

PROŽÍVÁNÍ VDOVECTVÍ VE STARŠÍM VĚKU (KAZUISTIKA)

EXPERIENCING WIDOWERHOOD IN OLDER AGE (CASUISTRY)

LENKA FOJTOVÁ

Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci (OUSHI)

Tento článek byl vytvořen s finanční podporou TA ČR - projekt Metodika DIPEx v oblasti aktivního stárnutí (TD020339).

Abstract:

This annotated casuistry tracks individual experience of bereavement and widowerhood and captures respondent's transformation process. The author notices not only long lasting grief and distress but also the factors which contribute to adaptive coping with this situation. The article points out the importance of respecting the distinctiveness of the grief process by experts in counseling and psychotherapy practice and the concernment of theoretical background of therapists. Grief therapy is seen in a broader context – against the background of changing perspectives on coping with grief and against the background of changes in society and in our culture. Attention is also paid to the effectiveness of therapy grief. Data for the casuistry were obtained using a qualitative longitudinal study.

Key words: widowhood, coping, bereavement, grief therapy

Abstrakt:

Tato komentovaná kazuistika sleduje individuální prožitek ovdovění a vdovství a zachycuje proces proměny, jímž respondent prochází. Autorka si všímá nejenom dlouhodobě přetrvávajícího truchlení a distresu, ale i faktorů, které v tomto konkrétním případě přispívají k adaptivnímu zvládnání dané životní situace. Článek též poukazuje na důležitost respektování individuálnosti procesu truchlení ze strany odborníků v poradenské a psychoterapeutické praxi a na význam teoretického zázemí terapeutů. Terapii zármutku nahlíží v širších souvislostech – na pozadí měnících se pohledů na zvládnání zármutku i na pozadí změn ve společnosti a v naší kultuře. Pozornost je věnována též účinnosti terapie zármutku. Data pro kazuistiku byla získána kvalitativní longitudinální studií.

Klíčová slova: vdovství, zvládnání, truchlení, terapie zármutku

Úvod:

Úmrtí milovaného životního partnera je velice bolestná zkušenost, která ovdovělé nutí k proměně a k poznávání vlastního potenciálu tuto novou situaci zvládat. Jak ukazuje i tato kazuistika, prožitek vdovství je velmi individuální a utvářený mnoha různými životními okolnostmi. Odborníci v poradenské a psychoterapeutické praxi by proto měli respektovat individuálnost procesu truchlení, všimnout si způsobu, kterým klient své truchlení komunikuje a jaký význam mu přikládá (Pauknerová, Čermák, 2013). Tato komentovaná kazuistika se snaží vidět terapii zármutku v širších souvislostech – na pozadí měnících se pohledů na zvládnání zármutku i na pozadí změn ve společnosti a v naší kultuře.

Metoda:

V průběhu pěti let byly s respondentem provedeny a následně zanalyzovány tři hloubkové rozhovory. První rozhovor, vedený r. 2010 v rámci rozsáhlejší studie zabývající se staršími lidmi, byl narativní, zaměřený na jednotlivé etapy života stárnoucího člověka. Díky udržení kontaktu s respondentem se podařilo navázat dalšími rozhovory v letech 2013 a 2015 v rámci projektu Metodika DIPEX¹ v oblasti aktivního stárnutí. Tyto dva rozhovory byly složeny z narativní a polostrukturované části. Všechny rozhovory byly zaměřeny na celý běh života, přesto se jako ústřední téma druhého rozhovoru ukázalo prožívání stárnutí a u třetího rozhovoru prožívání vdovectví.

Respondent:

Jan, 76 let, dvě děti, vdovec, manželka v 60 letech zemřela na rakovinu (bylo mu 63 let). ÚSO vzdělání, strojař, pracoval jako mechanizátor a poté na vedoucí pozici ve stavební firmě. Pochází z vesnice, žije v menším městě.

1. Příběh truchlení

Během prvního rozhovoru, při kterém Jan vzpomínal na významné události svého života, padla též otázka na nejhorší životní zážitek. Jan odpovídá: *No, asi když mi umřela žena.*

Protože to bylo rychle a...rakovina, no a ...to nebylo dobrý. Tři roky to trvalo a nedalo se

¹ Metodiku DIPEX (Database of Individual Patient Experiences) vyvinul a používá vědecký tým *Health Experiences Research Group* (dále jen HERG) z katedry Primární péče na univerzitě v Oxfordu. V této metodice jde o porozumění subjektivnímu prožívání (žitě zkušenosti) pacientů s různými typy zdravotních problémů (např. obezita, diabetes, rakovina, stárnutí) s pomocí částečně narativních, částečně polo-strukturovaných rozhovorů a jejich tematické analýzy. Aplikováním této metodiky na různé diagnózy vznikají jednotlivé moduly. Rozhovory jsou vedeny výzkumníkem většinou u respondentů doma a trvají přibližně dvě hodiny. Výsledky práce týmu HERG jsou uveřejňovány na patientském portálu www.healthtalk.org, kde je možné nalézt výpovědi a svědectví lidí ve formě audio či video nahrávek. Další výstupy představují články v odborných periodikách a podklady pro školení profesionálů v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Metodika DIPEX se rozšířila i do dalších zemí včetně ČR, kde v rámci práce na prvních modulech („Paliativní péče“ a „Aktivní stárnutí“) vznikla webová stránka www.hovoryozdravi.cz.

pomocť prostě. Bylo to pozdě zjištěný a už to prostě nešlo, no. (rozhovor 1/ strana 2, dále uváděno ve formátu 1/2). Těmito několika větami předznamenal své důležité téma. Později vypovídá svůj příběh podrobněji.

Prognózu rodině oznámil lékař: *Ten onkolog, kam začla chodit na tu chemoterapii, tak ten potom úplně natvrdo řekl: „Počítejte s tím, že to nebude trvat dýl jak tři roky.“ (3/1).* Rodinní příslušníci však nemocné tajili, že umírá: *Tak ona pořád doufala, že ta chemoterapie a že se to změní, tak jsme jí v tom prostě nechali, i když už bylo jasný, že jako... (3/1).* Téma její nemoci a jejího umírání bylo v rodině až do poslední chvíle tabuizované: *Nemluvili jsme o tom, nebavili jsme se o tom, bylo to, jak se říká, tabu. Dělalí jsme, jakože je všecko v pořádku. (3/1).* Z tohoto důvodu se Jan nemohl společně s manželkou na její smrt připravit ani mluvit v tomto kontextu o jejich vztahu. Podobně jeho manželka zřejmě neměla příležitost vědomě se rozloučit se životem a s rodinou.

V případech delšího umírání je obvyklé, že si pozůstalí „vyberou“ dost zármutku předem. Parkes (1978) tomuto zármutku, který předchází smrt, říká „zaopatřovací práce“. Tato zaopatřovací práce však nenahrazuje truchlení, protože fantazie, i když o definitivní a nezvratné ztrátě, je jiná než reálná nepřítomnost druhého člověka – tu ve fantazii předjímat nelze. Jan však tuto zaopatřovací práci považuje za dostatečnou: *Prostě tou dlouhou přípravou už todle všecko odeznělo, jo. Už jako to bylo před tím, se to tak ňák vyřídilo. (3/3).*

Rodina pečovala o nemocnou doma, ošetřovatelku neměli. Předtím, než Janovu manželku odvezli do nemocnice, kde zemřela, navštěvoval ji denně lékař, který ji aplikoval morfium. Jan v této době také zanechal podnikání, které tři roky předtím rozjel: *Potom nějak, když už to*

*bylo ke konci, ty poslední tři nebo čtyři měsíce, tak jsem přestal podnikat, už jsem to teda vzdal. Zdržoval jsem se doma a staral jsem se o ní, o to, aby byla v pohodě a už jako jsem nic nedělal. (3/2). Po smrti manželky žil sám, pouze v přízemí domu bydlela jeho sestra. Té čtrnáct dní před jeho manželkou též zemřel manžel. Co se týče sociální opory po ovdovění, měl pouze praktickou oporu ze strany nejbližší rodiny, zejména od své sestry: *Byt jsem si uklidil, sestra vyprala, jídlo jsme měli od ní ze školní jídelny, protože tam vařila. (3/2). Emoční oporu v rodině ani jinde neměl: Na to nedošlo. Nebavili jsme se o tom. Prostě se stalo, musí to bejt a nerozmazávali jsme to. Takovéto drásání, to připomínání, utěšování, prostě na to jsme si nehráli. (3/2).**

Svůj stav po ovdovění popisuje takto: *Prázdnota ... ztratil jsem veškerý zájem o cokoli dělat jako něco.. Bylo to jenom takový živoření. Prostě do ničeho chuť, jen když něco bylo třeba nutně, no tak se to udělalo. Byl to vyloženě takovej útlum, nechut dělat cokoli mimořádného nebo navíc, prostě jenom člověk nějak tak žil. Někde čtení, nějaká televize, semtam nějaká procházka a těch bylo málo. Všecko jsem tak nějak předal, chatu klukovi a tak - no nezám. (3/2). Samotu prožíval velice těžko: *Když člověk zůstane úplně sám a jak se říká, nemá do čeho ruce vrazit a televize, čtení a tohle všechno ho až tak moc nebaví, tak to není legrace. (2/1).**

Z Janových výpovědí lze usuzovat, že se u něho objevila chronická reakce na ztrátu či

prolongované truchlení²: *No, trvalo to dlouho, než jsem se z toho vzpamatoval. Zhruba osm*

² Tento termín jsem zvolila s ohledem na zápas o diagnózu „komplikovaný zármutek“ při přípravě DSM-5. V rámci diagnózy deprese existovalo v DSM-4 tzv. *bereavement exclusion* – vykazovala-li osoba symptomy deprese, ale bylo-li to do 2 měsíců po smrti milované osoby, nebyla v tomto případě deprese diagnostikována (mohla být diagnostikována až po uplynutí této doby). Toto *bereavement exclusion* bylo z DSM-5 odstraněno a nahrazeno poznámkami týkajícími se diagnostických kritérií a textem, který nabádá lékaře, aby rozlišovali mezi normálním truchlením spojeným s úmrtím a mezi duševní poruchou. Při přípravě DSM-5 byly vedeny dlouhé diskuze o tom, zda by komplikované truchlení mělo být klasifikováno jako samostatná

let. (1/2). Jednou z možností, jak by se tato reakce dala vysvětlit je, že se zde setkáváme s problémem nezpracovaného zármutku. (Bylo by možné aplikovat zde i jiné teorie, ale bez hlubší teoretické práce s truchlícím není možné vyvozovat jednoznačné závěry.) Jan připouští, že zpracovávání zármutku vytěsňoval: *Je možný, že existovalo něco, co mě jako bránilo v tom, abych si to, jak se říká, šrotoval v tý hlavě nebo si to pustil pod kůži.* (3/3). Jinde říká: *Jak člověk začne přemejšlet o nějakých problémech, tak nespí a ... Prostě, musí to člověk brát tak, jak život jde, tak, jak to probíhá a opravdu si nepustit k tělu žádný zvláštní přemejšlení o věcech, který se stejně nedají řešit, to nemá cenu.* (2/1). *Zvyknul jsem si mít v noci puštěný rádio, to jsou někdy ty chvíle, kdy se člověk probudí, a začne přemejšlet o všem možným, nespí, je nervózní. Takhle když mi tam hrálo to rádio celou noc, tak jsem se zaposlouchal a usnul jsem.* (3/3).

Odbornou pomoc Jan nevyhledal: *Mně to připadalo divný, někomu si vylejvat srdce nebo žádat něco – porad' mi nebo jo, když člověk někdy slyší ty rady do života, tak ...* (3/4). Připustil, že by se svěřil pouze blízkému příteli, k tomu však nedošlo. Na otázku, jak ztráta nejbližšího člověka ovlivnila jeho další život, odpovídá: *Špatně! Dlouho jsem nepochopil jednu věc, že se to samozřejmě nedá vymazat nebo něco, ale že ten život jde dál a že je třeba ho žít, a to jsem promeškal.* (2/3). Zpětně situaci hodnotí takto: *Je to ztracenej čas života, kterej nepomůže nikomu a je to pryč prostě, no. Už bych jako neudělal tohleto.* (3/2). *Dost dlouho mi trvalo, než jsem si uvědomil, že život jde dál a že třeba je teda ten zbytek dožít, tak jak by bylo nejlíp*

jednotka. Vyskytly se obavy z patologizace normálního smutku a z předdiagnostikování, které by mohlo vést k nepřiměřené medikaci. Poukazovalo se na to, že oddělení od normálního smutku není dostatečně jasně vymezené a znamenalo by označení řady normálně truchlících za duševně nemocné. Protiargumentem bylo, že se jedná o osoby, které potřebují profesionální pomoc. Finální podoba pojetí truchlení v DSM-5 je jakýmsi kompromisem, cílem je rozlišit mezi velkou depresivní poruchou (*major depressive disorder*), „normálním“ zármutkem a patologickým zármutkem včetně změn v diagnostických kritériích a napomoci tomu, aby nebyly přehlíženy příznaky velké depresivní poruchy. Vzhledem k přetrvávajícím nejasnostem kolem pojmu komplikované truchlení se tedy tomuto pojmu ve svém článku vyhýbám a stav, kterým si respondent procházel, pracovně nazývám prolongované truchlení.

a tak, jak na to člověk má, no. (3/4).

Špatenková (2004, s. 72) uvádí, že někteří pozůstalí si jasně uvědomují, že se jejich zármutek „zkomplikoval“. Tito lidé cítí, že uvízli v procesu truchlení a že „*sami už nemohou dál*“ a z tohoto důvodu pak vyhledávají odbornou pomoc. Tato „sebediagnóza“ je podle Špatenkové typická. Fakt, že si pozůstalí uvědomují své problémy a dávají je do souvislosti s nezpracovaným zármutkem, může terapeutovi usnadnit práci. Kastová (1987) k otázce vyhledání odborné pomoci při krizích ze zármutku poznamenává, že krizová intervence probíhá v terapeutické praxi zřídka bezprostředně po ztrátě, ale většinou až po delším čase a často v souvislosti se skrytou krizí u lidí, kteří si stěžují na psychosomatické potíže. Tím, že krizi prožívají především na tělesné úrovni, zůstává skutečný spouštěč – ztráta – skrytý. Ke vzniku těžké krize pak může dojít i při minimálním dodatečném zatížení. Lidé často vyhledávají odbornou pomoc i v případě následné ztráty nebo při výročích spojených se zemřelým, kdy se mohou vynořit vzpomínky provázené živými a intenzivními emocemi (Vojtěchovský 1994). Carnelley et al. (2006) tvrdí, že takovéto vzpomínky provázejí až čtvrtinu pozůstalých i po dvaceti letech od úmrtí blízkého člověka. V posledně jmenovaných případech jsou možnosti krizové intervence značně omezené a otevírá se zde prostor pro psychoterapii.

Svou roli v tom, že Jan nevyhledal odbornou pomoc, mohlo sehrát jednak jeho založení a nedůvěra v odborníky, jednak styl prožívání emocí v jeho rodině (*Mají tak něk tu povahu, to příbuzenstvo, jako mám já, prostě, že není nutné se v tom, jak se říká, hrabat a rozmazávat to pořád dokola*) (3/7), případně i věk a fakt, že v sociokulturním prostředí, ve kterém žije, není běžné obracet se za těchto okolností na odborníky. Uvažme tuto otázku ještě šířeji.

Rosenblatt et al. (1976) zkoumali v domorodých kulturách zvyklosti spojené s úmrtím a identifikovali zde roli „odborníka na rituály“, jehož úkolem je provázet truchlícího jeho zármutkem na jinou pozici ve společnosti. Problémem však je, že v naší společnosti takto jasně vymezená role není a zůstává otázkou, na koho by se měli lidé v této situaci obracet a kdo by měl touto nápomocnou osobou být: poradce pro pozůstalé, terapeut, psychiatr, duchovní, rodina nebo přátelé? Zaznamenáváme též úpadek rituálů, které tradičně provázeli truchlící jejich zármutkem, poskytovali rámec pro jejich jednání a zprostředkovaly vztah a smíření mezi živými a mrtvými (podle Silvermanové 2007).

2. Teorie zabývající se zármutkem a terapie zármutku

Pokud jde o terapii zármutku, velmi záleží na osobnosti terapeuta provádějícího terapii a na tom, jaké osobní postoje zaujímá ke smrti a umírání, nicotě a lidské konečnosti, případně i na tom, jaké teorie zabývající se zármutkem upřednostňuje. Pojdme si nyní tyto teorie stručně projít.

Novější teorie zabývající se zármutkem opouštějí koncept odpoutání (detachment), který vychází z Freudova uvažování. Freud (1917) se domníval, že „práce truchlení“ (Trauerarbeit, grief work) sleduje účel „propustit“ zemřelého, vyjmout emoční vklad ze vztahu k němu a uvolnit tuto emoční energii pro nové vztahy, jakoby lidé mohli mít v jednom okamžiku pouze jeden jediný. Freudem byl ovlivněný také Lindemann (podle Firthová, Luffová, Oliviere, 2007), který se jako první zabýval krizovou intervencí v procesu truchlení a sám ji prováděl. Identifikoval tři úkoly práce truchlení: 1. Emancipaci z vazeb k zemřelému, 2. Opětovné přizpůsobení se prostředí, ve kterém mrtvý schází, 3. Vytváření nových vztahů. Bowlby

(1961, 1980), vysvětloval truchlení s využitím vlastní teorie attachmentu. Pozůstalý podle něj prochází nejprve fází šoku, otupělosti a neochoty připustit si ztrátu, dále fází touhy a hledání, fází dezorganizace a beznaděje a nakonec fází reorganizace – vidíme zde koncept přechodu, který odpovídá i van Gannepovu (1909) popisu. Worden (1982) v návaznosti na práci Lindemanna a Furmanové (viz níže) pojednává o úkolech, které musí lidé řešit, mají-li se úspěšně vyrovnat se svým zármutkem. Proti pasívnějšímu konceptu fází tak staví komplexnější koncept úloh truchlení, který zdůrazňuje aktivitu pozůstalých. Uvažuje o těchto čtyřech úlohách: 1. Přijmout ztrátu jako realitu, 2. Prožít zármutek, 3. Zadaptovat se ve světě, ve kterém zemřelý už není. 4. Citově se odpoutat od zemřelého a investovat city do jiného vztahu. Tyto úlohy truchlení též připomínají Freudovo chápání práce truchlení. Práce se zármutkem je sice bolestná, ale pro vyřešení krize nepostradatelná. Mezi zajímavé úvahy na toto téma patří podle Špatenkové (2004) myšlenka, že prolongovaná deprese může být obranou proti aktivnímu truchlení, protože práce se zármutkem vyžaduje bolestné uvědomování si ztráty.

Jako alternativu k lineárním modelům založeným na práci truchlení (viz výše) vyvinuli Margaret Stroebe a Hank Schut (1999, 2010) model dvojího procesu vyrovnávání se se ztrátou (The Dual Process Model of Coping with Bereavement, DPM). Tento model poukazuje na dva typy úkolů spojených se zármutkem ze ztráty: 1. jedná se o stresory a aktivity spojené přímo se ztrátou (loss-oriented), jako např. bolestné zabývání se zemřelým, touha po shledání se s ním, přemítání o okolnostech jeho smrti, pláč, žal, popření nebo hněv, vyhýbání se aktivitám spojeným s obnovou, 2. stresory a aktivity spojené s obnovou (restoration-oriented), jedná se o zaměření se na dopady této ztráty na různé oblasti života (finanční, právní, společenskou atd.), patří sem např. přizpůsobení se novým rolím a budování nové identity, zvládání změn, přehodnocení a přeplánování svého života, nové

aktivity a vztahy, vyhýbání se či popírání smutku. Podle tohoto modelu je zvládnutí ztráty a zármutku z ní složitý regulační proces konfrontování se s těmito dvěma typy stresorů a vyhýbání se jim, přičemž pro adaptivní zvládnutí je nezbytná oscilace mezi oběma typy – pozůstává se někdy s různými aspekty ztráty konfrontuje, jindy se jim vyhýbá. Protože truchlení může člověka vyčerpávat, je třeba určité jeho „dávkování“. Oddechnutí si od něj pak může mít regenerační účinek. Období odpojení jsou důležitá pro obnovu vztahů a pro každodenní fungování. Stejně tak tomu může být i s úkoly obnovy.

S odlišným pojetím truchlení přišli Klass, Silvermanová a Nickman (1996), kteří na základě novějších výzkumů na tomto poli (srov. např. Silverman, P. R., Klass, D., 1996) zproblematizovali doposud přijímané teorie „uzdravení se ze zármutku“ a přišli s konceptem „přetrvávajících vazeb“, který poukazuje na ozdravnou roli udržení symbolických pout k mrtvému. Namísto konceptu odpoutání se z vazeb k zemřelému byl představen model akomodace a adaptace - přijetí ztráty a přizpůsobení se jejím důsledkům bez vymazání emočně nabitých vzpomínek na zemřelého (podle Pauknerová, Čermák, 2013). Bonnano pozoroval, že lidé, kteří mysleli na zemřelé častěji, vykazovali zlepšující se psychický stav (Bonnano, Wortman, Nesse, 2004). Podmínkou zlepšujícího se stavu byl však pozitivní charakter těchto vzpomínek. Podle Furmanové (1974), která pracovala s dětmi předškolního věku zasaženými úmrtím jednoho z rodičů, je obsahem truchlení zvládnutí procesu, který je vyvolán ztrátou spojení se zemřelým. Truchlení končí, když se děti částečně identifikují se zemřelým, což jim umožní navždy si pro sebe uchovat některé aspekty osoby ztraceného rodiče. Zároveň však u těchto dětí zdůrazňuje důležitost procesu odpoutání. Podle Silvermanové (2007) tím reflektuje dilema, jemuž čelí i terapeuté, když pozorují, že se lidé – děti i dospělí – od svých zemřelých blízkých neodpoutávají, ale současně jsou ovlivněni teorií,

kteřá tvrdí, že takovéto „propuštění“ je pro „uzdravení“ nezbytné. Marris (1974), který se obecně věnoval otázkám ztráty a změny a který zkoumal i povahu změny, která nastává v životě pozůstalých, popsal fenomén, který nazval „konzervační pud“. Pozůstalí, i když přijmou svůj nový život, uchovávají si něco ze starší doby. Podle Kastové (1987) je truchlení proces, kterým se odpoutáváme od člověka, jehož jsme ztratili, a který nás opět přivádí k tomu, abychom žili svůj vlastní život. Během odpoutávání bychom však neměli přijít o to, co ve vztahu k zemřelému žilo a co by se mělo přenést dál do života. Kastová dále uvádí, že tento proces často provázejí sny a že má podobné fáze jako kreativní proces.

Novější přístupy již berou v úvahu i vztahové a osobnostní aspekty života jednotlivce – např. Neimeyerův (2001) narativní přístup poukazuje na význam rodinné historie a kultury a také na osobní kvality truchlících. Objevuje se též vztahové pojetí zármutku (Silverman 1987, 2000), které pohlíží na truchlení jako na interaktivní proces, jehož se účastní mnoho truchlících i dalších lidí figurujících v jejich životě. Důraz je zde kladen na vzájemnost a na vzájemnou závislost (interdependence).

Další přístupy, vycházející z klasických teorií stresu a jeho zvládnání (srv. např. Lazarus a Folkmanová, 1984), zkoumají vliv strategií zvládnání na to, jak se truchlící adaptují na ztrátu. Na zármutek se zde pohlíží kontextuálně, tzn. se zaměřením na rodinu a společnost, na zdroje pomoci a naučené chování v reakci na smrt. Důležité je tedy chování lidí v dané situaci, přičemž důraz klade se na to, co se při truchlení rozvíjí. Pozornost je namísto intrapsychických aspektů procesu truchlení věnována postavení tohoto procesu v kontextu životní dráhy a každodenního života lidí (Silverman 2000). Podle C. R. Snydera (2001), který je zastáncem interakčního přístupu v teorii zvládnání stresu, podporují adaptivní copingové

strategie následující faktory: sociální opora, nalezení smyslu v zátěžové situaci, efektivní rozptýlení pozornosti a udržování aktivity.

Pauknerová a Čermák (2013) poukazují na to, že s vývojem teorií zármutku dochází k přesunu pozornosti od rozlišování mezi komplikovaným a nekomplikovaným truchlením k poznávání potenciálu jednotlivých osobností truchlení zvládat. Tento vývoj se může projevit také v terapii zármutku.

3. Účinnost terapie zármutku

Zastavme se ještě krátce u otázky účinnosti terapie zármutku. Ve své přehledové studii se jí zabývají Mancini, Griffin a Bonanno (2012). Poukazují na to, že nedávné studie na toto téma zdůrazňují, že terapie je účinná zejména tehdy, když je zaměřena na dospělé a děti se zvýšenou a přetrvávající hladinou distresu po ztrátě blízkého, například v případě prolongovaného zármutku. Naproti tomu univerzální intervence poskytnuté komukoliv, kdo zažil ztrátu blízkého člověka, přinášejí příjemcům minimální či žádný užitek (Currier, Neimeyer, Berman, 2008). Ukazuje se též, že terapie zaměřené na pozůstalé s výrazným a přetrvávajícím distresem jsou sice účinné, ale méně než je u psychoterapie běžné, přičemž důvody nižší účinnosti tohoto typu terapie zůstávají nejasné. Je však doloženo, že pozůstalí vykazují po uplynutí určité doby jisté zlepšení, a to bez ohledu na to, zda prošli nebo neprošli terapií (Currier, Neimeyer, Berman, 2008). Tuto perspektivu podpořily i výzkumy svědčící o výrazné různorodosti týkající se toho, jak lidé reagují na ztrátu a jiné akutní stresory (Mancini, Bonanno, Clark, 2011; Bonanno, Westphal, Mancini, 2011). V těchto výzkumech se ukázalo, že většina lidí (obvykle 50 – 60%) je resilientních. Tito lidé zvládají ztrátu velmi

dobře a očividně nepotřebují profesionální intervenci. Další skupina lidí (10 – 20%) vykazuje symptomy akutního zármutku a zvládnání je u ní pozvolnější. U 10 - 15% lidí se objevují symptomy prolongovaného (či chronického) zármutku, které se mohou zhoršovat a přetrvávat i léta po ztrátě. Pro tuto skupinu je podle autorů výzkumu klinická intervence nejvhodnější.

Podle studie Manciniho, Griffina a Bonanna (2012) zabývající se novějšími trendy v léčbě prolongovaného zármutku jsou pro zmírnění jeho symptomů účinné kognitivně-behaviorální techniky, např. kognitivní restrukturalizace, jež pomáhá truchlícím najít problematické aspekty spojené se ztrátou a revidovat své porozumění těmto aspektům nebo expoziční techniky. Expozice může u této techniky probíhat v představě (truchlící může například vyprávět příběh své ztráty) nebo se může jednat o expozici in vivo (v reálné situaci), kdy je truchlící např. konfrontován se svým vyhýbáním se určitým místům či lidem, které má spojené se ztrátou. Další běžně používané techniky léčby (terapeutické dopisy, prázdná židle, přepis v imaginaci atd.) popisují ve svém článku např. Látalová, Kamarádová a Praško (2013).

Pokud je zármutek komplikován depresí, je kromě specifické terapie vhodné i podávání antidepressiv; podobně je tomu i při výskytu následné posttraumatické stresové poruchy nebo komorbidní úzkostné poruchy (Kosová, Praško, 2008). Kromě poskytnutí úlevy může užívání antidepressiv pomoci i ve snášení terapie zármutku, která často vyžaduje, aby se pacient konfrontoval s bolestivými zkušenostmi (Mancini, Griffin, Bonanno, 2012).

4. Příběh zvládnání zármutku

Vraťme se nyní k Janovu příběhu. Na konci asi osmiletého období truchlení vypadal jeho život zhruba takto: *Jsem tady sám, ne. Akorát pár těch známých, který tady člověk má, obejde, nebo objede a za dcerou jezdím na návštěvu jednou tejdně. No a jinak, nějaká ta procházka, cvičit, abych se mohl vůbec hejbat, protože mě berou záda a ... trochu ta televize, dost čtu a ...nějaká ta práce se taky najde. Někdy je jí až moc. (1/2).* Na otázku, co pěkného jej v budoucnosti ještě může potkat, odpovídá: *Já myslím, že nic. Nic už zase výraznýho né. V klidu dožít, bez nějakých velkých bolestí nebo problémů. Doufám, že mě nepotkají už a pak, že to nějak rozumně skončí, no. Takových drobných radostí je. Že člověk někam zajde, tady si s někým popovídá, se známěma. Zavzpomíná, nebo za tou dcerou, že zajedu za vnoučatama a pak nějaký zvláštní zlomy nečekám, nebo nedoufám, že by něco muselo zrovna...nebo, že bych se na něco zvlášť těšil...takový ty drobný radosti, prostě, jinak... (1/6).*

Impulsy ke změně a k aktivnějšímu způsobu života přišly zejména od okolí. Jednak s novou lékařkou, která mu doporučila změnu ve způsobu léčby cukrovky (*A ta nová lékařka mi dala prostě takový nějaký ty mantinely, je třeba životosprávu, pohyb. Prostě hodinu a půl, jak se říká ostré nebo usilovné chůze, abych teda jako vydržel) (2/1),* jednak od kamarádů a známých, kteří jej pozvali do různých zájmových spolků, jako je KČT, Sokol a Senior klub: *Řek, že choděj turisti čtyřicet kilometrů, to jako nebylo pro mě, ale když přišel podruhý a řek, že už to vypadá ke dvaceti, tak sem to zkusil. Jo pak taky přišli s tím, že bych taky měl chodit mezi lidi do toho „Senior klubu“ tancovat a tak. (2/1).* Začal být v těchto spolcích aktivní, účastnit se jimi pořádaných výletů a vycházek, tancovat a jezdit na kole, případně sportovat sám: *No a jinak když nic nejni, no tak sám, no nedá se nic dělat. Já prostě sem si zvyk, za těch posledních... já*

*nevím, tři, čtyry roky, že prostě každej den musím nákej ten kousek cesty ujít, tý půl druhý hodiny, tak nák vono se to blíží až tej hranici nebo kolem deseti kilometrů denně, což se nechá bez problémů zvládnout, to jako není problém. (2/6). Ještě před těmito změnami se na popud členů rodiny, kteří mu nabídli praktickou pomoc, začal věnovat také manuální činnosti: *Začal jsem se věnovat víc nákej tej práci manuální a činnosti. Sestra s neteří říkaly, hele dyť to takhle nejde dál – třeba s tou chatou, to by bylo spadlo, my ti pomůžeme a dáme se do toho. Pak byly práce na baráku, tam se toho dělalo moc, nejdřív fasáda, potom i vevnitř se hodně předělávalo. Tímhle jsem se nák probral, tou prací. (3/2).**

Tento vývoj v Janově životě ukazuje, že zdrojem sociální opory nemusí být pouze děti a nejbližší rodina, ale i širší okruh příbuzných a přátel nebo různé organizace. Přidržíme-li se přístupu C. R. Snydera (2001, viz výše), můžeme zde kromě sociální opory pozorovat i další faktory podporující **adaptivní zvládnání**: efektivní rozptýlení pozornosti a udržování aktivity. Teorie podporující efektivní rozptýlení pozornosti předpokládají, že zaměření na pozitivní podněty ubírá prostor těm negativním. Efektivita rozptýlení pozornosti závisí na povaze podnětu, síle stresoru a intenzitě emoční odpovědi. Podnět odvádějící pozornost od prožitku vdovství tedy musí být dostatečně silný, aby se projevil jeho efekt – odvrácení negativních emocí. Jedním z příkladů komplexního podnětu, který je dostatečně silný k odvrácení pozornosti od úmrtí partnera, mohou být právě volnočasové aktivity (podle Pauknerové a Čermáka, 2013). Janke, Nimrod a Kleiber (2008) se ve své studii zabývali vztahem mezi udržováním volnočasových aktivit u starších vdov a depresivními symptomy. Ukázalo se, že k redukci depresivních symptomů u těchto ovdovělých přispívají formální společenské aktivity typu klubů či dobrovolnických prací a dále zahradničení a jiná fyzická aktivita.

Jan je o důležitosti a nutnosti fyzické aktivity obecně přesvědčený, myslí si, že když je člověk aktivní, je sám se sebou spokojený: *Prostě sem přesvědčenej o tom, že ta aktivita je důležitá a nutná, aby člověk tak nějak přežíval opravdu pokud možno v pohodě. Že nějaký to posedávání a fňukání, že opravdu není to správný řešení. (2/7). Jednak mi to bylo doporučeno, že pokud si chci tak nějak srovnat ty životní pochody v těle, že bych měl bejt trvale aktivní a jednak, když jeden den proležím nebo prosedím někde, tak mě bude tělo bolet daleko víc, než když to někde přeženu s aktivitou. Prostě je to pro mě výhodný a prospívá mi to a cítím se líp. (2/8).*

V době, kdy byl s Janem veden druhý rozhovor, u něho již bylo možno pozorovat i adaptaci a smíření se svou životní situací. Co se týče psychického nastavení, objevovalo se regulované prožívání pozitivních emocí, zejména vyhýbání se stresu. Stres považuje za rozhodující faktor, který ovlivňuje vše ostatní, tedy i jeho zdravotní stav. Proto se snaží udržovat si psychickou pohodu: *(Pro zdraví ve stáří je nedůležitější) dobrá nálada, žádněj stres! (smích) (2/4).*

Pokračuje jeho tendence vytěšňovat určité myšlenky, která pro něho zřejmě má psychohygienickou funkci; *uvědomuje si i to, jak psychické nastavení ovlivňuje jeho zdravotní stav: Ten stres, myslím, že je to nejhorší, co člověka může potkat, když začne přemýšlet o věcech, který nemůže řešit, jo, tak je to špatný. To potom teda to jde z kopce! Psychická záležitost, to je opravdu ve vztahu ke zdraví rozhodující věc a já to poznám třeba i na tom cukru, dá se říct, že když si dám cukr, tak je to míň škodlivý, než když bych podlehl nějakým depresím nebo stresům, tak se to projeví daleko hůř.“ (2/4).*

Co se týče vzpomínek na život s manželkou, vidíme, že Jan s časovým odstupem přehodnocuje minulé situace: *Někdy jsou ty vzpomínky příjemný a někdy nepříjemný když si člověk uvědomí, že spoustu věcí měl dělat jinak i to chování, že jako někdy nevyhověl nebo*

neuspokojil přání toho druhého. Člověk si postupně uvědomuje, že řadu věcí moh udělat líp, oboum by to bylo prospěšnější, příjemnější. S odstupem si to člověk dá dohromady. (3/5).

Uvědomuje si též, co pro něj manželka znamenala: *teprve s odstupem času si člověk uvědomí, co to bylo za člověka a tak. (3/5).* Mluví i o tom, že tuto minulou zkušenost někdy využívá i ve svém současném životě: *někdy si člověk při některé situaci vybaví, jak se to řešilo tehdy a aby se neudělala třeba stejná chyba. Takovej návod na to, jak dál s některejma věcmi, v tom samozřejmě je. (3/5).* Na otázku, zda žije vzpomínkami na svou manželku, odpovídá: *No samozřejmě, pořád, to nejde hodit za hlavu a začít znova, prostě musí se pokračovat v tom, co bylo, s tím, že se teda nezapomene na to, co bylo. (3/4).*

Ovdovění s sebou může nést i potenciál rozvoje některých osobnostních stránek. Například respondentky ve výzkumu Carrové (2004) referovaly o zážitku mistrovství v oblasti autonomie a popisovaly vyšší míru sebedůvěry. Ženy i muži se po ovdovění učí dovednostem, které dříve byly doménou partnera a mohou tak objevit skryté zdroje vlastní osobnosti. Jan například hovoří o tom, že uklízí, a že se naučil i vařit: *Když je třeba, tak si něco připravím. (3/5).*

V porovnání se životem v manželství se rozšířila také jeho vztahová sociální síť: *No tak my jsme vůbec měli málo známejch. Moje kamarádky nebo kamarády nebo moje známé z mládí žena moc nechtěla. Ona jak byla vychovaná u cizích lidí, tak prostě měla snahu si chránit to sví, včetně mě, to soukromí, tak neměla zájem, abych se já s těma známejma starejma stýkal, ona měla pár kamarádek a jinak jsme měli prakticky dvě tři rodiny, s kterými jsme se stýkali. Ted' je toho opravdu hodně. Je to teda daný tím, že chodím ty party, takže prostě ten počet lidí je opravdu daleko širší. Je to trošku o něčem jiným. (3/6).*

Pět let po našem prvním rozhovoru vypadal Janův životní styl takto: *Dá se říct, že jsem si toho*

navymejšlel nebo naplánoval dost ve vztahu k těm věcem, který teď dělám. Dostal jsem se do party, dá se říct aktivních lidí v několika směrech. Tak někdy je těch akcí tolik, že to člověk ani nestíhá. Někdy ani časově, samozřejmě i finančně, že musí někdy brzdit, no i samozřejmě tělo už taky není zrovna nejmladší. Prostě spoustu věcí, který jsem nikdy nedělal a který jsem ani neznal a nezajímaly mě, se teď snažím nějak dohnat. Prostě naplnit nějak ten čas, aby to mělo nějaký smysl. Ať už je to práce, nějaká ta zábava nebo něco pro tělo. (3/5).

Závěr:

Se smrtí milovaného člověka vtrhává smrt i do našeho života. Konfrontuje nás s naší bezmocností, konečností a s pomíjivostí. Takováto situace si vyžaduje truchlení. Potlačování zármutku může vést k depresím a sklíčenosti. Tato mezní situace však může být i výzvou k seberealizaci a k objevování našich skrytých zdrojů. Terapeut by si měl uvědomovat i to, že každý člověk je jedinečný a že v reakci na ztrátu panuje výrazná různorodost. Respondent v naší kazuistice po osmi letech „ztraceného života“, jak toto období sám nazývá, v sobě našel s pomocí lidí kolem sebe dostatečnou resilienci a vnitřní sílu k poměrně radikální proměně svého životního stylu.

Tato studie se omezuje pouze na jednoho respondenta, staršího muže, zasazeného do západní kultury. Bylo by zajímavé dlouhodobě sledovat individuální prožívání vdovství u více respondentů, mužů i žen různých věkových kategorií a z různých kulturních okruhů. Zajímavé by bylo také porovnat zkušenosti pozůstalých, kteří prošli terapií, se zkušenostmi těch, kteří podobně jako náš respondent odbornou pomoc nevyhledali.

LITERATURA:

- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Nesse, R. M. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging, 19*(2), 260 – 271.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 511 – 535.
- Bowlby, J. (1961). Childhood mourning and its implication for psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 118*, 481 – 498.
- Bowlby, J. (1980). *Loss, Sadness and Depression*. Londýn: Hogarth Press.
- Carnelley, K.B., Wortman, C., Bolger, N., Burke, Ch. T. (2006). The time course of grief reaction to spousal loss: Evidence from national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(3), 476 – 492.
- Carr, D. (2004). Gender, Preloss Marital Dependence, and Older Adults' Adjustment to Widowhood. *Journal of Marriage and Family, 66*, 220 – 235.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychoterapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin, 134*, 648 – 661.
- Freud, S.(1917/1971). Truchlení a melancholie. In: *Práce k sexuální teorii a k učení o neurózách. Vybrané spisy III*. Praha: Avicenum. (*Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse, 4* (6), 1917, 288-301. *Gesammelte Werke, 10*, s. 428-446.)
- Furman, E. (1974). *A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Van Gennep, A. (1909/1996). *The rites of passage*. London: Routledge and Kegan Paul. (čes. *Přechodové rituály*, Praha: Nakladatelství Lidové noviny.)
- Janke, M. C., Nimrod, G., Kleiber, D. A. (2008). Leisure activity and depressive symptoms of widowed and married women in later life. *Journal of Leisure Research, 40*, 250 – 267.

- Kast, V. (1987). *Der schöpferische Sprung*. Solothurn, Düsseldorf: Walter Verlag AG.
- Kast, V. (2013). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Freiburg im Breisgau: Kreuz Verlag.
- Klass, D., Silverman, P. R., Nickman, S. L. (1996). *Continuing Bonds: New Understandings of Grief (Death Education, Aging and Health Care.)* Washington, D.C.: Taylor and Francis.
- Kosová, J., Praško, J. (2008). Poruchy přizpůsobení. In Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C., *Postupy v léčbě psychických poruch* (s. 330 – 341). Praha: Academia Medica Pragensis.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Látalová, K., Kamarádová, D., Praško, J. (2013). Komplikované truchlení a jeho léčba. *Psychiatrie*, 17(6), 181–188.
- Mancini, A. D., Bonanno, G. A., Clark, A.E. (2011). Stepping off the hedonic treadmill: Individual Differences in Response to Major Life Events. *Journal of Individual Differences*, 32, 144 – 152.
- Mancini, A. D., Griffin, P., Bonanno, G. A. (2012). Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Current Opinion in Psychiatry*, 25 (1), 46 – 51.
- Marris, P. (1974). *Loss and change*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. Washington, D. C: American Psychological Association.
- Parkes, C. M. (1978). *Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust*. Hamburk: Rowohlt Taschenbuch.
- Pauknerová, L., Čermák, I. (2013). Prožitek vdovství u starších lidí. *Československá psychologie*, 57(2), 122 – 133.

- Rosenblatt, P., Walsh, R.P., Jackson, D.A. (1976). *Grief and Mourning in Cross-cultural Perspective*. New Haven, CT: HRAF Press.
- Silverman, P. R. (1987). Widowhood as the next stage in the life cycle. In Lopata, H. Z. (Ed.), *Widows: North America*. North Carolina: Duke University Press.
- Silverman, P. R. (2000). *Never Too Young to Know: Death in Children's Lives*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, P. R. (2007). Truchlení: změna pojetí. In Firth, P., Luffová, G., Oliviere, D., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče* (s. 39 – 58). Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Silverman, P. R., Klass, D. (1996). Introduction: What's the problem? In Klass, D., Silverman, P. R., Nickman, S. L. (Eds.), *Continuing Bonds: New Understandings of Grief* (s. 3 – 27). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Snyder, C. R. (2001). *Coping with stress*. New York: Oxford University Press.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). The dual proces model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197 – 224.
- Stroebe, M., Schut, H. (2010). The dual proces model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA*, 61(4), 273 – 289.
- Špatenková, N. (2004). Vztahová ztráta. In: Špatenková, N. a kol., *Krizová intervence pro praxi* (s. 69 – 75). Praha: Grada.
- Vojtěchovský, M. (1994). Depresivní stavy ve stáří. In Baštecký, J., Kumpfel Q., Vojtěchovský, M. (Eds.), *Gerontopsychiatrie* (s. 205 – 228). Praha: Grada.
- Volkan, V. (1970). Typical Findings in Pathological Grief. *Psychiat. Quart.*, 44, 231 – 250.
- Worden, J. W. (1982). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.