Pozůstalý je alespoň částečně schopen převzít odpovědnost nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení, jako jsou silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky.
11. Klient je schopen prožít alespoň trochu radosti navzdory ztrátě či realizovat alespoň některé smysluplné aktivity.

Pokud se rozhodneme pracovat s komplikovaným zármutkem distančně pomocí videohovoru (dlouhodobé telefonické intervence v tomto případě nejsou vhodné) nebo přímo tváří v tvář, je vždy nutné také zvážit

psychiatrickou intervenci. Pokud ji doporučíme, musíme truchlícímu člověku pomoci s její realizací.

Základní vodítka pro doporučení psychiatrické intervence:

1. Klient realizuje záměrné sebepoškozování nebo má suicidální tendence (možná kombinace).
2. Objevuje se zneužívání léků, nadužívání návykových látek.
3. Pozůstalý se nedokáže vyspat, odpočinout si, ztrácí chuť k jídlu, hubne (celkově chřadne).
4. Klient zřetelně neprofituje z poskytované psychoterapie – nedochází ke zlepšení, úlevě v horizontu cca 4 sezení.
5. V popředí je výrazná dezorganizace denních aktivit.
6. Pozůstalý není schopen převzít odpovědnost nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení, jako jsou silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky (dané prožitkové fenomény doslova „rvou pozůstalého uvnitř na kusy“).
7. Klient není schopen prožít alespoň trochu radosti navzdory ztrátě či realizovat alespoň některé smysluplné aktivity.
8. Kombinace komplikovaného zármutku s posttraumatickou stresovou poruchou či jinou komorbiditou (porucha osobnosti, deprese, generalizovaná úzkostná porucha atd.).

Základní vodítka pro distanční krizovou intervenci (KI):

1. Časové hledisko – čím dříve po ztrátě blízkého se pozůstalý dostane do péče tím lépe.
2. Telefonická KI se jeví jako optimálnější způsob distančního kontaktu. Následně lze navázat poradenstvím či psychoterapií zármutku (distančně nebo přímo).
3. Časovým rámcem KI je max. 10 setkání. Poté spolupráci buď ukončíme, nebo navazujeme poradenstvím, psychoterapií zármutku (lze podle potřeby kombinovat s péčí psychiatrickou).

4. Zásady KI: navázání kontaktu, zhodnocení suicidality, práce s pocity a podpora, identifikace centrálního problému, vytváření alternativ, vytvoření plánu pro krátkou budoucnost, plán a zprostředkování kontinuity – návazné péče.
5. Při realizaci KI je zásadní vnitřní postoj odborníka, podle kterého se orientuje i ve svém osobním životě – „vždy, i když ne třeba hned, lze najít v každé životní situaci řešení, cestu k životu“. To je důležitým léčebným faktorem, který působí změnu.
6. Typickým znakem krize je selhání adaptačních mechanismů: dosud užívané způsoby přestaly být funkční a člověk musí hledat jiné – potřebuje v tomto pomoci.
7. KI má stabilizační charakter (uklidnění, obnovení kompetence) a také charakter preventivní (zvyšujeme pravděpodobnost, že nedojde k prohloubení obtíží).
8. Pro účinnou pomoc je zásadní, aby se jedinec otevřel druhému člověku a důvěřoval mu.
9. Hledáme konkrétní řešení pro konkrétního člověka.
10. Povzbuzujeme k vyjadřování emocí, zážitků, bolesti. Pro emoce nabízíme bezpečný rámec a potvrzujeme právo člověka cítit se tak, jak se cítí. Přijetí klienta a jeho bolesti je zásadní. Pomoc s vyjádřením emocí a jejich propojení s aktuální situací přináší úlevu. V KI je důležité klientovi předat poselství „zajímáš mě jako člověk“.
11. Pokud se KI nejeví dostatečně účinná, je potřeba klienta přesvědčit k hospitalizaci.

Důležité je, aby se v průběhu KI u pozůstalých objevily následující momenty:

- Normalizace prožitku ztráty: Pozůstalý by měl být seznámen s tím, že to, co prožívá, je normální, přirozené, nutné a individuální (každý truchlí vlastním způsobem).
- Podpořit pozůstalé ve vyjadřování emocí: Dávat najevo pocity, které souvisí se ztrátou milovaného člověka, je nutné a zdravé.
- Identifikovat přirozené zdroje sociální opory: Především rodina, příbuzní a přátelé by měli být přirozeným zdrojem pomoci a opory v truchlení.

- Hovořit s pozůstalými o jejich vztahu k zemřelému: Aby truchlení mohlo skončit, je důležité ohodnotit ztracený vztah. Pozůstalí potřebují dostatek prostoru k vyprávění o zemřelém, o tom, jaký byl.

Základní vodítka distančního poradenství pro pozůstalé a zvyšování dovedností pro psychické zotavení (cca max. 13 měsíců; frekvence 1 × 14 dní, případně ze začátku 1 × týdně, následné rozvolnění dle potřeby s nabídkou jednorázových konzultací – např. bilančních, výročních atd.):

1. Aktualizace ztráty: Prvním úkolem truchlení je uvědomit si, že k úmrtí milovaného člověka skutečně došlo.
2. Normalizovat truchlení a zármutek: Řada pozůstalých si klade otázku, zda to, co prožívají, není patologické. Úkolem poradce pro pozůstalé je projevy zármutku normalizovat – ujistit truchlícího, že to co se děje, je přirozené, adekvátní situaci. Poradce pro pozůstalé by měl znát normální projevy truchlení a umět identifikovat komplikované formy zármutku (viz výše a kapitola 8).
3. Pomoc identifikovat a vyjádřit pocity a potřeby: Pomáháme pozůstalým identifikovat, pojmenovat pocity, které prožívají a následně je propojit s tím, co potřebují.
4. Ohodnotit ztracený vztah a pátrat po smyslu: Cenné je, pokud v průběhu poradenského procesu vzniká prostor k ohodnocení společného života. Pomáháme truchlícímu nalézt odpověď na základní otázky: „Co pro mě zesnulý znamenal? Jaký byl náš společný život? Co jsme spolu sdíleli? Co si mohu vzít na další cestou sebou? Jaké byly silné, ale i slabé stránky společného života?“ Zesnulý může být i nadále přítomen jako ten, kdo vytyčuje základní životní hodnoty (kdo je vzorem), které nám pomáhají v postojové realizaci smyslu – jak žít správně, čemu věnovat pozornost, co je důležité, jak se rozhodovat? Obnovení prožitku životního smyslu je centrální kategorií úspěšné práce s truchlením (krizová intervence, poradenství, terapie).
5. Podpořit život bez zesnulého: Podporujeme a usnadňujeme schopnost pozůstalého žít bez zesnulého a činit vlastní rozhodnutí. Existují tři základní oblasti přízpůsobení se ztrátě: vnější, vnitřní a spirituální. Vnější

přizpůsobení se týká sociálních rolí a úkolů. Vnitřní zahrnuje změnu sebepojetí. Spirituální se týká změněného obrazu světa a jeho smyslu. Vždy je nutné poskytnout pozůstalému podporu. V popředí stojí otázka: Jak zvládnou sám to, na co jsme byli dva?

6. Podpora emocionálního odpoutání od zesnulého: Je důležité, aby pozůstalý ve svém životě našel pro zemřelého takové místo, které mu umožní nejen žít dál smysluplně, ale především vytvářet nové vztahy – investovat své city. Jinými slovy dovolit sám sobě žít dál radostně (smysluplně) a těšit se ze vztahů s ostatními (dávat i přijímat). Poradenství pro pozůstalé by mělo klienty podporovat v návratu do běžného života.
7. Dostatek času a prostoru k truchlení: Zármutek chce svůj čas, jedná se o postupné přizpůsobování se světu bez zesnulého. Pozůstalý by měl dostat prostor k tomu, aby svůj žal mohl volně projevit. Člověk by vlastně měl mít možnost nefungovat standardně. Tři měsíce od úmrtí jsou pro pozůstalého kritické. Další kritické období přichází s prvním výročí smrti. Kritické bývá rovněž období vánočních svátků. V poradenství je důležité tyto okolnosti ozřejmit a pomoci pozůstalým se na ně dopředu připravit. Poradce pro pozůstalé by měl být truchlícímu k dispozici v nejkritičtějším období 13 měsíců po ztrátě. Tato podpora nemusí být kontinuální.
8. Prozkoumat obranné mechanismy a strategie zvládání: Poradce pro pozůstalé u svých klientů podporuje adaptivní strategie zvládání zátěže. Důležitá je důvěra a bezpečí, protože jen v takové atmosféře nám klient řekne více o svém prožívání a chování. Neadekvátní reagování je často spojeno se sebepoškozováním, suicidalitou, abúzem návykových látek či zneužíváním léků, popřípadě nadměrným trávením času online. Problematické je rovněž nekritické tíhnutí k okultismu či ezoterice. Nutné je zvýšení pozornosti, pokud je naším klientem člověk, který se dříve léčil se závislostí. Poradce pro pozůstalé by měl být dobře obeznámen se základními dovednostmi v oblasti duševní hygieny a sám by měl mít dovednosti v jejich praktikování.
9. Identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc: Vždy je nutné respektovat hranice vlastních kompetencí a být schopen poznat, kdy zprostředkovat péči jiného odborníka: psychiatra, lékaře, klinického psychologa (psychoterapeuta).

Základní vodítka distanční terapie zármutku pomocí videohovoru (cca 13 měsíců; frekvence 1×14 dní, případně ze začátku 1×týdně, následné další rozvolnění dle potřeby s nabídkou jednorázových konzultací – např. bilančních, výročních atd.):

1. Vyloučit tělesné onemocnění: Pokud klient popisuje zdravotní problémy, je vždy důležité vyloučit chorobu – podpořit pozůstalého, aby vyhledal lékaře!
2. Uzavřít kontrakt (zakázku) a budovat terapeutický vztah: Klient musí souhlasit se zkoumáním vztahové ztráty (prozkoumat vztah se zemřelým) a musí pochopit, že vzhledem k jeho současnému stavu je to užitečné – žádoucí.
3. Vyvolat vzpomínky na zemřelého: Nutné je znovuoživit vzpomínky na zemřelého, na společně prožité chvíle. Kdo to byl, jaký byl, jaké byly společné zážitky, společný příběh?
4. Zjistit, který úkol truchlení nebyl dokončen (viz kapitola 6 a 9).
5. Zaměřit se na emoce či nedostatek emocí: Vzpomínky na zesnulého by měly vyvolávat emoce. Zkoumáme jejich kvalitu, intenzitu a vztah k potřebám.
6. Prozkoumat asociační předměty a zmírnit jejich význam pro zemřelého: Při terapii zármutku se můžeme setkat s případy, ve kterých hrají důležitou roli předměty se specifickou symbolikou. Pozůstalý je uchovává, protože mu pomáhají v udržování vztahu se zesnulým, mají pro něj velký význam a jsou s nimi spojeny silné emoce. Terapeut by měl zjistit, jaké předměty si pozůstalý po smrti blízkého člověka ponechá.
7. Pomoc s uznáním definitivnosti ztráty: Někteří pozůstalí nejsou schopni uznat konečnost ztráty a udržují naživu myšlenku, že úmrtí jejich blízkého není definitivní – drží se nerealistické naděje na shledání. Terapeut by jim měl pomoci zjistit, proč tomu tak je. Takovému jevu zavdává příčinu především neočekávané úmrtí, kde pozůstalí neviděli tělo.
8. Zaměřit se na nový život bez zesnulého: Užitečné je nechat klienty zkoumat fantazie o tom, jaké by to bylo, kdyby ukončili truchlení, a co by to pro ně znamenalo? O co by přišli, kdyby se vzdali zármutku? Řada z pozůstalých odpoví, že se obávají zapomenutí. Tito lidé potřebují najít způsob, jak vytvořit trvalé spojení se zesnulým a vhodně uctít jeho

památku. Jiní lidé se obávají, že když se vzdají zármutku, okolí si bude myslet, že jim na zesnulém nezáleželo. Tento postoj je potřeba podrobit testování reality.

9. Prozkoumat a zlepšit sociální vztahy: Nutné je zkoumat zklamání ve vztahu k přátelům, k němuž pozůstalí došli v důsledku truchlení. Je důležité klienta povzbudit k tomu, aby znovu začal přátele kontaktovat a také aby ve svém životě vytvořil prostor pro vztahy nové.
10. Přivést pozůstalého ke konečnému rozloučení: Na konci terapie by měl klient dospět k bodu, kdy se může rozloučit definitivně. Důležité je nechat rozhodnutí zcela na klientovi, je pouze vhodné se dotázat, zda je na podobný krok připraven a v případě potřeby pomoci s vytvořením rituálu.

19

Hlavní zásady frekvence a ukončování distanční pozůstalostní péče

Na základě výzkumných zjištění lze konstatovat, že pokud pracujeme v distančním kontaktu s pozůstalým, zásady ukončování takové práce se v podstatných aspektech neliší od kontaktu přímého. Níže uvedená doporučení je nutné brát s rezervou. Záleží totiž na tom, kolik péče může intervent nabídnout, a také je nutné vzít v úvahu, jaké jsou možnosti pozůstalého (čím je limitován?).

1. Důležité je se dopředu domluvit na klientových možnostech a představách (s ohledem na fakt, že pro některé pozůstalé je bezprostředně po ztrátě obtížné nahlédnout své možnosti, potřeby, představy...).
2. V některých institucích je péče o pozůstalého jasně ohraničena počtem setkání, což je nutné s klientem dopředu probrat a pojmenovat – již samotné formulování zakázky musí zahrnovat, kolik distančních sezení může intervent s pozůstalým absolvovat (je zde nějaký limit?). Tento rámec je motivační pro obě strany – intervena i pozůstalého.
3. Velmi důležité je průběžně reflektovat, co se daří, co nikoli, co je důležité, co si klient odnáší. Průběžná práce se zpětnou vazbou se v distančním kontaktu ukazuje jako zásadní! Toto postupné zastřešování vede ke snazšímu rozpoznání bodu, kdy může spolupráce skončit.

4. Ukončování pozůstalostní péče (krizová intervence, poradenství, terapie) může vycházet z klientovi reflexe (pro klienta žádoucí stav a akceptování představy konce setkávání).
5. Můžeme také posuzovat některá objektivní kritéria (např. nový způsob života, radost ze života, nezraňující vzpomínky na zemřelého, pokračující vazba – uvádíme níže v seznamu). Především povědomí o nich reflektuje potenciální ukončení spolupráce. To je důležité jednak s ohledem na omezenou kapacitu služeb a také s ohledem na snižování „závislosti“ klienta na poskytovaných službách.

Ukončování distančního kontaktu lze v bodech shrnout následovně:

1. U pozůstalého se začíná vynořovat nový způsob života, nová identita, nová vize budoucnosti, nové hodnoty, nové vztahy.
2. Důležité je dostat se do bodu, který lze označit jako pro „klienta dostačující“ – dosažení shody na tom, že takto to stačí a další podpora již není nutná.
3. Klient dokáže fungovat v běžném životě, sám spolupráci ukončuje, vnímá zlepšení.
4. Pozůstalý se dokáže znovu radovat ze života, objevuje nové zdroje smyslu (vrací se k těm starým), vynořují se nové životní úkoly (pozůstalý se jimi cítí osobně osloven).
5. Vzpomínky na zesnulého již nejsou zraňující a nevyvolávají dezintegrující emocionální stavy.
6. Pozůstalý je schopen o své ztrátě mluvit s ostatními lidmi.
7. Objevuje se schopnost emoční regulace, pocit kompetentnosti, kontroly nad vlastním životem.
8. Vrací se vitalita, chuť do života.
9. Pro klienta je akceptovatelná představa, že se už s interventem neuvidí a neuslyší (ne cítí se tím ohrožen).
10. Pozůstalý se dokáže rozloučit, dokáže zesnulého nechat jít a dovolí sám sobě, že už truchlit nemusí.

11. Pozůstalý nalezne pro zesnulého ve svém životě nové místo, a to takové, aby mu tato forma vnitřního vztahu nebránila v dalším životě a nových vztazích.

Celková spolupráce s intervencí má svou počáteční, střední a závěrečnou fázi. V obecné perspektivě lze doporučit, aby distanční setkávání probíhalo jednou za týden, ve střední fázi, charakterizované zvýšením stability pozůstalého, lze kontakt zredukovat na 14denní interval a na úplný závěr je možné zařadit bilanční distanční setkání s odstupem jednoho měsíce. Níže v textu uvádíme doporučení tzv. „ideálního stavu“.

Frekvence a ukončování distanční krizové intervence (KI):

1. Distanční setkání s klientem na začátku minimálně 1 × týdně (je nutné zvážit, zda mohu nabídnout více, zda klient s ohledem na svůj stav více potřebuje). Pro krizovou distanční intervenci je vhodnějším formátem telefonický kontakt.
2. Obecný úzus mezi odborníky definuje maximální časový horizont KI 10 kontakty s klientem, což bylo v našem výzkumu rovněž reflektováno.
3. Následné ukončení KI a péče celkově nebo přechod k poradenství či terapii zármutku a posouzení nutnosti psychiatrické intervence.
4. Nabídnout bilanční distanční setkání s odstupem jednoho měsíce.

Frekvence a ukončování distančního poradenství pro pozůstalé:

1. První 2 až 5 distančních sezení 1 × týdně.
2. Následný přechod do módu 2 × za měsíc.
3. Vždy zvážit, zda je možná alespoň kombinovaná péče – distanční setkávání kombinovat s přímým kontaktem.
4. Celková délka intervence max. 12–13 měsíců (s největší pravděpodobností se bude jednat o 3 až 6 měsíců).
5. Bilanční setkání navrhnout s odstupem 1 měsíce od posledního sezení.

Frekvence a ukončování distanční terapie zármutku (péče o klienta s komplikovaným zármutkem):

1. Můžeme navazovat na krizovou intervenci.
2. Začínáme formátem jedno sezení týdně.
3. Pokud reflektujeme zlepšení (posouzení klientem, objektivní kritéria, viz výše), můžeme navrhnout rozvolnění – dvě sezení za měsíc.
4. Vždy zvážit, zda je možná alespoň kombinovaná péče – distanční setkávání proložit přímým kontaktem.
5. Celkový časový horizont 12 až 13 měsíců práce s klientem (minimum 3 až 6 měsíců).
6. Bilanční setkání navrhnout s odstupem 1 měsíce od posledního sezení s interventem.

20 Nutné kompetence k realizaci pozůstalostních intervencí

Pokud chceme pracovat s pozůstalými s ohledem na jejich profit – zlepšení stavu, vždy je nutné respektovat hranice kompetencí, které máme k dispozici na základě absolvovaných výcviků, supervizí a konkrétních klinických zkušeností (tzv. „práce v terénu“). Níže v textu uvádíme základní minimum, které opravňuje poskytovatele pozůstalostní péče k jednotlivým intervencím. Na tomto místě znovu připomínáme jedno z podstatných výzkumných zjištění – distanční péče je pro poskytovatele náročnější ve srovnání s přímým kontaktem. Tudíž je důležité, aby konkrétní profesionál (psychoterapeut pro pozůstalé, průvodce umírajících, poradce pro pozůstalé, sociální pracovník pracující s pozůstalými) získal nejprve zkušenosti v přímé péči a ty posléze využil v péči distanční!

- **Průvodce umírajících a pozůstalých** (stabilizační specialista pro pozůstalé): Cílem jeho činnosti je stabilizace klienta v běžném životě. S pozůstalou osobou sdílí její situaci, podporuje uvolňování emočního napětí, podporuje ji v situacích, které musí řešit. Specialista má minimálně vyšší odborné vzdělání humanitního nebo zdravotního směru, výcvik v krizové intervenci a akreditované vzdělání se zaměřením na práci s truchlením.

- **Poradce pro pozůstalé** nebo **sociální pracovník pracující s pozůstalými:** Cílem jeho činnosti je poskytovat sociální poradenství, zprostředkovávat návazné sociální služby, provádět sociálně poradenské činnosti, pomáhat při uplatňování práv, oprávněných zájmů, obstarávat osobní záležitosti, vyřizovat běžné záležitosti, pomáhat při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Poradcem pro pozůstalé je pracovník, který absolvoval zkoušku pro poradce pro pozůstalé. Sociální pracovník může pracovat s pozůstalými, pokud absolvuje základní kurz krizové intervence a kurzy (akreditované) se zaměřením na práci s truchlením. Jednou z možných metod podpory pozůstalých v tomto rámci je aplikace tzv. dovedností pro psychické zotavení.
 - **Psychoterapeut pro pozůstalé:** Cílem jeho činnosti je především práce s komplikovanými formami truchlení. Psychoterapeut má ukončený akreditovaný psychoterapeutický výcvik, výcvik v krizové intervenci, vysokoškolské vzdělání (nejčastěji humanitního nebo zdravotního směru) a dále se vzdělává s ohledem na specifickou klientelu (poradenství pro pozůstalé, akreditovaný výcvik v pozůstalostní péči atd.).
1. Distanční krizovou intervenci (KI) realizujeme v okamžiku, kdy pozůstalému přestávají fungovat dosavadní strategie zvládání zátěže, ve chvílích, kdy má pocit, že situaci už nedokáže zvládat vlastními silami, a potřebuje okamžitou podporu. V nejlepším případě s ní začínáme bezprostředně po ztrátě blízkého člověka, který zemřel neočekávaně a často za tragických okolností. Z hlediska distančních možností je pro KI vhodný telefonický kontakt a následně lze po základní stabilizaci přejít k videohovoru (poradenství, terapie zármutku) nebo přímému kontaktu.
 2. Poradenství pro pozůstalé a zvyšování dovedností pro psychické zotavení u pozůstalých je v praxi nejčastější. Z našeho výzkumu vyplynulo, že v centru typické poradenské zakázky je potřeba pozůstalého mluvit o ztrátě, pozůstalý se cítí zahlcen emocemi a vzpomínkami na zemřelého, naléhavě potřebuje o tom s někým hovořit, a buď nemá s kým, nebo nechce své blízké stále dokola zatěžovat. Z hlediska distančního kontaktu je vhodná telefonická intervence či videohovor. Pro tuto službu se jeví distanční kontakt jako optimální.

3. Pokud pracujeme s komplikovaným zármutkem, je nutné, aby tuto péči poskytoval kvalifikovaný odborník – klinický psycholog, psychoterapeut s odpovídající praxí v oboru, který již absolvoval i další doplňující vzdělání v oblasti psychosociální pozůstalostní péče a krizové intervence. S pozůstalým, který bude potřebovat terapii zármutku (komplikované – protrahované truchlení), se může setkat také odborník, který disponuje pouze omezenými kapacitami. Bude se jednat například o poradce pro pozůstalé nebo krizového intervenanta. První pomoc (ať už distančně nebo přímo) může být v takovém kontextu zrealizována, nicméně na základě kvalitativní diagnostiky rozhovorem (kapitola 8, rizikové faktory a projevy) nebo kvantitativní diagnostiky (Screening kritérií PPT MKN-11, příloha 1) bude zřejmé, že další práce s pozůstalým vyžaduje jinou intenzitu, kompetenci, zkušenost a časovost (práce s klientem v horizontu minimálně 6 měsíců až 1 roku). Integrita pracovníka v pozůstalostní péči bude zachována jenom tehdy, pokud bude znát hranice svých kompetencí.

Závěry našeho výzkumu poukazují na to, že distanční terapeutická péče o pozůstalého s komplikovaným zármutkem formou videohovoru je možná za níže uvedených okolností. Pokud je nejsme schopni garantovat, je nutné klienta navést na péči přímou.

1. Lze zajistit technický (bezpečnostní) rámec a vyloučit relevantní kontraindikaci (CHECKLIST 1; 2).
2. Pozůstalý nemá aktuálně možnost získat přímou psychoterapeutickou péči nebo toho není schopen, není ochoten.
3. Pozůstalý dokáže mluvit o zemřelém a ztrátě (nemoc, doprovázení, pohřeb atd.).
4. Klient je motivovaný ke společné práci a je mu alespoň 15 let (práce s adolescentem je možná teprve po souhlasu jeho rodičů).
5. Klient je přiměřeně verbálně obratný.
6. Klient není výrazně odpojený od svých emocí a dokáže je alespoň částečně regulovat bez fyzické blízkosti terapeuta.

7. Klient nemá smyslové postižení, mentální retardaci, počínající demenci nebo vážnou komorbidní psychiatrickou diagnózu (např. psychotické potíže, porucha osobnosti, propojení ztráty s traumatem, závislost atd.).
8. Klient nerealizuje záměrné sebepoškozování a nemá výrazné suicidální tendence.
9. Pozůstalý se dokáže vyspat, má alespoň částečně zachovanou chuť k jídlu a je schopen sebeobsluhy.
10. Pozůstalý je alespoň částečně schopen převzít odpovědnost nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení, jako jsou silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky.
11. Klient je schopen prožít alespoň trochu radosti navzdory ztrátě či realizovat alespoň některé smysluplné aktivity.

Pokud se rozhodneme pracovat s komplikovaným zármutkem distančně pomocí videohovoru (dlouhodobé telefonické intervence v tomto případě nejsou vhodné) nebo přímo tváří v tvář, je vždy nutné také zvážit psychiatrickou intervenci. Pokud ji doporučíme, musíme truchlícímu člověku pomoci s její realizací.

Základní vodítka pro doporučení psychiatrické intervence:

1. Klient realizuje záměrné sebepoškozování nebo má suicidální tendence (možná kombinace).
2. Objevuje se zneužívání léků, nadužívání návykových látek.
3. Pozůstalý se nedokáže vyspat, odpočinout si, ztrácí chuť k jídlu, hubne (celkově chřadne).
4. Klient zřetelně neprofituje z poskytované psychoterapie – nedochází ke zlepšení, úlevě v horizontu cca 4 sezení.
5. V popředí je výrazná dezorganizace denních aktivit.
6. Pozůstalý není schopen převzít odpovědnost nad vlastním životem a prožívanými projevy truchlení, jako jsou silné emoce, intruzivní myšlenky, ruminační myšlenky (dané prožitkové fenomény doslova „rvou pozůstalého uvnitř na kusy“).

7. Klient není schopen prožít alespoň trochu radosti navzdory ztrátě či realizovat alespoň některé smysluplné aktivity.
8. Kombinace komplikovaného zármutku s posttraumatickou stresovou poruchou či jinou komorbiditou (porucha osobnosti, deprese, generalizovaná úzkostná porucha atd.).

Z hlediska změny modalit (distanční péče – přímá péče), lze v závěru konstatovat, že je vždy nutné postupovat s ohledem na klienta. Žádný náš respondent nepreferoval distanční formu péče. Přímý kontakt s klientem je vždy výhodnější a jednodušší na realizaci. Výjimku tvoří telefonická krizová intervence, která má v ČR dlouholetou tradici. Modalita distanční péče o pozůstalé formou videohovoru je výhodná zejména při poskytování poradenství a obecně při stabilizaci pozůstalého.

Pokud poskytovatelé pozůstalostní péče mají možnost přímých kontaktů, je vždy nutné tuto variantu nabídnout a vést tak s klientem kombinovanou formu spolupráce. Nicméně s ohledem na závěry našeho výzkumu a s respektem k respondentům si dovolíme tvrdit, že právě u pozůstalých bude distanční kontakt v řadě případů nutný z hlediska navýšení dostupnosti pomoci (prakticky každý člověk se v průběhu života stane truchlícím), ale i s přihlédnutím ke specifčnosti reakcí na vztahovou ztrátu – dezorganizace denních aktivit, omezená pohyblivost seniorů, nutnost přebrání životních rolí po zesnulém atd.

Použitá literatura

1. Abu-Raiva, H., Pargament, K. I., Exline, J. J. (2015). Understanding and Addressing Religious and Spiritual Struggles in Helath Care. *Health and Social Work*, 40, 4, 126–134.
2. Arizmendi, B. J., & O'Connor, M. F. (2015). What is "normal" in grief?. *Australian Critical Care*, 28, 2, 58–62.
3. Balk, D. E. (1999). Bereavement and Spiritual Change. *Death Studies*, 23, 6, 485–493.
4. Baethge, C. (2002). Grief Hallucinations: True or Pseudo? Serious or Not? *Psychopathology*, 35, 5, 296–302.
5. Barak, A., Boniel-Nissim, M., & Suler, J. (2008). Fostering empowerment in online support groups. *Computers in Human Behavior*, 24, 5, 1867–1883.
6. Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. (2009). Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 1, 4–17.
7. Baštecká, B., Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
8. Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.
9. Bennett-Levy, J., & Haarhoff, B. (2019). Why therapists need to take a good look at themselves: Self-practice/self-reflection as an integrative training strategy for evidence-based practices. In S. Dimidjian (Ed.), *Evidence-based practice in action: Bridging clinical science and intervention* (pp. 380–394). The Guilford Press.
10. Benore, E. R., Park, C. L. (2004). Death-Specific Religious Belifs and Bereavement: Belief in and Afterlife and Continued Attachment. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 14, 1, 1–22.
11. Boelen, P. A., van den Hout, M., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conpctualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 2, 109–128.
12. Boelen, P. A., Spuij, M., & Lenferink, L. I. M. (2019). Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal of Affective Disorders*, 250, 71–78.
13. Bok, T. (2020). *Výskyt komplikovaného a protrahovaného truchlení a s ním související rizikové skupiny pozůstalých v české populaci* [Magisterská diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Dostupné z <https://theses.cz/id/zdvpfi/magisterska-pracefinalni.pdf>
14. Bolton, C., Thompson, H., Spring, J., Frick, M., (2023). Innovative play-based strategies for teletherapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 18, 4, 554–565.
15. Bowlby, J. (2013). *Ztráta: Smutek a deprese*. Praha: Portál.
16. Bowlby, J. (2023). *Vazba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

17. British Association for Counselling and Psychotherapy. (2021). *On-line and phone therapy (OPT) competence framework. User guide*. BACP House.
18. Buckman, R. (1992). *How to break bad news: Guide for healthcare professionals*. London: Papermac.
19. Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2, 2, 138-142.
20. Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In Stroebe, M., Schut, H., & van den Bout, J. (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (145–161).
21. Burke, L. A., Crunk, A. E., Neimeyer, R. A., & Bai, H. (2019). Inventory of Complicated Spiritual Grief 2.0 (ICSG 2.0): Validation of a revised measure of spiritual distress in bereavement. *Death Studies*, 45, 4, 249–265.
22. Cacciatore, J., Thielemann, K., Fretts, R., & Jackson, L. B. (2021). What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PloS one*, 16, 5, e0252324.
23. Carl, J., Jones, D., Lindhiem, O., Doss, B., Weingardt, K. Timmon, A. Comer, J., (2022). Regulating digital therapeutics for mental health: Opportunities, challenges, and the essential role of psychologists. *British Journal of Clinical Psychology*, 61, 130–135.
24. Canda, E. R. (2024). *A Transcultural Perspective on Social Work with Cultural and Spiritual Diversity*. Lawrence: University of Kansas Libraries.
25. Castelnovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 1, 33–44.
26. Court, J. H., & Winwood, P. (2005). Seeing the light in cyberspace: A cautionary tale of developing a practical model of cybercounselling and cybersupervision within the University of South Australia. *The Journal for Technology in Counseling*, 4, 1, 1–20.
27. Čepuliné, A. A., Skruibis, P. (2023). What is spirituality for women bereaved by a partner's suicide: A qualitative study. *Cogent Psychology*, 10, 1, 1–16.
28. Davie, G. (1997). Believing without belonging: A Framework for religious transmission. *Recherches sociologiques*, 1997, 3, 17–37.
29. Démuthová, S. (2010). *Keď umiera dieťa. Pusté Úlany*: Scholla Philosophica.
30. Derks, D., Bos, A. E. R., & von Grumbkow, J. (2008). Emoticons and online message interpretation. *Social Science Computer Review*, 26, 3, 379–388.
31. Döring, N., De Moor, K., Fiedler, M., Schoenenberg, K., & Raake, A. (2022). Videoconference fatigue: A conceptual analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 21–41.

32. Fauville G., Luo, M., Queiroz, A., Bailenson, J., & Hancock, J. (2021). Zoom exhaustion & fatigue scale. *Computers in Human Behavior Reports*, 19, 168-189.
33. Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., Walker-Schmucker, W. (2002). Myths and realities of online clinical work. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 5, 481-497.
34. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
35. Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and Loss: A Test of Three Competing Models on the Association Between Attachment-Related Avoidance and Adaptation to Bereavement. *Personal and Social Psychology Bulletin*, 30, 7, 878-890.
36. Frankl, V. E. (2022). *O smyslu života: V každé krizi se skrývá příležitost*. Praha: Grada.
37. Friesse, S. (2014). *Qualitative data analysis with ATLAS*. London: Sage.
38. Gang, J., Kocsis, J., Avery, J., Maciejewski, P. K. & Prigerson, H. G. (2021). Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial. *Trials*, 110, 22, 1-15.
39. Gamino, L. A., Sewell, K. W., Prosser-Dodds, L., & Hogan, N. S. (2020). Intuitive and Instrumental Grief: A Study of the Reliability and Validity of the Grief Pattern Inventory. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 81, 4, 532-550.
40. George, A. & Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social science*. Cambridge: MIT Press.
41. Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 11, 489.
42. Gladding, S. T. (2008). The Impact of creativity in counseling. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3, 2, 97-104.
43. Grondin, F., Lomanowska, A. M., Békés, V., & Jackson, P. L. (2023). A methodology to improve eye contact in telepsychotherapy via videoconferencing with considerations for psychological distance. In *How the covid-19 Pandemic Transformed the Mental Health Landscape* (pp. 135-148). Routledge.
44. Guldin, M-B., Leget, C. (2024). The Integrated Process Model of Loss and Grief – An Interprofessional Understanding. *Death Studies*, 48, 7, 738-752.
45. Haberstroh, S. (2009) Strategies and Resources for Conducting Online Counseling. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, 37, 2, 1-20.
46. Harris, D. L., & Winokuer, H. R. (2016). *Principles and practice of grief counseling*. New York: Springer Publishing Company.
47. Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.
48. Heiden-Rootes, K., Ferber, M., Meyer, D., Zubatsky, M., Wittenborn, A. (2021). Relational teletherapy experiences of couple and family therapy trainees:

- "Reading the room," exhaustion, and the comforts of home. *Journal of Marital & Family Therapy*, 47, 342–358.
49. Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30, 417–432.
 50. Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of Resource Theory: Its Implication for Stress, Health, and Resilience. In: Folkman, S. (Ed.). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, Oxford: Oxford University Press, 127–147.
 51. Hodge, D. R. (2013). Implicit Spiritual Assessment: An Alternative Approach for Assessing Client Spirituality. *Social Work*, 58, 3, 223–230.
 52. Hogan, N., Morse, J., Tasón, M. (1996). Toward and Experiential Theory of Bereavement. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 33, 1, 43–65.
 53. Holland, J. M., Currier, J., Neimeyer, R. A. (2006). Meaning Reconstruction in the First Two Years of Bereavement: The Role of Sense-Making and Benefit-Finding. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 53, 3, 175–191.
 54. Chrastina, J. (2019). Případová studie-metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu: Case study-a method of qualitative research strategy and research design. Palacký University Olomouc.
 55. Jerome, L. W., & Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 478–483.
 56. Jochmanová, L., Gergely, O., Sluková, P. (2022). *Péče on-line v psychosociálních oborech: možnosti, limity, rizika*. Praha: Grada.
 57. Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45, 3, 180–187.
 58. Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije...: možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.
 59. Joy, E., Braun, V., & Clarke, V. (2023). Doing reflexive thematic analysis: A reflexive account. In F. Meyer, & K. Meissel (Eds.), *Research methods for education and the social disciplines in Aotearoa New Zealand*. New Zealand: NZCER Press.
 60. Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Saltzman, W. (2023). *Multidimensional Grief Therapy. A Flexible Approach to Assessing and Supporting Bereaved Youth*. Cambridge: Cambridge University Press.
 61. Kast, V. (2010). *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál.
 62. Kast, V. (2015). *Truchlení*. Praha: Portál.
 63. Killikelly, C., & Maercker, A. (2018). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European journal of psychotraumatology*, 8, 6, 1476441.
 64. Kosová, M. et al. (2014). *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada.

65. Kraus, R. (2004). Ethical and legal considerations for providers of mental health services online. (123–144) In: Kraus, R., Zack, J., Stricker, G., (Eds.) *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. San Diego: Elsevier Academic.
66. Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2014). *On grief & grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. London: Simon & Schuster.
67. Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.
68. Kumar, S. P., Sisodia, V. (2013). An exploratory analysis of levels of evidence for articles published in indian journal of Palliative Care in the years 2010-2011. *Indian Journal of Palliative Care*, 19, 3, 170–179.
69. Kupka, M. (2024). *Smrt a umírání v celostní perspektivě: psychologické, sociální a spirituální aspekty*. Praha: Grada.
70. Lawton, A., Anderson, A., Cadge, W. (2023). Nonreligious Chaplains and Spiritual Care. *Religions*, 14, 9, 1–11.
71. Lin, T. Stone, S., Anderson, T. (2024). A head start in the long race: Therapists are learning to adapt their therapeutic skills within teletherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55, 3, 219–228.
72. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
73. Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34, 8, 673–698.
74. Machin, L. (2014). *Working with Loss and Grief: A Theoretical and Practical Approach*. London: SAGE.
75. Maercker, A., & Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14, 2, 167–176.
76. Maher, M., Reilly, K., Smith, E., Coyne, E., Murphy, S., Wilson, C. (2022). Receiving teletherapy in Ireland: The experiences of service users in the public mental health system. *Counselling & Psychotherapy Research*, 23, 198–210.
77. Machů, K., Brylová, K., Wihodová, K., Turek, J., Kundrát, J. & Dostál, D. (2019). Faktory ovlivňující proces truchlení u pozůstalých osob (50-60). In: *PHD EXISTENCE 2019 "Tělo a mysl" česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech: "Tělo a mysl" Sborník odborných příspěvků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
78. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
79. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
80. Mohr, P., Libiger, J., Pavlovský, P. (2023). *Diagnostická kritéria DSM-5-TR: praktická příručka s kódy MKN-10 a MKN-11*. Praha: Hogrefe.
81. Narayanan V, Bista B & Koshy C. (2010). 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian Journal Of Palliative Care*, 16, 2, 61–65.

82. Neimeyer, R. A., Breen, L. J. & Milman, E. (2023). The Effectiveness of Grief Therapy: A Meta-analytic Perspective. In: Steffen M., Milman, E. & Neimeyer, R. A. (Eds). *The Handbook of Grief Therapies*. London: SAGE, 29–39.
83. Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., Stringer, J. G. (2010). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 2, 73–83.
84. Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 1, 89–103.
85. O'Connor, M. F. (2022). *Truchlíci mozek. Jak se učíme z lásky a ztráty*. Bratislava: Noxi.
86. Opatrný, M., Váně, J., Kaňák, J., Suchomelová, V., Šimr, K. (2023). *Spiritualita v sociální práci se seniory*. Brno: CDK.
87. Pargament, K. I. (2011). *Spiritually Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York: The Guildford Press.
88. Park, C. L., Ai, A. L. (2006). Meaning Making and Growth: New Directions for Research on Survivors of Trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 5, 389–407.
89. Picciotto, G., Fox, J., Neto, F. (2018). A Phenomenology of Spiritual Bypass: Causes, Consequences, and Implications. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 20, 4, 333–354.
90. Praško, J., Kamarádová, D., Sandoval, S., Havlíková, P. & Sigmundová, Z. (2012). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Postgraduální medicína*, 14, 6, 650–659.
91. Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst in *Psychiatrie pro praxi*, 10, 1, 12–18.
92. Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K.,... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6, 8, 100–121.
93. Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021). History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis. *Annual review of clinical psychology*, 17, 109–126.
94. Probst, T., Haid, B., Schimbock, W., Reisinger, A., Gasser, M., Eichberger-Heckmann, H., & Pieh, C. (2021). Therapeutic Interventions in Person and Remote Psychotherapy: Survey With Psychotherapists and Patients Experiencing in Person and Remote Psychotherapy During covid-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 4, 988–1000.
95. Regehr, C., Sussman, T. (2004). Intersections Between Grief and Trauma: Toward and Empirically Based Model for Treating Traumatic Grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 3, 289–309.

96. Revet, A., Laifer L., & Raynaud, J. P. (2018). Grief Reactions in Children and Adolescents. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction, Current Clinical Psychiatry* [E-book] (63–83).
97. Rheingold, A. A., & Williams, J. L. (2023). Fostering Resilience in the Acute Stages of Grief. In: Steffen M., Milman, E. & Neimeyer, R. A. (Eds). *The Handbook of Grief Therapies*. London: SAGE.
98. Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 4, 329–342.
99. Richards, D., & Viganó, N. (2012). Online counseling. In Y. Zheng (Ed.), *Encyclopedia of Cyber Behavior* (Vol. 1, pp. 699–713). New York, NY: IGI Global.
100. Richards, D. & Viganó, N. (2013). Online counseling: A narrative and critical review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 2, 54–66.
101. Riedl, R., Kostoglou, K., Wriessnegger, S. & Müller-Putz, G. (2023). Videoconference fatigue from a neurophysiological perspective: Experimental evidence based on electroencephalography (EEG) and electrocardiography (ECG). *Scientific Reports*, 13:18371.
102. Robbins-Welty, G. A., Stahl, S. T., & Reynolds, C. F. (2018). Grief Reactions in the Elderly. In Bui, E. (Ed.), *Clinical handbook of bereavement and grief reaction, Current Clinical Psychiatry* [E-book] (103–137).
103. Romney, J., Garcia, M., (2022). TF-CBT informed teletherapy for children with autism and their families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 14, 415–424.
104. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
105. Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage.
106. Schipani, D. S. (2022). Spiritual Care / Counselling / Religious Coping. In: weyel, B., Gräb, W., Lartey, E., Wepener, C. (Eds.). *International Handbook of Practical Theology*. Berlin: DeGruyter, 547–560.
107. Seidman, I. (2013). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers college press.
108. Shera, M. K. (2012). Grief and Mourning Gone Awry: Pathways and Course of Complicated Grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119–128.
109. Shear M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S. Neimeyer, R. A. (...), Keshaviah, A. (2011). Complicated Grief and Related Bereavement Issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103–117.
110. Sheerin, K. M., Tugendrajch, S. K., Presser, N. R., Bell, D. J. (2021). Implementing Skills for Psychological Recovery at a Psychology Training Clinic During covid-19. *Cogn Behav Practi*. 28(4), 507–518.
111. Sláma, O., Kabelka, L. (2022). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
112. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada.

113. Sluková, P. Z., Jochmanová, L., a kol. (2022). *Metodika videokonferenčního kontaktu pro oblast sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
114. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
115. Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
116. Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: Guilford press.
117. Stoll, J., Muller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical issues in online psychotherapy: A narrative review. *Front. Psychiatry*, 10, 993–995.
118. Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 3, 197–224.
119. Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment. *Focus*, 19, 2, 161–172.
120. Ševčíková et al. (2014). *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Praha: Grada.
121. Špatenková, N. (2017). *Krizy a krizová intervence*. Praha: Grada.
122. Špatenková, N. (2023). *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. Praha: Grada.
123. Tavares, A. P., Martins, H., Pinto, S., Caldeira, S., Sousa, P. P., Rodgers, B. (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. *Nurs. Forum*, 57,6, 1559–1566.
124. Treffinger, D. J., Schoonover, P. F., & Selby, E. C. (2021). *Educating for creativity and innovation: A comprehensive guide for research-based practice*. Routledge: New York.
125. Turetsky, C. J., Hays, R. (2003). Development of an art Psychotherapy model for the prevention and treatment of unresolved grief during midlife. *Art Therapy*, 20, 140–156.
126. Turunen, T., Punamäki, R-L. (2016). Professionally Led Peer Support Group Process after the School Shooting in Finland. *OMEGA*, 73, 1, 42–69.
127. Ungureanu, I., Sandberg, J. G. (2010). „Broken Together”: Spirituality and Religiosity as Coping Strategies for Couples Dealing with the Death of a Child: A Literature Review with Clinical Implications. *Contemporary Family Therapy*, 32, 3, 302–319.
128. Vágnerová, M. (2021). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
129. Wade, D., Crompton, D., Howard, A., Stevens, N., Mecalf, O. (...) Forbes, D. (2014). Skills for Psychological Recovery: Evaluation of a post-disaster mental health training program. *Disaster Health*, 2, 3–4, 138–145.
130. Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.

131. World Health Organization. (2022). ICD-11: *International classification of diseases* (11. revize). Dostupné z <https://icd.who.int/>
132. Williams, J. L., Hardt, M. M., Henschel, A. V., Jamison, J. R. (2024a). An Open Trial of Skills for Psychological REcovery for Sudden Loss Survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31, 58–71.
133. Williams, J. L., Hambrick, E. P., Gleason, V. L., Hardt, M. M. (...) Moncure, M. (2024b). Evaluation Skills for Psychological Recovery with Gunshot Injury Survivors in a Hospital-based Early Intervention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 94, 2, 159–168.
134. Williams, J. L., Rheingold, A. A. (2020). Novel Application of Skills for Psychological Recovery as an Early Intervention for Violent Loss: Rationale and Case Examples. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 81, 2, 179–196.
135. Wortmann, J., Park, C. (2008). Religion and Spirituality in Adjustment Following Bereavement: An Integrative Review. *Death Studies*, 32, 8, 703–736.
136. Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
137. Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Příloha 1

Screening kritérií PPT MKN-11

Instrukce:

Tento dotazník obsahuje 20 položek zaměřených na Vaše pocity, myšlenky a projevy chování související s úmrtím blízké osoby. Během vyplňování dotazníku si pozorně přečtete každou z položek a upřímně odpovězte, zda se daná otázka shoduje s Vaší zkušeností (ANO), či nikoliv (NE). Pokud možno žádnou z otázek nevynechávejte. V případě, že se nedokážete pro jednu z nabízených odpovědí rozhodnout, pokuste se přiklonit k té odpovědi, která Vaši situaci více vystihuje. Všechny Vámi uvedené informace jsou důvěrné.

Značení odpovědí v dotazníku:

Zvolenou odpověď označte následovně: ☐

Pokud označíte obě pole, to správné zakroužkujte: ☐ ☒

Základní údaje:

Datum:		
Věk:		
Pohlaví:	☐ Muž	☐ Žena
Od úmrtí blízké osoby uplynulo:		
Vztah k zemřelé osobě (např. moje matka):		
Kvalita tohoto vztahu:	☐ Velmi špatný	☐ Dobrý
	☐ Špatný	☐ Velmi dobrý
	☐ Neutrální	☐ Ambivalentní (protichůdný)

Označte odpověď ano, pokud se u vás obvykle vyskytují pocity, myšlenky nebo projevy chování popsané v níže uvedených otázkách.		Ano	Ne
1	Přetrvává u vás touha po zemřelé osobě?	☐	☐
2	Zabýváte se ve svých myšlenkách neustále zemřelou osobou?	☐	☐
3	Objevuje se u vás intenzivně některý z níže uvedených pocitů?		
3.1	Smutek	☐	☐
3.2	Provinilost	☐	☐
3.3	Hněv	☐	☐
3.4	Obviňování	☐	☐
3.5	Bolest	☐	☐
3.6	Zoufalství	☐	☐
4	Jsou pro vás myšlenky na to, že jste navždy ztratil/a zemřelou osobu, nepřijatelné?	☐	☐
5	Je pro vás obtížné přijmout ztrátu zemřelé osoby?	☐	☐
6	Máte pocit, že jste se ztrátou zemřelé osoby ztratil/a i část sebe sama?	☐	☐
7	Dokážete mít od ztráty zemřelé osoby dobrou náladu?	☐	☐
8	Vnímáte se od ztráty zemřelé osoby citově otupělý/á?	☐	☐
9	Zapojujete se od ztráty zemřelé osoby obtížně do společenských nebo volnočasových aktivit?	☐	☐
10	Narušuje u vás truchlení některou z následujících oblastí života?		
10.1	Osobní	☐	☐
10.2	Rodinná	☐	☐

10.3	Přátelství	☐	☐
10.4	Péče o domácnost	☐	☐
10.5	Zaměstnání nebo škola	☐	☐
10.6	Zájmy	☐	☐

Vyhodnocení dotazníku:

Hrubý skór:

Poznámky administrátora:

Pozn. k vyhodnocení dotazníku:

Za každou odpověď „Ano“ přičtete 1 bod. Podle doporučeného diagnostického algoritmu by mělo od ztráty blízkého uběhnout aspoň 6 měsíců, mělo by zároveň být naplněno minimálně jedno z kritérií (tj. odpověď „Ano“) v položkách č. 1 nebo 2, dále minimálně jedno z kritérií v položkách č. 3–9 a aspoň jedno z kritérií v položkách č. 10.1–10.6 (Killikelly & Maercker, 2018). Při stanovené prahové hodnotě hrubého skóru 8 bodů vykazuje dotazník nejvyšší hodnoty indexů senzitivity (77 %) a specifity (85 %) (Bok, 2020). Informace ze screeningového dotazníku je vhodné doplnit o klinický rozhovor.

Zdroje:

Bok, T. (2020). *Výskyt komplikovaného a protahovaného truchlení a s ním související rizikové skupiny pozůstalých v české populaci* (Magisterská diplomová práce). Dostupné z https://theses.cz/id/zdvpfi/#panel_text

Killikelly, C., & Maercker, A. (2018). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European journal of psychotraumatology*, 8(6), 1476441. doi:10.1080/20008198.2018.1476441

Příloha 2

Schéma rozhovoru s respondenty

Pojďme si chvíli povídat o vaší profesi. V rozhovoru se budeme především soustředit na psychologické způsoby práce s pozůstalými. Cílem rozhovoru je přemýšlení o tom, zda online způsob práce s pozůstalými má smysl a porovnat tento způsob práce s přímou péčí.

Osobní příběh

1. Co Vás přivedlo k poskytování pomoci – podpory pozůstalým?
2. Pro jakou organizaci pracujete?
3. Jaký konkrétní výcvik (výcviky) – terapeutický máte?
4. Jak dlouho se věnujete práci s pozůstalými?
5. Budeme se dále v rozhovoru primárně soustředit na online formy kontaktu s pozůstalými, takže by mě zajímalo, jak jste s tím začal/a, jaké to bylo, jaké důvody vás k tomu vedly?

Anamnéza poradenství

6. Jaké formy pomoci pozůstalým poskytujete nebo jste v minulosti poskytoval/a? (pokud to bude nutné, doptat se konkrétně: face to face – přímý kontakt; online pomoc, počítač či telefon; pouze telefon; chatování...).
7. Jaký způsob práce u vás převažuje (viz výše – přímý kontakt, chatování, telefon, online, atd)?
8. Poskytujete poradenství nebo také krizovou intervenci či dlouhodobější terapeutické vedení (kombinace)?
9. Jaký je váš názor na výše uvedené formy práce s klientem s ohledem na online způsob – jak (pokud je to vůbec možné) lze poskytovat krizovou intervenci, poradenství či terapii online?
10. Jak je online práce s klientem efektivní ve srovnání s face to face formou?
11. Jaké překážky se mohou objevovat obecně v práci s pozůstalými s ohledem na poradenství, krizovou intervenci či terapeutické vedení? Je něco specifického s ohledem na online formu?

12. Můžete zkusit nějak více charakterizovat cílovou skupinu, se kterou pracujete? Mám na mysli věk, pohlaví, vztah k zemřelému, okolnosti úmrtí atd.
13. Jaký nebo kdo je váš typický klient – dá se to vůbec zobecnit?
14. Byl/a byste schopen/a porovnat vaše hledisko a hledisko klienta – je on-line pomoc (poradenství, krizová intervence, terapie) dostačující? Pro vás – pro klienta?
15. Jaký postoj mají vaši klienti k on-line poradenství, jak jim vyhovuje – nevyhovuje, co jim vyhovuje – nevyhovuje?
16. Jak probíhá typická intervence u pozůstalých, pokud o tom lze mluvit jako o typické intervenci (opět zkusit porovnat face to face a online)?
17. Jaké je to pro vás – komunikovat s klientem prostřednictvím on-line připojení?
18. Jaký typ pozůstalého není vhodný pro online práci? (Čemu je důležité věnovat pozornost?)
19. Jaké překážky se mohou nacházet na straně klienta v on-line prostředí? Můžete uvést příklady?
20. Jaké překážky se mohou nacházet na straně poradce v on-line prostředí? Můžete uvést příklad?
21. Kolik sezení obvykle s klientem absolvujete v on-line formě?
22. Jak dlouho trvá sezení v on-line formě s klientem?
23. Jak vnímáte rozdíly v těchto aspektech (délka a počet sezení) při on-line formě a formě face to face?
24. Hrají zde roli ještě jiné aspekty? (např. výběr místa k on-line formě)?
25. Můžete zkusit nějak porovnat náročnost online práce s truchlením a face to face práci s truchlením?
26. Jaké jsou podle vás rozdíly mezi dobrou (efektivní) a špatnou (neefektivní) prací v online prostoru s klienty?
27. Jaké přínosy vnímáte v možnosti on-line práce s pozůstalými?
28. Jaké máte naopak výhrady k on-line práci s pozůstalými?
29. Dokázali byste nějak obecně popsat jaké typy klientů a klientek se na vás obrací?
30. Jak ovlivňuje práci s truchlením způsob úmrtí a jak je tohle hledisko zohledněno v online přístupu, hraje to podle vás nějakou roli?

31. Jak probíhá ukončování práce s pozůstalým s ohledem na face to face a online formu?
32. Jak byste porovnal/a efektivitu práce s pozůstalým online a face to face?
33. S jakými dalšími odborníky spolupracujete? A jaké s nimi máte zkušenosti?
34. Jaký je váš názor na medikaci (psychofarmaka) u truchlení? Kdy ano, kdy ne?
35. Co je na Vaší práci nejtěžší?
36. Co Vás pravidelně překvapuje?
37. Jak o sebe pečujete, když máte tak náročnou práci?
38. Co byste doporučili v tomto směru kolegům, kteří s touto činností začínají?

Truchlení

39. Jaký je smysl truchlení obecně – jak truchlení rozumíte?
40. Jaká délka truchlení vám přijde adekvátní a odkdy můžeme podle vás uvažovat o komplikovaném truchlení?
41. V MKN-11 je nově zařazena diagnóza 6B42 Patologický zármutek. Jak to odpovídá vaší zkušenosti? Jak to vidíte – co si o tom myslíte? Pokud dotazovaný nebude vědět, co to je z hlediska MKN-11, můžete mu nabídnout následující výčet:
 - Smrt partnera, rodiče dítěte či jiného blízkého člověka.
 - Přetrvávající a všudypřítomná touha po zemřelé osobě.
 - Přetrvávající a všudypřítomné zaujetí zemřelou osobou.
 - Intenzivní emoční bolest projevující se například jako: smutek, vina, hněv, popření, obviňování, obtíže s přijetím smrti, pocit ztráty sebe sama, neschopnost prožívat dobrou náladu, emoční otupělost, obtíže se zapojováním do společenských nebo jiných aktivit.
 - Truchlení přetrvává neobvykle dlouhou dobu (minimálně 6 měsíců od ztráty) a výrazně překračuje sociální, kulturní nebo náboženské normy.
 - Porucha způsobuje výrazné zhoršení v osobní, rodinné, pracovní, studijní, nebo jiné důležité oblasti fungování.
42. Kdo je podle vás nejvíce ohrožen komplikovaným truchlením?

- 43. Jak snížit riziko komplikovaného truchlení?
- 44. Jaké faktory vedou ke vzniku tohoto problému?
- 45. Jak pracujete s komplikovaným truchlením v online formě (je to podle vás vůbec vhodné)?
- 46. Jaké metody se vám osvědčily v online formě práce s komplikovaným truchlením?

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

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kupka, Martin, 1976-

Metodika online pozůstalostní péče : provázení procesem truchlení / Martin Kupka a kol..

-- 1. vydání.

-- Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2025. -- 1 online zdroj

Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-244-6698-9 (online ; pdf)

* 364.642.8 * 159.942.4/5:364.642.8 * 364-782-022.326.5 * 316.772:004.738.5 * 364-787.3 *
364.642.8-785 * 159.98:659.24 * (072) * (0.034.2:08)

- ztráta blízké osoby
- truchlení
- krizová intervence
- internetová komunikace
- psychosociální pomoc
- terapie zármutku
- psychologické poradenství
- metodické příručky
- elektronické knihy

364-1/-7 - Druhy sociální pomoci a služeb [18]

Metodika online pozůstalostní péče:

Provázení procesem truchlení

Martin Kupka, Jan Kaňák, Lenka Macháčková, Sylvie Stretti, Olga Pechová,
Klára Machů, Petra Pozdníková, Tomáš Bok, Naděžda Špatenková

Odpovědná redaktorka Háta Kreisinger Komňacká

Návrh obálky Jiřina Vaclová

Grafická úprava a sazba Jitka Bednaříková

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, 779 00 Olomouc

vydavatelstvi.upol.cz

vupshop.cz

vup@upol.cz

1. vydání

Olomouc 2025

<https://doi.org/10.5507/10.5507/ff.25.24466989>

ISBN 978-80-244-6698-9 (online: iPDF)

ISBN 978-80-244-6699-6 (online: ePub)

VUP 2025/0128 a 0129

Neprodejná publikace

