

# NĚKTERÉ PROBLÉMY PEDIATRICKÉ THANATOLOGIE

Jaroslav Slaný

Klinika dětského lékařství FN, Ostrava

Naše postoje ke smrti dnes jsou určovány především její tabuizací, jejím vytěšňováním ze života a v nemocnici pak „za plentu“ a současně naší obecně přijímanou vírou ve všemocnost současné medicíny. V případě úmrtí dítěte k tomu přistupují ještě další naše postoje – smrt dítěte je vnímána jako nepřírozená, nepatřičná, jako nenaplněná potencialita... ačkoliv dříve děti umíralo mnohonásobně více, nežli je tomu dnes, přijímání úmrtí dítěte naší dnešní společností je vysoce emočně vypjaté a dramatické. Smrt v životě konkrétního dítěte je také velmi ovlivňována samotným vývojem chápání smrti v průběhu dětství a charakteristikami dětského vnímání. Neméně významné je i setkávání se se smrtí dítětem během jeho dětství. Vážně nemocné, nevyléčitelné či umírající dítě vytváří několik problémových okruhů – je to jednak ono samo, dále jsou to jeho rodiče, sourozenci, širší rodina (prarodiče), jeho dětská přátelá, spolužáci a také přátelé rodiny, dále pak zdravotníci, kteří o dítě i rodinu pečují. Každá tato skupina je se svou problematikou relativně svébytná. V centru samozřejmě je ono dítě, u kterého dochází ke změnám chování, je u něj i určitým způsobem modifikován známý průběh fází Kübler-Rossových. Významné jsou v souvislosti s umíráním také otázky jako „kde“ (nemocnice – hospic – doma), dále je to triáda „dysthanázie – eutanázie – umožnění důstojně zemřít“. V rámci péče o dítě a vedení jeho adekvátní léčby (! „to care“ x „to cure“) mimo „klinickou“ léčbu (vč. podpůrné léčby a pod.) má své nezastupitelné místo arteterapie, psychoterapie, herní terapie, logoterapie a další, a to nejen u nemocného dítěte – je nutno věnovat se (neméně pak i po úmrtí dítěte-pacienta) také jeho rodičům, sourozencům atd. I další průběh prožívání, po ztrátě dítěte, má své zřetelné fáze, kterými je nutno umět je provádět. Pediatrická thanatologie, zahrnující jak novorozeneckou problematiku, tak i problematiku nevyléčitelných a infaustně probíhajících nemocí, až po akutní a náhlé úmrtí dětí představuje průsečík řady, a to nejen medicínských, oborů a disciplín.

**Klíčová slova:** umírání a smrt dítěte, pojmání smrti v průběhu dětství, paliativní péče, eutanázie, dysthanázie, umožnit zemřít, situace v rodině.

## SOME PROBLEMS IN PEDIATRIC THANATOLOGY

Our attitudes to death are defined by tabooing and displacing it out of life and hiding it behind the curtain in a hospital and by our generally accepted faith in present medicine omnipotence. In case of child death further our attitudes join – the death of a child is perceived to be unnatural, inappropriate and unfilled potentiality... though much more children were dying before. Accepting child's death is emotionally tense and dramatic. Death in particular child's life is highly influenced by development of death perception in the course of childhood and by child perception parameters (characteristics). No less important is encountering the death of a child in course of childhood. Seriously ill, incurable or dying child generates several trouble areas – child itself, its parents, brothers and sisters, larger family (grandparents), friends, schoolmates and family friends and health workers who care for the child and family. Each of these groups has its peculiar problems to solve. In the centre is, of course, the child itself, who suffers behaviour changes and with whom the known course of Kübler-Ross stages can be modified in certain means. Also questions surrounding dying like „where“ (hospital, hospice, home), further triad „dysthanasia – euthanasia – enabling to die with dignity) are of no less importance. Within the child care and conducting an adequate treatment (! „to care“ x „to cure“) together with „clinical“ treatment (incl. support treatment) rendered to the child and also to the family have artetherapy, psychotherapy, play therapy, logotherapy and others their unreplaceable position. Also further course of living after the child loss has its distinct stages, through which the bereaved have to be conducted professionally. Pediatric thanatology, comprising both newborn problems and incurable and infaust diseases up to acute and sudden death of a child, presents point of intersection of not only medical sciences and disciplines respectively.

**Key words:** death during childhood, death and children, supportive care, euthanasia, dysthanasia, to let sb to die, situation in family.

*Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 91–93*

**Thanatologie** je dnes interdisciplinární vědou – prochází napříč medicínou, ošetrovatelstvem, sociální prací, filozofií, teologií, psychologií, je nejen „vědou“, ale neméně také součástí kultury (a kulturnosti) vůbec.

Dříve se umíralo doma, mezi svými, každý (i děti, samozřejmě) během svého života byl opakovaně přítomen odchodům z tohoto světa, umírání a smrt byla sociálním aktem, nebyla kamsi odsunuta ze zorného pole lidí kolem, uklizena, aby nepřekážela a nebrala sílu dogmatu o všemocnosti medicíny. Smrt byla přirozeností života tak, jako je přirozeností narození (i toto se odehrávalo v blízkosti rodiny). Odchod ze světa byl ve všech lidských kulturách výrazně ritualizován (každá společnost měla své „scénáře“ umírání), kdy každý

věděl, co se bude dít, každý věděl, jaké je jeho místo a role, věděl to i umírající a ti kolem něj si to odnášeli dál do svého života – byli vědoucí toho, co přijde, když oni sami jednou budou na místě umírajícího. A navíc – rituál jako takový snižuje svým účastníkům emoční tenzi, již tak vypjatou v případě umírání.

V případě umírání a smrti dospělého a dítěte lze vidět dosti podstatné rozdíly v pojmání těchto odchodů: smrt na konci prožitého, naplněného (a snad i smysluplného) života (vzpomeňme biblické „zemřel stár, syt svých dnů“) se hodnotí a hodnotila vždy jinak nežli smrt dítěte, které má vlastně celý život před sebou, je to pocit nenaplněné a zmařené potenciality. Smrt každého člověka nás zasáhne, avšak smrt dí-

těte je ještě více drásající. Umírá-li dítě, je to smrt na počátku života, jedinec ještě neměl šanci žít, „užít si“ života, cokoliv vytvořit a dosáhnout. Takovouto smrt vnímáme jako naprosto nepřírozenou, nepatřičnou. Zde nelze nalézt nějaké „šidítko racionalizace“ k utišení myšlenek. Dříve děti taktéž umíraly, a to daleko více nežli dnes. Děti se více rodilo, více jich v průběhu dětství na nemoci umíralo. Byl obecně ale odlišný postoj k životu, smrt byla brána jako osud, „sudba Boží“, které obyčejný člověk nemůže porozumět, a jedinou útěchou lidem byla víra v jejich posmrtné shledání. Dnes takováto víra v naší silně sekularizované české společnosti není většinou přijímána, ale přitom jiné útěšné myšlenky tu bolestně chybí.

## Chápání smrti v průběhu dětství

V praxi je nutno vždy vycházet jednak z obecně daného věku kalendářního (viz dále), ale také z úrovně konkrétního dítěte, jeho zralosti, duševní vyspělosti, osobnosti a pod.:

- **předškolní věk:** smrt je jakýmsi „jiným“ pokračováním života, často je dítětem považována za spánek, nebo za pobývání někde jinde, je to jakýsi umenšený život, obvykle je brána jako dočasná, nikoliv trvalá záležitost. Děti tedy se smrtí nespojují absolutní konec fyzické existence a její nezvratnost. Předškolní období je obdobím, kdy dítě začíná klást základní filozofické otázky (ontologické „Co je to?“, gnozeologické „Jak jsi to zjistil?“, logické „Proč je to tak?“, etické „Proč se toto ne/smí?...“), nikoliv však ještě metafyzické. Nechápe doposud smrt ještě v jejím opravdovém významu, dítěti proto nelze říct tzv. „pravdu“ ve smyslu názvu diagnózy. Děti v tomto věku sice smrt nechápu rozumově, ale spoluprožívají smutek – a to je nutno vzít v úvahu!
- **mladší školní věk:** v tomto věku je typická personifikace smrti – smrt je „bytosť“ (kostlivec, tajemná bytosť, strašidlo...). I v tomto období je smrt cosi vnějškového, děti se bojí mrtvého a nikoliv smrti jako takové.
- **kolem 8. – 10. roku:** tehdy dochází už k pochoopení smrti v „dospělém“ kontextu a významu, dítě začíná řešit poprvé i metafyzické otázky. V tomto věku se taktéž objevují poprvé i suicidia.
- **věk puberty a adolescence (12. – 19. rok)** z hlediska infaustní diagnózy: v tomto období je maximálně vystupňovaná vůle žít (člověk je v tomto období přirozeně „mladý, silný, krásný, svět a vše mu leží u nohou“), kdy omezenost vlastního života (navíc event. v případě onkologické diagnózy přímé ohrožení jeho další fyzické existence) je popírána, odmítána a odsouvána do podvědomí (jedinec odmítá léčbu, nebere léky, je zde výrazný sklon řešit tuto situaci sebevraždou), nebo nastupuje naopak hyperkompenzace toho stavu nějakou aktivitou. Současně v tomto období bývá dospívající obvykle v chronickém konfliktu s rodiči, což ještě zhoršuje jeho nově vzniklou situaci spjatou s jeho vážným onemocněním – mladistvý se chce vymanit od rodičů, ale nemoc ho k nim naopak vrhá nazpět, do ještě větší závislosti.

Při úvahách o vnímání umírání a smrti v průběhu dětství je nutno zavzít taktéž i obecné charakteristiky dětského chápání, jako jsou *egocentrismus* (ztrátu blízké osoby vnímá dítě často jako křivdu na sobě), *konkretismus* (dítě se soustředí na nápadné, nikoliv charakteristické znaky předmětů a osob), *prezentismus*, *topismus* (dítě chápe svět jen v dané současnosti a na daném místě), *zosobňování* neživých předmětů, tedy *personifikace bytostí, úkazů*, dále je to *synkretismus* (t.

j. neanalytické, celostní, intuitivní pojmání světa kolem) nebo *eidetismus* (dítě „fotografuje“ svět kolem).

Jak jsme již uvedli výše, dnešní člověk se jen velmi omezeně setkává s umíráním a smrtí, o to více důležité je, aby se dítě mohlo k tomuto dostat a mohlo to prožít: příležitostí může být úmrtí domácího mazlíčka, nález mrtvého ptáčka někde venku na vycházce, na venkově je to např. při porážení zvířete – vždy je zde vysoce významný a důležitý výklad dospělého dítěte k tomu, co vidí a čeho je účastno. Není bezvýznamné v této souvislosti ani např. provedení pohřbu (tedy rozloučení se, dání průchodu emocím) onoho zvířátka- mazlíčka. Děti by, obecně vzato, pokud souhlasí s účastí (nesmíme je k tomu násilím nutit), měly být (bývat) účastny pohřbu/úm jemu drahých a blízkých osob (samozřejmě opět s nutným výkladem dospělého), jistě je to velmi individuální, nicméně špatná je absolutní absence tohoto a primární vylučování dětí z těchto rozloučení! V posledních letech se v této oblasti stávají závažným prvkem PC hry, ve kterých je prezentována reverzibilita smrti v souvislosti se zabíjením – jsou popsány případy, kdy školní dítě bylo poté, co postřílelo své spolužáky, udiveno, že oni neobzvláštně tak, jak to bylo obvyklé u postav v jeho oblíbené PC hře. Obecně je nutno upozornit v souvislosti s úmrtími osob či oněch mazlíčků na nezpracované pocity smutku, hněvu, bezmocnosti, osamělosti a pod. u dětí, odsunutých do podvědomí, kde pak zůstávají a „žijí“ dále, již svým životem, nelze proto ve vztahu k dítěti tyto fenomény „uklidit“ a zahrát co nejrychleji před ním do „autu“.

## Dítě v terminální péči

Všichni velmi dobře známe průběh fází Kübler-Rossových (tedy výkřik, popření, izolace, zlost, smilování, deprese, rezignace, zoufalství, vyrovnávání se, smíření, přijetí pravdy a osudu, důstojný klid), máme většinou pocit, že postupně nastávají a probíhají jako jakýsi „žebřík“ či schodiště, kterým pacient vychází ven ze života, vidíme však v praxi velmi často, že tato stadia nenásledují hierarchicky po sobě, spíše se systém chová jako jakýsi „ul“ pocitů, kdy se jednotlivé fáze mohou střídát, přeskakovat, vracet se. Důležité je také předřadit před tento výčet ještě časově vůbec první fázi, a to „nulové stadium“ – nejistotu (provede se určité vyšetření a nyní se čeká na zpracování jeho výsledků, které budou rozhodující pro další postup a tyto vlastně určí „diagnózu“).

Co to je vlastně vyřčení diagnózy? Je to když lékař řekne „...máte akutní lymfoblastickou hemoblastózu...“? Ne! To pouze výkřik latinský, odborný název dané nemoci. Říct diagnózu, „pravdu“, je vysvětlit, o co se jedná, jaký je princip nemoci, jak asi vznikla (dle dnešních názorů lékařské vědy), jak by probíhala dál svým přirozeným průběhem, pokud by se neléčila, jaká je její obvyklá prognóza, jaká je dnešní strategie léčby, co tato léčba obnáší, jaký má charakter, jak dlouho trvá, jaké jsou její nutné komplikace a co se s nimi má dělat

preventivně a kurativně atd. Toto je sdělení diagnózy, nikoliv cizojazyčný termín. Vyřčení diagnózy současně nikdy nesmí být vyřčení ortelu smrti. Pacientovi musíme říct diagnózu, ale nikdy mu nesmíme vzít naději, aby nezemřel dříve psychicky než fyzicky, platí zde absolutní respekt k jedné z nejdůležitějších celoživotních psychologických potřeb, a to potřebě tzv. otevřené budoucnosti.

Toto informování se odehrává na počátku, když se poprvé s daným pacientem setkáváme, děje se v průběhu léčby, (bohužel také někdy) odehrává se na konci, když musíme kapitulovat před nevyléčitelnou nemocí. Kdo má tyto informace podávat? Lékař, psycholog, kněz? Domnívám se, že by to měla být jedna jediná a táž osoba, která vede a řídí léčbu, ten, na koho je pacient „fixován“, komu věří! (viz – „Lékař sám je lékem!“ M. Balint). A kde? Vždy v místnostech, kde je klid, nezvoní telefony (cave: mobil lékaře!), je možno v klidu po/sedět, zůstat, hovořit a znovu se vracet k některým pacientovi/rodičům nejasným skutečnostem apod.

U dětí vidíme často akcelerované zrání jejich osobnosti („starý – mladý“) v důsledku jeho vážného (maligního) onemocnění, v chování dítěte v širším terminálním období vidíme uzavírání se do svého vnitřního světa, mlčení, pasivitu, apatie, smutek, obracení se na minulé prožitky, nebo naopak žití čistě přítomností. Častá je také ztráta chuti do jídla či prudké změny v postojích k jídlu (cave: hladovění!), vysoce významný je taktéž pitný režim jakožto prevence dehydratace.

Velký význam má také arteterapie jako metoda léčebná i diagnostická (je mnohdy lepší či nahradí verbalizaci k poznání aktuálního vnitřního světa dítěte).

Vysoce významný je fenomén naděje: jak již bylo řečeno výše, žádnému člověku nesmíme nikdy vzít budoucnost, proto i v prognosticky nepříznivých stavech musíme být vždy obráceni do budoucnosti, ale samozřejmě neplánujeme aktivity např. na rok dopředu, ale plánujeme, co bude dnes odpoledne, co přinese zítřek a pod.

V terminálních stavech a situacích nastupuje paliativní péče: kauzální terapie může být ukončena, ale **nikdy** nesmí končit péče o pacienta! To je onen veliký rozdíl mezi jinak téměř vizuálně identickými anglickými slůvky „to cure“ (léčit) a „to care“ (ošetřovat, pečovat)! Paliativní péče je založena na kvalitní léčbě a kontrole bolesti, na zajištění hydratace a nutrice, léčbě veškerého dyskomfortu pacienta (dekubity, péče o orificia, o kůži, zažívací trakt a pod.).

Klíčové je, kde se má tato terminální péče odehrávat. Dnes se to děje – a bohužel ve většině případů nedostatečně – institucionálně, tedy v nemocnicích. Jako řešení tohoto nevhodného stavu přišlo hospicové hnutí. Ideálem je, aby člověk odcházel z tohoto světa tam, kde je mu dobře a kde to dobře zná a je obklopen známým prostředím a blízkými, tedy – doma! Protože kombinace ambulantní i lůžkové hospicové péče skýtá tyto možnosti, lze si jen přát, aby takovéto zajištění terminální

péče bylo všeobecně dostupné, lze si docela dobře představit, že pediatrické lůžkové zařízení má rámci své působnosti nejen odbornou ambulanci a „denní stacionář“ pro léčbu dětí se závažnými diagnózami, ale taktéž i mobilní „hospicový“ tým svých lékařů a sester pro terminální péči „svých“ pacientů v domácím prostředí.

### Rodiče umírajícího dítěte

V současné společnosti panují výrazné obavy z neznalosti, nezkušenosti s takovou situací – je to tím, že umírání je vytěsněno ze zorného pole profánního života, že se dnešní lidé s umíráním nesetkávají, jako se lidé s tímto setkávali dříve během celého svého života. Je to prostě nyní pro ně „velká neznámá“ situace, a navíc silně emocionálně zatížená. Jednou z významných otázek, kterou si rodiče a blízcí kladou, je otázka „Proč?!“ Proč právě naše dítě, proč tak brzy, proč takováto nemoc (a kdo za to může!) a vlastně proč dítě, které má celý život před sebou. Kladou se otázky po smyslu toho všeho, po smyslu utrpení, odpovědi na ně lidstvo hledá snad od svých počátků, kladl si je už starozákonní Job, klademe si je s nezměněnou drásavostí i my dnes. Je to velmi, velmi těžké a náročné, zvláště dnes, kdy na straně jedné jsme opakovaně informováni, jak všemocná je dnešní medicína, na straně druhé žijeme ve společnosti, která žije v hmotném nadbytku a je výrazně orientovaná na hedonický, neproblémový, zábavuplný způsob života. Přesto bolest a utrpení patří do života – bez prožitku bolesti si nikdy nebudeme umět prožít radost, bolest je významným a nepominutelným faktorem osobnostního růstu a lidského zrání! Význam utrpení je také v tom, naučit se milovat svůj život i jako život utrpeníplný („*Utrpení vděčíme za to, co je v nás dobré, za vše, co dává životu cenu, vděčíme mu za soucit...*“ A. France), je nutno přijmout tuto situaci jako svou, jako součást svého osudu a svého jedinečného života. V těchto situacích se ukazuje, že je třeba, aby zintenzivnili prožívání svého života, všech jeho chvil, je **nutná orientace na čas**: čas je ten nejvzácnější dar v našem životě, je nutno se naučit tak být více než dříve, silně prožívat přítomnost. Naučit se ve světle prchavosti času odlišovat nedůležité od důležitého (*Ars moriendi = ars vivendi!*).

Je to období, kdy vysoce autenticky zní nutnost výběru ze dvou otázek: „*co mám?*“ anebo „*kdo jsem?*“ (E. Fromm).

Terminální období by měli spoluprožívat umírající dítě i jeho blízcí co nejvíce spolu, a to i do skutečně posledních chvil – každý člověk, který je obklopen láskou a péčí svých blízkých, tvoří nenahraditelný a nezastupitelný předmět této lásky, a tím dává jeho život také nějaký smysl, jejich péče, strach o něho je zase pro ně nezastupitelnou osobní zkušeností, ano, je to o „umění provázet“.

Nicméně i za těchto drásavých okolností platí nutnost věnovat se také sami sobě a ostatním zdravým v rodině – z pohledu profesionálů kolem rodičů je nut-

no neztrácet ze zřetele péči o tzv. pomáhající profesie a všechny osoby v této službě aktuálně zavzaté.

**První, akutní fáze po úmrtí dítěte je tzv. „ohlušení, oněmění“.** V této fázi je vhodné dávat průchod všem svým pocitům, dát průchod žalu, bolu, s rodiči je nutno hovořit otevřeně o tom, co oni nyní cítí. V naší kultuře je zvykem nedávání svých pocitů najevo, „já to zvládnou sám“, pláč je brán jako slabost a společensky nevhodný. Právě naopak musíme rodičům dát najevo jejich „právo na pláč“ – zadržování těchto silných emocí a jejich zasunutí do podvědomí je navíc výrazně rizikové z hlediska jejich zdravotního a duševního stavu v budoucnu, je nutné, aby přijali za své, že žal je naše „výkupné“, „daň“, kterou platíme za svou lásku. Pro profesionály kolem rodičů je významné uvědomit si, že na straně jedné (rodiče) je nutnost verbálně odventilovat ven své pocity, mluvit o tom všem, na straně druhé (lékař, sestra a pod.) pak nesnažit se „racionálně“ komentovat situaci úmrtí a snažit se dát jim k ní „nadhled“, odstup není to v této fázi ještě vhodné! Opět dvě slůvka: „*sdělení*“ (zahlitit rodiče slovními informacemi) by v této fázi mělo ustoupit a dát přednost „*sdílení*“ (být s nimi, nechat je vypovídat se a odpovídat na jejich dotazy).

**Pohřeb** (a to platí nejen pro dítě) je nutný, důležitý – rozloučení je aktem etickým nejen vůči zemřelému, ale proběhne při něm také důležitá synchronizace prožívání smutku u pozůstalých, je to ritualizované truchlení (a emočně vypjatou situaci s pomocí rituálu člověk lépe zvládá), pohřeb je nezastupitelný jako výrazný předěl od dosavadního, společného života se zesnulým – tedy konec jednoho a začátek dalšího života zůstalých. Není-li pohřeb, není toto ukončení, ale nerozlučení se odsouvá pozůstalým do podvědomí a vrací se pak opakovaně zpátky!

**Další období po úmrtí je tzv. truchlení:** nesmíme těžké je smíření se se skutečností, že „život kolem mne plyne dál“ jako by se nic nestalo, návrat do běžného života je někdy velmi, velmi obtížný, nastupuje hledání jejich nové identity (život na světě bez člověka, který zemřel). Období truchlení trvá zhruba jeden rok (12 měsíců), kdy postupně proběhnou první narozeniny po úmrtí, první jmeniny, první dovolená bez zemřelého, první Vánoce, Velikonoce atd. bez zemřelého. Je vhodné dát volný průchod žalu, bolesti, nenechávat si ji v sobě, mít možnost hovořit o tom, podělit se o své pocity z této bolestné nové zkušenosti. Je nutné také hledat nové (rodinné a pod.) rituály a kontext těchto chvil. Někteří rodiče se „zacyklí“ v této fázi a jejich život se tak stane jakýmsi žitým „pomníkem“ zemřelého. To samozřejmě není dobře, toto období je velmi důležité pro zvládnutí nalezení oné nové identity pro svět bez zemřelého, aniž by jeho nepřítomnost na světě vedla k trvalé a nezmenšené drásavému pocitu bolu. Dříve bylo v tomto období, jako součást křesťanské ritualizace chování kolem smrti a zvládání úmrtí blízkého, zvykem tzv. „nosit smutek“ (tmavý šat, prohibice určitého chování a aktivit a pod.),

bylo to v čase od pohřbu různě odstupňováno a v různých dobách na různě dlouho, ale obvykle se onen smutek nosil celkem po 1 rok.

Třetí fáze (po cca 12 měsících od úmrtí po zbytek života) – nastupuje uvědomění si, že svět už pro nás nikdy nebude stejný jako před tím, ani my už nejsme stejní jako to bylo za života zemřelého. Je nutno se zmínit o čase, o kterém se říká, že „*hojí rány*“ – je to složitější: čas „*hojí i nehojí rány*“ – čas většinou zmírňuje smutek a otupuje ostří bolesti, ale nikdy neodstraní to, že po zemřelém zůstává nezaplňená mezera, že nám on již navždy chybí a již nikdy tu nebude.

Relativně častá je pak situace, kdy po ztrátě dítěte usilují rodiče o další dítě, které jim to zemřelé má nahradit, zahladit ránu. To je poněkud ambivalentní situace – úmrtí jednoho dítěte by nemělo být vedoucím motivem pro přivedení na svět dalšího, jedinečného, jiného a svébytného člověka, nikdo nemůže být přiveden na svět jako náhrada za někoho jiného. V praxi jsme však někdy svědky toho, že právě takto brzy narozené dítě je pro rodinu určitým vysvobozením z jejich trýzně. Jindy zase je zemřelé dítě rodiči nekriticky obdivováno, dáváno jako idol a za vzor zůstávším souzencům a pod.

Je tedy zřejmé, že s rodiči po úmrtí jejich dítěte je nutno pracovat, zůstat s nimi v kontaktu, pomáhat jim a věst je těmito fázemi, se kterými oni jistě nemožnou mít zkušenosti. Je to součástí tzv. respitní péče (angl. *to respite* ulehčit).

### Sourozenci zemřelého dítěte

Zde nacházíme dva póly pocitů a postojů: jednak odmítání, vytěšňování faktu úmrtí sourozence, nebo akceptace jeho odchodu a pak buď idealizace zemřelého, nebo naopak jeho znevažování. Relativně časté je také sebeobviňování s pocity viny či jakési odpovědnosti za smrt sourozence, někdy si pozůstalí sourozenci myslí, že by měli zemřít také nebo místo něho. Dochází ke kolísání těchto stavů a pocitů. Uvnitř rodiny úmrtím jednoho z dětí dochází také ke změně v sourozeneckých konstelacích.

V této oblasti je nutno rodiči posilovat fenomén „rodinného hnízda“, tedy **domov**, jako jistotu a přístav pro všechny ty, kteří zůstali. I zde má své místo, je-li zapotřebí, psychoterapie, herní terapie, logoterapie, arteterapie, hypnózy. Sourozenci by však také nikdy neměli být vyloučeni z fází prožívání smutku, i jejich prožívání odchodu blízkého se musí věnovat náležitá pozornost.

Článek prebraný z *Pediatric pre prax* 2/2008: 112-114.

**doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc., mim. prof.**

Klinika dětského lékařství FN Ostrava  
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba  
e-mail: jaroslav.slany@fnspo.cz

**Literatura u autora**