

*Agnieszka Pawlak*

Uniwersytet Łódzki

### SPÓŁCZNE POSTRZEGANIE ŚMIERCI I UMIERANIA WE WSPÓŁCZESNEJ PERSPEKTYWIE TANATOLOGICZNEJ

Wielopłaszczyznowość zagadnienia śmierci sprawia, że jest to trudny przedmiot analizy. W bogatej literaturze o śmierci i umieraniu (zarówno naukowej, jak i publicystycznej) można spotkać opinie o niemożności uprawiania tanatologii jako nauki, gdyż jej przedmiot – śmierć – nie pozwala się uchwycić zarówno w obiektywnym doświadczeniu zbiorowym, jak i w subiektywnym doświadczeniu jednostkowym<sup>1</sup> (por. Alichniewicz 1996). Już Epikur twierdził, że myślenie o śmierci jest bezsensowne. W jednym z listów do swego ucznia pisał:

Staraj się oswoić z myślą, że śmierć jest dla nas niczym, albowiem wszelkie dobro i zło wiąże się z czuciem; a śmierć jest dla nas niczym innym, jak właśnie całkowitym pozbawieniem uczucia. Przeto owo niezbite przeświadczenie, że śmierć jest dla nas niczym, sprawia, że lepiej

<sup>1</sup> Problematyka śmierci i umierania przez wiele wieków była domeną filozofii, religii i medycyny. Psychologowie i socjologowie zainteresowali się nią dopiero pod koniec XIX w. Pierwsze prace socjologiczne z tego zakresu koncentrowały się na społecznej reakcji na śmierć i na interakcji osoby umierającej z otoczeniem. Współczesne badania socjologiczne, podejmujące problematykę tanatologiczną, nawiązują głównie do wielu uwikłanych w nią problemów etycznych – wartości życia i cierpienia, godności człowieka i prawa do samostanowienia o sobie, problematyki eutanazji, przeszczepów i pobierania organów z ciał zmarłych (Ostrowska 1996: 271–273). Jednakże na gruncie dzisiejszej psychologii i socjologii nie ma wyczerpującej teorii obejmującej swym zasięgiem złożoność procesu umierania i zjawiska śmierci. We wspomnianych naukach społecznych mamy do czynienia z wielością koncepcji szczegółowych, analizujących wybrane aspekty umierania, takich jak np. klasyczna koncepcja Sigmunda Freuda o instynkcie śmierci skierowanym do wewnątrz (tendencje samobójcze) lub na zewnątrz (nienawiść, agresja wobec innych). Prekursorem empirycznego podejścia do zjawiska śmierci był Emil Durkheim, który zajmował się m. in. analizą samobójstw jako faktów społecznych. Z kolei Talcott Parsons badał wpływ śmierci na równowagę systemu społecznego (Ostrowska 1991: 5–13).

doceniamy śmiertelny żywot, a przy tym nie dodaje bezkresnego czasu, lecz wybija nam z głowy pragnienie nieśmiertelności [...]. A zatem śmierć, najstraszniejsze z nieszczęść, wcale nas nie dotyczy, bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas nie ma. Wobec tego śmierć nie ma żadnego związku ani z żywymi, ani z umarłymi; tamtych nie dotyczy, a ci już nie istnieją<sup>2</sup> (cyt. za: Laertios 1984: 644–645).

Zdaniem Agnieszki Widery-Wysoczańskiej najważniejsza w koncepcji Epikura jest nieuchwytność śmierci dla umierającego:

Nie ma więc obawy przed śmiercią ani przed pośmiertnymi losami duszy. Życie przypomina zaproszenie na wielką ucztę, a sztuka istnienia polega na umiejętności czerpania z niego rozkoszy. Śmierć człowieka nasyconego bogactwem przyjemności życiowych nie powinna przynosić mu cierpienia (Widera-Wysoczańska 2000: 28).

Obecnie mamy do czynienia z wypaczoną wersją myśli Epikura, w której szczególnie nacisk jest położony na (pozornie uspokajającą) nieobecność śmierci jako takiej w życiu człowieka.

Jednak – z uwagi na ich specyficzną atrakcyjność – śmierć i umieranie stanowią częste tematy dyskursu naukowego i medialnego. Zwłaszcza środki masowego przekazu epatują drastycznymi obrazami śmierci, będących skutkiem wypadków drogowych, katastrof lotniczych, zbrodni bądź wojen<sup>3</sup>. Według Antoniny Ostrowskiej paradoksem jest, że nasze reakcje na tak nienaturalną śmierć są o wiele bardziej naturalne, niż na „zwyčajną” śmierć wskutek choroby, która jest przeznaczeniem znacznej większości ludzi (Ostrowska 1991: 25). W społecznej świadomości zwykła, „codzienna” śmierć jest nadal tematem tabu. W rodzinnym bądź towarzyskim kręgu nie mówi się o śmierci ani w abstrakcyjnym, ani w konkretnym sensie. W społecznym odbiorze śmierć uchodzi bowiem za „nieelegancki” lub „nieestetyczny” temat konwersacji, budzący zwykle zażenowanie.

Te i inne powody sprawiają, że pytania o społeczny odbiór śmierci są aktualne i uzasadnione. Czy, i jak dalece, zmieniło się społeczne wyobrażenie śmierci na przestrzeni wieków? W jaki sposób współczesny człowiek myśli

<sup>2</sup> W podobnym duchu myślał również o śmierci Benedykt Spinoza: „Wolny człowiek o niczym nie myśli mniej niż o śmierci, a jego mądrość wyraża się w medytowaniu nad życiem, a nie śmiercią” (cyt. za: Bauman 1997: 52). Natomiast Seneka w *Listach moralnych* zawarł następującą myśl o śmierci: „Nie śmierci się boimy, ale myśli o śmierci. [...] Śmierć nie spotyka nas ciągle, lecz robi postępy powoli, umieramy po troszeczkę co dzień. Co dzień uchodzi bowiem jakaś część życia i nawet wtedy, gdy rośniemy życie się skraca. [...] Dochodzimy bowiem do śmierci o określonej godzinie, ale przedtem idziemy do niej długo” (cyt. za: Kielanowski 1973: 127–128).

<sup>3</sup> Zdaniem Anselma L. Straussa, który w studium o świadomości umierania opisywał medyczną i społeczną specyfikę postrzegania śmierci w Stanach Zjednoczonych, śmierć jest „jedną z cech charakterystycznych bytowania ludzkiego i członkowie każdej społeczności muszą mieć jakiś sposób radzenia sobie z tym nieuniknionym momentem krytycznym. Mówienie i czytanie o tym jest przypuszczalnie jednym z takich sposobów” (Strauss 1965: 99).

o śmierci? Jaki wpływ na postrzeganie śmierci z perspektywy społecznej mają najnowsze osiągnięcia z dziedziny medycyny i technologii medycznej? Poniżej podejmę próbę socjologicznej odpowiedzi na te pytania. Podstawę analizy stanowią głównie społeczno-obyczajowe i medyczne aspekty postrzegania śmierci, natomiast w mniejszym stopniu – niewątpliwie również zasługujące na uwagę – religijne i rytualne wymiary tego zjawiska.

Do początku XX w. w wyobrażeniach śmierci dominowały dwie podstawowe formy: oparta na doznaniach zmysłu wzroku (XIV–XVII) oraz zorganizowana wokół zmysłu węchu (XVII–XIX).

Zmysł wzroku dostarczał doznań związanych zarówno z pięknem ludzkiego ciała, jak i z jego brzydotą – uwypukloną przez chorobę i śmierć. W średniowieczu i w renesansie poznać i odczuć śmierć znaczyło zobaczyć ją, jako że przemijanie jest naoczne, a świat pełen jest znaków zwiastujących nieuchronny koniec urody, sławy, bogactwa i życia. Charakterystyczne dla tego okresu było demonizowanie dotyku, podkreślanie jego dwoistej natury – dotyk przynosił doznanie czyjejś śmierci i mógł spowodować własną. Dotyk nadawał śmierci wymierną przestrzeń fizyczną (Barański 2000: 7–55). W wiekach średnich śmierć była jedynym prawdziwie znaczącym – z religijnego punktu widzenia – momentem życia, chwilą wyzwolenia spod władzy czasu.

Jedyną receptą na życie sensowne było gotowanie się na śmierć, wyrzekanie pragnień cielesnych i skrzętne gromadzenie bonów za życie cnotliwe i wstrzemięźliwe, do zrealizowania na tamtym świecie (Bauman 1997: 55).

Przez wiele wieków śmierć była zatem sprawą między człowiekiem a Bogiem. Powszechna w średniowieczu wiara w nieśmiertelność ułatwiała pogodzenie się ze śmiercią, która była traktowana jako niekwestionowana ingerencja sił wyższych<sup>4</sup>. „Śmierć mogła być zdarzeniem przykrym lub obojętnym, napawającym lękiem lub spokojnie akceptowanym – jednak zawsze traktowana była naturalnie i jawnie” (Ostrowska 1991: 30).

Na przełomie XVII i XVIII w., w czasach dynamicznego rozwoju kultury miejskiej (wzrost gęstości zaludnienia, stłoczenie ludzi na niewielkich przestrzeniach), przyjęto, że fizyczność drugiego człowieka przejawiała się przez pot, wonie chorobowe czy oddech, co spowodowało wzrost kulturowej aktywności zmysłu węchu. Zmysł węchu stanowił skuteczniejsze od wzroku narzędzie rozpoznawania zagrożeń dla zdrowia i życia człowieka. Czystość stała się nowym stopniem dystansu cywilizacyjnego, nowym stadium uspołecznienia ciała i granicą fizycznej intymności człowieka (Barański 2000: 76–102).

<sup>4</sup> Charakterystyczna dla przedsokratycznej filozofii greckiej była natomiast ambiwalentna postawa wobec śmierci – pesymiści nie uznawali śmierci za dobro, a optymiści nie dostrzegali w niej zła. Od sławnego procesu i samobójstwa Sokratesa śmierć stała się dla starożytnych Greków aktem wyboru między trudnym do zniesienia życiem a ulgą śmierci (Widera-Wysoczańska 2000: 27).

Ogólnie rzecz biorąc, w przednowoczesnych czasach, w społecznym postrzeganiu śmierci dominował – według terminologii Philippe Ariеса – wzór śmierci oswojonej. Śmierć oswojona stanowiła element świata metafizycznego porządku (ukształtowanego przez filozofię antycznej Grecji i myśl chrześcijańską), gdzie każda rzecz miała określone miejsce i ściśle wyznaczone funkcje do spełnienia. Metaforą świata metafizycznego porządku, jego technologią definiującą było na początku koło garncarskie, w XVII stuleciu – mechaniczny zegar, a w XVIII w. – maszyna parowa. Przedmioty te stanowiły symbol świata dynamicznej natury, w którym następuje nieustanna przemiana jednego rodzaju energii w drugi. Przed XIX stuleciem medycyna – jako nauka humanistyczna – była przede wszystkim sztuką leczenia ludzi. Lekarzy było niewiele i interweniowali tylko w ciężkich chorobach; zabiegi operacyjne były natomiast wykonywane przez chirurgów, których uważano za rzemieślników (Kielanowski 1987: 243).

Wraz z postępującą indywidualizacją (a więc wzrostem jednostkowej świadomości), laicyzacją śmierci, rozwojem wiedzy medycznej i powstaniem nowych wynalazków z dziedziny technologii medycznej, wzór śmierci oswojonej przekształcał się stopniowo we wzór śmierci zdziżalej ze wszystkimi tego konsekwencjami – uprzedmiotowieniem choroby i śmierci (Szewczyk 1996: 7–31). Z drugiej strony, intensywne procesy urbanizacyjne sprawiły, że ludzie oddalili się od natury i utracili tym samym możliwość obserwowania całości cyklu życia w przyrodzie – od narodzin do śmierci (Ostrowska 1991: 31). Na znaczeniu zyskały takie wartości, jak: siła, młodość, sprawność i witalność – podstawowe wyznaczniki społecznego sukcesu.

Na początku XX w. nastąpił zatem przełom w zmysłowym doznawaniu śmierci. Biologiczność ciała zepchnięto w intymno-prywatną sferę oraz w przestrzeń instytucji medycznych. Zanikły dotychczasowe zmysłowe oznaki chorego i umierającego ciała. Śmierć stała się w pewien sposób „nieobecna”. Wiek XX charakteryzuje się całkowitym zawłaszczeniem przez medycynę śmierci i umierania. Choroba i śmierć zaczęły być postrzegane jako nieczyste, a ich oglądanie uznane za nieprzyzwoite. Nowoczesność kładła nacisk tylko na takie aspekty bytu, których potencjalne „ulepszenie” jest w ludzkiej mocy. Nieuchronność śmierci uległa zubożeniu.

Ceną, jaką człowiek nowoczesny płaci za wyzwolenie od zadumy nad ludzką śmiertelnością i ulotnością ziemskiego żywota, jest życie codzienne upływające w cieniu niezliczonych a wszędobylskich śmiertelnych zagrożeń – potencjalnych „przyczyn zgonu” (Bauman 1997: 56).

Współczesny obraz śmierci to medyczny obraz diagnozy, terapii i reanimacji. Śmierć została zrjonalizowana i stechnologizowana, zinstytucjonalizowana i odczłowieczona; można ją czasowo wyznaczyć i naukowo uzgodnić. W związku z tym śmierć stała się wyłącznie intymnym doznaniem

umierającego, podporządkowanym medycznemu wizerunkowi śmierci (Barański 2000: 103–157).

W latach 50. XX w. mamy już do czynienia z ukształtowaną ideologią szpitalną, której podstawę stanowiły trzy dogmaty:

1. Wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi.
2. Zapewnienie zdrowia jest funkcją ekspertów.
3. Śmierć to najgorsza rzecz, jaka może spotkać człowieka (Szewczyk 1996: 31).

walka z chorobą i ze śmiercią staje się ważniejsza – czasem o wiele ważniejsza – niż dobro chorego. Dla lekarzy ukształtowanych przez tę ideologię nie ma pacjentów umierających – są tylko pacjenci ciężko chorzy. Organizacja medycyny przypomina organizację wojska. Również jej słownictwo jest w ogromnej mierze słownictwem militarnym. Silnie zhierarchizowane oddziały służb medycznych pod wodzą lekarzy walczą z chorobami (Szewczyk 1998: 228).

Według Antoniny Ostrowskiej śmierć stała się w ten sposób wydarzeniem szpitalnym, oddanym w ręce „specjalistów”, a proces medykalizacji śmierci należy uznać za jeden ze wskaźników otwartości, z jaką społeczeństwa traktują śmierć i swoich umierających (Ostrowska 1991: 32).

Zdaniem Zygmunta Baumana charakterystyczne dla nowoczesności przeciwstawienie zdrowia i choroby stanowi egzemplifikację ogólniejszego rozróżnienia między normą a anomalią. Precyzyjne określenie normy i odpowiadających jej anomalii (odchyleń od normy) to dla każdego aspektu świata nieodzowny element walki o ustanowienie przejrzystego ładu w chaotycznym, nowoczesnym świecie ludzkich doznań (Bauman 1997: 57).

Jedną z ważnych konsekwencji medykalizacji śmierci jest niejednoznaczność aktu śmierci, wymykająca się definicyjnej precyzji. Pomiędzy śmiercią kliniczną a śmiercią biologiczną powstaje obszar „fascynującej niepewności” (Szewczyk 1996: 33). Wytyczenie granicy między życiem a śmiercią to nie tylko problem medycyny, to także społecznie ważna kwestia oraz dylemat filozoficzno-moralny. Wielowątkowa dyskusja na ten temat trwała w latach 60. XX w. Z uwagi na złożoność problemu nie zostanie ona tu przedstawiona (por. Szczęśna 1996: 63–96). Warto jednak w tym kontekście odnotować pewną istotną zmianę. Po wielu kongresowych i akademickich dyskusjach dotyczących tego problemu prawie jednomyślnie zgodzono się, że momentem śmierci człowieka nie jest zatrzymanie akcji serca i oddechu (mogą być sztucznie podtrzymywane dowolnie długo), ale zanik funkcji życiowych kory mózgowej (trwały i nieodwracalny zanik świadomości).

Niemniej warto zwrócić uwagę na fakt, że uznano ludzkiego „ducha”, a więc świadomość za konstytutywną cechę osobowości, będącą nosicielem „świętości” ludzkiego życia, a więc zasługującą na ochronę. Tam, gdzie jej nie ma, nie ma żadnego człowieka, choćby serce biło (Kielanowski 1987: 249).

Medykalizacja śmierci była jedną z głównych przyczyn społecznego przewartościowania zjawiska śmierci. Analizując śmierć we współczesnej kulturze zachodniej G. Gorer określił ją jako „nową pornografię” – temat oceniany kulturowo (cyt. za: Ostrowska 1991: 27). Cenzura mówienia o śmierci dotyczyła także przestrzeni szpitalnej, gdzie w rozmowach z umierającymi pacjentami unikano wspomnienia o zbliżającej się śmierci – świadomość umierania stała się „świadomością zastrzeżoną” (Strauss 1965: 104). Zdaniem Anselma Straussa podtrzymywaniu świadomości zastrzeżonej sprzyjały następujące czynniki:

1. Większość pacjentów nie ma doświadczenia w rozpoznawaniu objawów nadchodzącej śmierci.

2. Lekarze nie oświadczają na ogół pacjentowi otwarcie, że przypuszczalnie lub na pewno grozi mu śmierć.

3. Rodziny umierających pacjentów również wykazują tendencję do zachowania tego faktu w tajemnicy.

4. Organizacja szpitala (nieдоступność historii chorób, rozmowy w fachowym języku, profesjonalizm personelu medycznego) sprzyja ukrywaniu prawdy o stanie pacjenta.

5. Pacjent nie może liczyć na swoich krewnych lub innych chorych, którzy zazwyczaj – na równi z lekarzami i pielęgniarkami – także uczestniczą w podtrzymywaniu „świadomości zastrzeżonej” (Strauss 1965: 104–107).

W latach 80. XX w., gdy wskutek coraz intensywniejszego rozwoju nauk medycznych (udoskonalenie respiratora i metod transplantacji oraz technik przedłużania agonii) granica między życiem a śmiercią zaczęła się niebezpiecznie zacierać, podjęto walkę o prawo pacjenta do godnej śmierci (Szweczyk 1996: 31–44).

Coraz wyraźniej rysuje się potrzeba powstania i rozwoju nowej dziedziny nauk lekarskich, dziedziny nauki o objawowym leczeniu ludzi umierających, czyli leczeniu terminalnym. Ambicją medycyny powinna być umiejętność łagodzenia cierpień terminalnych w takim samym stopniu, w jakim łagodzi się dziś bóle przedoperacyjne, operacyjne i pooperacyjne, co się ostatnio czyni już przecież znakomicie. Sądzę, że nazwa nauki o dobrym umieraniu mogłaby poprawnie brzmieć – „eutanalogia”

– pisał w tamtym czasie Kielanowski (1987: 250).

Schyłek XX w. to bowiem czas bilansu spełnionych i niespełnionych nadziei związanych z postępem technologicznym. Z jednej strony, postęp naukowy przyczynił się do przedłużenia ludzkiego życia i poprawy jakości egzystencji; z drugiej natomiast, spowodował samowyobcowanie człowieka – imperatyw postępu był naczelną zasadą organizującą społeczne i naukowe życie. Technologiczna nauka (także tanatologia) bagatelizowała egzystencjalny wymiar śmierci i umierania. W erze powszechnej wiary w postęp technologiczny nieuchronność śmierci zastępowano bezterminowością agonii.

rozwoj medycyny doprowadził do istotnych przewartościowań; zniósł wyraźną granicę między życiem a śmiercią, stworzył możliwości sztucznego podtrzymywania życia i nadzieję na „oszukanie” śmierci (Ostrowska 1991: 31).

Śmierć – w wyniku technologicznej unifikacji – straciła bioetyczną wyrazistość; stała się śmiercią „niedefinitywną”, abstrakcyjną, pozbawioną ludzkiego oblicza.

Nauka technologiczna neguje fakt umierania i daje jednocześnie nadzieję na coś, co nazwać trzeba „technologiczną nieumieralnością” – nieskończonym, w teorii, przedłużaniem życia za pomocą techniki medycznej (Szewczyk 1998: 227).

Śmierć z perspektywy naukowej tanatologii oznaczała przede wszystkim cierpienie hipotetycznego człowieka; była śmiercią niczyją. Niewystarczalność tanatologii określonej wymogami nauki technologicznej to jeden z istotnych powodów poszukiwania hermeneutycznej interpretacji problematyki tanatologicznej (Kwiatkowski 1996: 97–125). Idea walki z chorobą – naczelną zasadą ideologii szpitalnej – jest zastępowana ideą troski o pacjenta, która zakłada również prawo chorego do autonomii (Szewczyk 1998: 228).

Jak przedstawia się zatem współczesny stosunek do śmierci?

Peter L. Berger jest autorem koncepcji o trzech stadiach procesu konstruowania wartości, znaczeń i symboli, w której człowiek jest nie tylko kreatorem rzeczywistości, ale także (w równej mierze) produktem społeczeństwa. Proces tworzenia obejmuje następujące etapy:

1. Uzewnętrznienie – człowiek kreując znaczenia przypisuje je zewnętrznej rzeczywistości; znaczenia funkcjonują jako podstawowy komponent społeczności.
2. Obiektywizacja – proces uniezależniania znaczenia od twórcy i kontekstu powstania.
3. Uwewnętrznienie – ponowna subiektywizacja znaczeń (za: Wiera-Wysoczańska 2000: 36).

W ten sposób powstają i ewoluują wszelkie społeczne znaczenia, w tym również te dotyczące śmierci.

Zdaniem Ostrowskiej śmierć jest na ogół postrzegana jako koniec życia, ale także (wśród osób wierzących) jako koniec życia doczesnego i początek wiekuistego.

Nasze postawy wobec śmierci są wewnętrznie zróżnicowane i niejednolite w swojej warstwie poznawczej i afektywnej. Akceptacja intelektualna śmierci nie zapewnia akceptacji emocjonalnej. Komponent emocjonalny jest dominujący w naszym stosunku do umierania, a lęki i obawy składające się w znacznej mierze na jego treść, wpływają na tendencję do unikowych zachowań w stosunku do wszystkiego, co dotyczy śmierci lub ją przypomina

– uważa wspomniana autorka (Ostrowska 1991: 33).

Czy w dzisiejszych czasach religia spełnia jeszcze funkcję kanalizatora lęków związanych ze śmiercią? Warto odwołać się tu do teorii Mircei Eliadego, który wprowadził rozróżnienie między religijnym i niereligijnym okresem ludzkości. Kryterium wyodrębniającym te dwa okresy było postrzeganie czasu i przestrzeni w heterogeniczny lub homogeniczny sposób. Według Eliade, jeśli czas jest postrzegany w homogeniczny, linearny, niepowtarzalny sposób, mamy do czynienia z nowoczesnym, niereligijnym społeczeństwem. W archaicznych społeczeństwach religijnych czas jest postrzegany jako heterogeniczny – podzielony na *profanum* (czas świecki, linearny) i *sacrum* (czas święty, sakralny, cykliczny). Dla człowieka religijnego czas nie jest czymś stałym; jest nieciągły. Za pomocą rytuału wierzący człowiek przechodzi od czasu świeckiego do religijnego (do którego przynależy także śmierć) i odwrotnie. Współczesny człowiek traci, zdaniem Eliadego, „umiejętność” przechodzenia od sfery *profanum* do sfery *sacrum*; postrzega czas i przestrzeń jako jednorodną, ciągłą, czyli w świecki sposób, odrzuca to, co transcendentne i nieciągłe (Eliade 1998).

W społecznościach zorganizowanych wokół istniejących w nich koncepcji religii można spotkać się z dwojakiego rodzaju stosunkiem do śmierci:

1. Po śmierci następują ponowne narodziny; akty narodzin i śmierci powtarzają się wielokrotnie aż do osiągnięcia stanu nirwany – doskonałej obojętności (buddyzm, hinduizm)<sup>5</sup>.

2. Istnieje świat zmarłych i raj dla nieśmiertelnych (taoizm). Nieśmiertelna dusza na sądzie ostatecznym ma możliwość ponownego połączenia się z ciałem i życia wiecznego lub wiecznego potępienia (judaizm, islam, chrześcijaństwo).

Współczesny człowiek, żyjący w zlaicyzowanym społeczeństwie, utracił zdolność „przebywania” w sferze *sacrum*. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii w 1986 r. wykazały, że połowa badanych w obu krajach nie wierzyła w możliwość egzystencji po śmierci. Mówiąc o śmierci określali ją raczej jako koniec życia niż początek nowego (cyt. za: Ostrowska 1991: 35).

Najnowsze badania CBOS-u (Derczyński 2001) na ten temat pokazują, że w Polsce zdecydowana większość respondentów (69%) wierzy w jakiś

<sup>5</sup> „Według wyznawców hinduizmu w świecie zjawiskowym istnieje reinkarnacja: nieuchronny związek przyczyn i skutków. Wszystkie stworzenia wielokrotnie odradzają się po śmierci. Ich dusze wędrują (*sansara*) przez różne byty materialne w zależności od swego konta moralnego (*karman*). [...] Budda uważał, że niewątpliwie istnieją: proces reinkarnacji, zły los (*dukha*), właściwa droga moralna i wyzwolenie z cierpienia (*nirwana*). Jego zdaniem, cierpimy dlatego, że błędnie postępujemy i mamy fałszywe pragnienia (rozkoszy, życia, śmierci). [...] Powinniśmy tak zredukować własne zachłanne pragnienia, żeby przezwyciężyć złudne poczucie jaźni osobowej i osiągnąć nirwanę. [...] Jeśli człowiek umrze w stanie nirwany, wychodzi z reinkarnacji, pogrąża się w absolutnej nicości” (Lewandowski 2002: 29–33).



rodzaj życia po śmierci. Przekonania na ten temat zależą, oczywiście, od religijności mierzonej częstością praktyk religijnych – im częstsze praktyki, tym większa wiara w istnienie po śmierci.

Z drugiej strony Polacy – według powyższych badań – unikają na ogół myślenia o śmierci i o sprawach z nią związanych. Blisko połowa ankietowanych (48%) w ogóle lub bardzo rzadko myśli o śmierci. Tylko co trzecia osoba (29%) przyznaje, że często rozmyśla o śmierci. Większość dorosłych Polaków nie obawia się śmierci. Śmierć budzi lęk w co trzeciej badanej osobie. Obawy związane ze śmiercią częściej deklarują kobiety oraz osoby z wyższym wykształceniem – przedstawiciele kadry zawodowej i inteligencji. Ponad połowa badanych wolałaby jednak umierać nieświadoma tego faktu (np. we śnie lub niespodziewanie). Prawie dwie trzecie respondentów obawia się również, że będzie umierać w bólu oraz opuszczona przez swych najbliższych (Derczyński 2001).

Czy, mimo to, można zasadnie mówić o ewolucji postaw wobec śmierci ku bardziej otwartym? Wydaje się, że taki proces następuje obecnie, czego dowodzą m. in. postawy i opinie studentów medycyny. Badania z 1992 i 1994 r.<sup>6</sup> wykazały, że:

1. Większość przyszłych lekarzy poinformowałaby śmiertelnie chorego pacjenta o rzeczywistym stanie jego zdrowia i niepomysłnych rokowaniach na przyszłość (1992 – 62,6, 1994 – 81,5%).
2. Zmniejszył się odsetek studentów medycyny, którzy byliby skłonni do końca walczyć o zdrowie śmiertelnie chorych pacjentów (1992 – 58,6, 1994 – 34,9%).
3. W badanej populacji zwiększa się liczba zwolenników eutanazji (1992 – 56,9, 1994 – 64,7%).

Społeczne postrzeganie śmierci zależy nie tylko od postaw życiowych i wyborów moralnych jednostek, ale również od kontekstu społecznego i kulturowego. Określony sposób myślenia o śmierci jest więc pochodną specyfiki czasów i wynikającej z niej jakości życia. Śmierć stanowi bowiem istotną część życia, a sposób, w jaki się o niej rozmyśla, w niemałym stopniu decyduje o sposobach indywidualnej i społecznej egzystencji.

W czasach dominacji kontekstu religijnego (średniowiecze) doczesność życia ustępowała miejsca pośmiertnej wieczności. Wraz z postępem technicznym i narastającym procesem medykalizacji nieuchronność śmierci traciła na znaczeniu wskutek mnożących się możliwości przedłużania życia terminalnie chorych (co czasem oznaczało bezterminowe przedłużanie agonii). Śmierć

<sup>6</sup> Badania na temat: *Studenci o etycznych problemach współczesnej medycyny* były realizowane w październiku 1992 r. i w maju 1994 r. wśród tych samych studentów II i III roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi (por. Gałuszka 1996: 167–206).

stała się społecznie „nieobecna”. Ważne konsekwencje medykalizacji śmierci, to także: niejednoznaczność aktu śmierci wymykająca się definicyjnej precyzji; rozwój w latach 50. XX w. ideologii szpitalnej, według której wyleczenie choroby jest ważniejsze niż troska o ludzi; pojawienie się w relacjach umierający pacjent – personel medyczny oraz umierający człowiek – rodzina „świadomości zastrzeżonej”, której zadaniem jest utrzymywanie nieuleczalnie chorego w nieświadomości rychłej śmierci.

Obecnie mamy do czynienia z propagowaniem idei podmiotowości pacjenta i prawa do godnej śmierci. Problematyka śmierci i umierania stanowi centralny problem współczesnej bioetyki kulturowej. Śmierć powoli przestaje być także tematem tłumionym przez społeczną cenzurę. Proces demitologizacji śmierci jest szczególnie widoczny w opiniach i postawach środowiska lekarskiego.

Znaczenia (wartości, symbole) rozmaitych zjawisk i faktów powstają i podlegają zmianom w długotrwałych i trudnych procesach socjalizacji i internalizacji. Dotyczy to także społecznego postrzegania śmierci. Należy mieć nadzieję, że coraz większa część zarówno opinii publicznej, jak i środowiska lekarskiego będzie przekonana o tym, jak ważna jest świadoma postawa wobec śmierci – jednego z najbardziej uniwersalnych i nieuchronnych faktów ludzkiego życia.

#### BIBLIOGRAFIA

- Alichniewicz A., 1996, *Tanatologia filozoficzna jako podstawa tanatologii lekarskiej*. „Twoja śmierć” i „bycie ku śmierci” a sztuka dobrego umierania, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa–Łódź.
- Barański J., 2000, *Śmierć i zmysły. Doznania, wyobrażenia, przemijanie*, Wyd. „Astrum”, Wrocław.
- Bauman Z., 1997, *Ponowoczesne losy życia i śmierci*, „Odra”, nr 1.
- Derczyński W., 2001, *O umieraniu i śmierci*, komunikat CBOS-u, Warszawa, nr 2590.
- Eliade M., 1998, *Mit wiecznego powrotu*, Warszawa.
- Gałuszka M., 1996, *Potoczna interpretacja śmierci*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa–Łódź.
- Kielanowski T., 1973, *Rozmyślania o przemijaniu*, WP, Warszawa.
- Kielanowski T., 1987, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci*, [w:] *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, KiW, Warszawa.
- Kwiatkowski W., 1996, *Tanatologia – nauka czy pseudonauka?*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa–Łódź.
- Laertios D., 1984, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, Warszawa.
- Lewandowski E., 2002, *Odkrywanie tajemnic bytu*, Wyd. KiW, Warszawa.
- Ostrowska A., 1991, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, IFiS PAN, Warszawa.
- Ostrowska A., 1996, *Umieranie i śmierć*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, PWN Warszawa.
- Strauss A. L., 1965, *Świadomość umierania*, [w:] *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, red. L. Pearson, PZWL, Warszawa.

- Szczęśna A., 1996, *Wokół medycznej definicji śmierci*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa-Łódź.
- Szewczyk K., 1996, *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, [w:] *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, PWN, Warszawa-Łódź.
- Szewczyk K., 1998, *Moralne problemy śmierci i umierania*, [w:] *Etyczne dylematy medycyny*, red. D. Walczak-Duraj, Tian Min Hu, Łódź.
- Widera-Wysoczańska A., 2000, *Rozmowy o przemijaniu. Hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka*, Wyd. UW, Wrocław.

Agnieszka Pawlak

#### SOCIAL PERCEPTION OF DEATH AND DYING IN CONTEMPORARY TANATHOLOGICAL PERSPECTIVE

The complex issue of death is difficult subject of analysis, both in individual and social perspective. Death and dying are, however, frequent focus of scientific and medial discourse. In common consciousness death is still an arousing embarrassment taboo, so focusing on social perception of death is current and well founded. Till the beginnings of 20-th century two main forms of death perception had prevailed: perception based on sensation of sight and perception through the sensation of smell. During 20-th century death experienced the process of medicalisation. Illness, ageing and death were replaced by power, youth and success. Further important consequences of medicalisation process follow: ambiguity of death, development of particular hospital ideology and appearance of 'limited conscience', leading to keeping dying patients in the ignorance of coming death. Nowadays the concept of patients' subjectivity and their right to proper death is popularised.