

Piotr Mrzygłód

Filozoficzno-egzystencjalna anatomia choroby, cierpienia i śmierci

Wrocławski Przegląd Teologiczny 24/2, 73-104

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. PIOTR MRZYGLÓD

FILOZOFICZNO-EGZYSTENCJALNA ANATOMIA CHOROBY, CIERPIENIA I ŚMIERCI

Wprowadzenie

Niepohamowane pragnienie życia połączone z powszechnym marzeniem o długowieczności i jednocześnie paniczny wręcz lęk przed chorobą (zwłaszcza tą nieuleczalną i terminalną), przed bólem, cierpieniem oraz śmiercią, zagłuszany często przez śpiewane gromko – i na przekór wszystkiemu – tradycyjne „sto lat”, to antynomiczne i jednocześnie mroczne oblicze dzisiejszego świata¹. To ewidentne „rozdwojenie” to również jeden z niezrozumiałych paradoksów rządzących życiem człowieka XXI w., który z jednej strony na co dzień doświadcza wokół siebie rozmaitych chorób, nieszczęść i tragedii, a z drugiej, stosując rozmaite medyczne i paramedyczne kuracje, zabiegi, „cud-diety” i techniki rewitalizacyjne, uparcie wmawia sobie, że tak przygotowanego – choroba i śmierć go nie dotyczy. Wszystko to sprawia, że podświadomie próbuje na siłę żyć w alternatywnej, wyimaginowanej „hiperrzeczywistości” czy może bardziej nawet jakiejś „kulturze fantazji”².

Niebanalną rolę w kreowaniu tego zjawiska – w opinii socjologów – odegrał w jakimś stopniu także gwałtowny rozwój medycyny dokonujący się w naszych czasach. Mimo niczym niekwestionowanych zasług dla ratowania zdrowia i życia ludzkości, ubocznie doprowadził on do antropologicznych i etycznych przewartościowań. Zniósł bowiem wyraźną granicę między życiem a śmiercią, stwarzając możliwości sztucznego podtrzymywania życia, a tym samym złudną nadzieję na „oszukanie” śmierci. Obserwowalny na co dzień i udokumentowany

¹ Por. W. IREK, *Koniec czy początek? Szkice o godnym starzeniu się i umieraniu*, Wrocław 2009, s. 11.

² Zob. J. DRĘGOWSKA, *Jednostkowość procesu umierania wobec współczesnej tabuizacji i instytucjonalizacji śmierci*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 12, red. E. KRAJEWSKA-KUŁAK i in., Białystok 2014, s. 391.

patentami rozwój technik resuscytacyjnych i reanimacyjnych pozwala dziś nie tylko w jakiejś mierze „zatrzymać” uciekające życie, ale także utrzymywać jego empiryczne oznaki w ciele, które bez tej technologicznej pomocy należałoby uznać dawno za zwłoki. W konsekwencji wpłynęło to na zmianę doczasowego postrzegania śmierci (również wśród samych lekarzy) jako naturalnego i ostatecznego końca biologicznego ludzkiego życia, doprowadzając tym samym do licznych dylematów etycznych oraz antynomii moralnych w tej przestrzeni³.

Jednak mimo geniuszu współczesnej medycyny „wydłużającej” ludzkie życie, okazuje się, że osiągnięcia te nie są tym, o czym od zarania swoich dziejów marzy człowiek, poszukując rozwiązania zagadki nieśmiertelności⁴. Stąd piętrzące się trudności w jasnym zobiektywizowaniu istoty życia i śmiertelności człowieka od zawsze zachęcają do poszukiwań intelektualnych. Sprzyjają także budowaniu strategii, od których oczekuje się logicznego uniesprzecznienia fenomenu życia oraz jego najgłębszych racji.

Istniejące obecnie na „targowisku myśli ludzkiej” światopoglądowo różnorodne interpretacje tworzą jednak – percepcyjnie – wyłącznie ambiwalentny jego obraz, co w konsekwencji sprawia wrażenie narastającego chaosu i niepokoju egzystencjalnego. Zapewne dlatego – zarówno w kwestii życia, jak i choroby, a także cierpienia i śmierci człowieka – wciąż więcej mamy pytań niż odpowiedzi⁵. Nieuleczalną chorobę i umieranie traktujemy więc jako sprawę bardzo osobistą, jako rzecz przykrą – niemal wstydliwą; jako temat niewłaściwy do poruszania w towarzystwie, budzący co najmniej mieszane uczucia, zażenowanie, jeśli nie nawet wprost odrazę. Innymi słowy, jako zagadnienia, którym świadomie odmawia się prawa „obywatelstwa” w codziennym życiu człowieka⁶.

Tymczasem osoba ludzka, jak podpowiada w swej obszernej pracy na temat zagadnienia cierpienia i śmierci Ireneusz Ziemiński, ostatecznie umiera „nie

³ Por. A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 2005, s. 33–34.

⁴ Por. J. OPINC, *Długowieczność. Medycyna a wydłużenie życia*, <http://www.poradnia.pl/dlugowiecznosc-medycyna-a-wydłużenie-zycia.html> [dostęp: 30.03.2016]. Przed 10 tysiącami lat większość ludzi umierała ok. 25. roku życia. Przeciętny mieszkaniec starożytnego Rzymu żył nieco ponad 35 lat. Jeszcze w 1800 r. średnia długość życia tylko nieznacznie przekraczała 40 lat. Dopiero w XIX w. większość Europejczyków cieszyła się życiem przez całe pół wieku. Pierwszy udokumentowany przypadek pokonania magicznej bariery 100 lat przez kobietę odnotowano dopiero w 1936 r. Dziewięć lat później zmarł pierwszy również podeszły w latach mężczyzna. Od 160 lat średnia długość życia wydłużyła się o ok. dwa i pół roku co dekadę. W ciągu ostatnich 10 lat dwukrotnie zwiększyła się liczba osób, które doczekały setnych urodzin. Jeśli to tempo się utrzyma, to w końcu naszego wieku średnia długość ludzkiego życia w Europie zbliży się do 100 lat. Tamże; zob. w związku z tym również artykuł: J. PIĘNCZYKOWSKA, *Żyjemy coraz dłużej*, <http://www.polskatimes.pl/arttykul/962058,zyjemy-coraz-dluzej-od-2000-roku-srednia-dlugosc-zycia-polaka-wydłużyla-się-o-3-lata,id,t.html> [dostęp: 30.03.2016].

⁵ J. DRĘGOWSKA, *Jednostkowość procesu umierania...*, art. cyt., s. 398.

⁶ Por. A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu...*, dz. cyt., s. 27.

jako organizm, lecz jako świadomy sytuacji podmiot i jednostka, jako byt obdarzony samoświadomością i poczuciem swej odrębności⁷. Zatem ostateczny sens, jaki ma dla człowieka wyniszczająca jego ciało choroba, ból, fizyczne i duchowe cierpienie, wreszcie sama śmierć, daleko bardziej wykracza poza ujmowaną jedynie zjawiskowo nieodwracalną biologiczną destrukcję naszego organizmu. Dodatkowo jeszcze, jako swoisty „drugi brzeg” interpretacyjny, jawi się głęboko metafizyczne doświadczenie religijne, które radykalnie zmienia optykę i ciężar gatunkowy umierania. Interpretuje bowiem degenerujące ludzką somatykę choroby, cierpienie oraz śmierć jako swego rodzaju niesprzeczne – tzn. logicznie możliwe – „etapy życia”, nie zaś jego definitywny koniec.

Oczywiście że tak postawione tezy siłą rzeczy odsyłają nas do empirycznie nieweryfikowalnej rzeczywistości *tajemnic*. Te zaś ze swej natury wymykają się logicznemu sensownym oraz wyczerpującym opisom, albowiem nie istnieje język zdolny do adekwatnego komunikowania „tajemnicy”; pomijając fakt, że każdy taki opis byłby już jakąś ich teoretyczną interpretacją. Poza tym, cóż sensownego i twórczego można powiedzieć wobec niedającego się wyrazić dramatu choroby czy śmierci? Chyba tylko to, do czego usilnie przekonywał w *Tractatus logico-philosophicus* Ludwik Wittgenstein, że „o tym, czego nie da się sensownie ująć w języku, o tym należałoby zwyczajnie zamilknąć”⁸. Tylko czy takie filozoficznie poprawne „milczenie” cokolwiek rozwiązuje i cokolwiek wyjaśnia?

Wszak nawet wobec najbardziej nienaruszalnych i egzystencjalnych „tajemnic” człowiek intuicyjnie od zawsze stawia pytania typu: *Dlaczego akurat Ja? Z jakiego powodu?, Po co?, Dlaczego?* Z takich właśnie pytań, z owej naturalnej nam wszystkim ciekawości płynie usprawiedliwienie tematu oraz analiz prowadzonych w ramach niniejszego szkicu.

1. Choroba i cierpienie w odświeżeniu fenomenologicznej

Integralnie uprawiana antropologia filozoficzna zajmuje się bezwzględnie zagadnieniami dotyczącymi człowieka ujmowanego w różnych wymiarach i na różnych poziomach jego bytowania. Człowiek ten jest bowiem strukturą bytowo złożoną (zob. np. problem określany jako: *mind – body*; zagadnienia relacji: *duch – dusza – ciało*), która istnieje w nieustannej relacji zarówno do innych ludzi, jak i do rzeczywistości pozaludzkiej. Bytowość człowieka jest zatem naturalnie „otwarta”, wydana na oddziaływania zewnętrzne wobec niej samej, ale także w swym wymiarze materialnym wyjątkowo „krucha” przez fakt swojej przygodności. Ta naturalna „niedoskonałość” ludzkiej istoty przejawia się nie

⁷ I. ZIEMIŃSKI, *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*, Lublin 1999, s. 83.

⁸ L. WITTGENSTEIN, *Tractatus logico-philosophicus*, tezy: 6.431 oraz 7.1, tłum. B. WOLNIEWICZ, Warszawa 2000, s. 81nn. *Wovon man nicht sprechen kann, darüber muß man schweigen*. Tamże.

tylko poprzez jej ograniczoność w zakresie możliwości, ale także przez jej radykalną, światową skończoność, czyli śmiertelność⁹.

Metaforycznie rzecz ujmując, powiedzieć trzeba, że byt ludzki jest „wewnętrznie popękany”, na jego obliczu widać rysy. Z jednej strony od momentu poczęcia człowiek kształtuje się jako struktura biologiczno-psychiczna (jego doskonałości i potencie nieustannie aktualizują się), z drugiej zaś znajduje się on we władaniu bezlitosnych sił i procesów, które usiłują (co jednak nie ma charakteru intencjonalnego, bo intencjonalnie działają tylko ludzie) go zniszczyć, zdeintegrować jego ustrukturyzowanie. Jednym z takich przejawów dezintegracji jest z pewnością choroba, która choć najczęściej dotyczy jakiejś sfery naszej cielesności (jest dysfunkcją jakiegoś organu lub nawet układu narządów), nie może być nigdy zredukowana do problemu czysto mechanicznego. Chory człowiek, mimo że w jakiś sposób ograniczony w swej aktywności, nadal jest bowiem w pełni ukształtowaną osobą ludzką, której wartość jest niepoliczalna, więc również w wymiarze podejmowanych zabiegów leczniczych oraz środków – bezcenna. Stąd domaga się w czasie swej choroby czy też cierpienia w pełni holistycznego rozumienia, leczenia i traktowania¹⁰. Zapewne dlatego starożytny Hipokrates z Kos – słusznie nazywany „ojcem europejskiej medycyny” – otwarcie postulował badanie u chorych całego organizmu, a nie tylko objawów dysfunkcji konkretnego chorego organu. Nie ma bowiem „chorej” wątroby, serca, nerek czy płuc – chorym jest zawsze cały człowiek.

⁹ A. SAWICKI, *Antropologia choroby*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 11, red. E. KIJEWSKA-KUŁAK i in., Białystok 2013, s. 25.

¹⁰ Por. tamże. Cytowany przez autora Marcin Dudek w swoim artykule pt. *O dwóch koncepcjach choroby* przedstawia dwa jej rozumienia: *mechaniczne (mechanicystyczne)* i *holistyczne (hermeneutyczne)*. O tym pierwszym pisze w ten sposób: „W przypadku mechanicznej koncepcji choroby mamy do czynienia z redukcjonizmem biologicznym. Człowiek zostaje zredukowany do rangi przedmiotu badania, nie zaś jego podmiotu. Zakłada się, że choroba to dysfunkcja jakiegoś narządu lub układu narządów, przy czym zwykle abstrahuje się od rozumienia tej dysfunkcji w kontekście całego organizmu”. Koncepcja ta rodzi trudności, ponieważ człowiek chory jest tu traktowany jako agregat części, z których daną część (serce, wątrobę, nerkę) należy naprawić (czy nawet wymienić). Nie bierze się tu też pod uwagę elementu wartościującego przy ocenie stanu zdrowia. Pomija się także subiektywne odczucia pacjenta co do stanu jego zdrowia. Na przykład ktoś, kto czuje się zdrowy, może być uważany za chorego, natomiast chory za całkowicie zdrowego. O drugiej koncepcji choroby Dudek pisze następująco: „W opozycji do tego naturalistycznego podejścia pozostaje holistyczna, czy też hermeneutyczna koncepcja choroby. W koncepcji tej godzimy się na model mechaniczny choroby jako niezbędny element podejścia do niej, nie uznając jednak tego modelu za wystarczający do całkowitego opisu pojęcia choroby. Hermeneutyczne podejście zakłada, że naturalistyczna koncepcja człowieka jest nazbyt prymitywna i ograniczona oraz ignoruje najważniejsze elementy istoty ludzkiej. Choć brzmi to może banalnie, to należy tu pokreślić, że człowiek nie jest po prostu sumą swoich narządów. Jest bezgranicznie czymś więcej”. Koncepcja holistyczna dostrzega zatem hierarchizację w obrębie ludzkiego organizmu, a zarazem postrzega człowieka jako nadrzędną jedność wznoszącą się ponad wielością jego narządów, układów i ich funkcji. Tamże, s. 25–27.

Wszak zjawisko definiowane w naukach medycznych jako «choroba», a także istotowo powiązane z nim cierpienie¹¹ – w sposób naturalny wpływają z fizycznych ograniczoności ludzkiego organizmu. Dlatego też choć choroba jest niezaprzeczalnym brakiem „dobrostanu psychosomatycznego”¹², czyli popularnie mówiąc „zdrowia”, stanowi stały, a co za tym idzie – nieodłączny komponent naszej „kondycji metafizycznej” (*conditio humana*) oraz sposobu istnienia człowieka w rzeczywistości ziemskiej. Istnienia „tu i teraz”.

Dlatego chorobę najogólniej ujmuje się jako mniejsze lub większe niedomaganie naszej struktury psychofizycznej wywołane pewnym regresem, do jakiego dochodzi w naszym organizmie, co z kolei – prędzej czy później – objawia się dyskomfortem albo bólem fizycznym lub psychicznym. Z punktu widzenia psychologii choroby określamy go także mianem odmiennych „stanów psychicznych”. Ludzki organizm zachowuje się bowiem niczym „system naczyń połączonych”, w związku z tym każda „nieprawidłowość” (każde odchylenie od tzw. normy określanej jako „zdrowie”) zachodząca w obszarze naszej cielesności – automatycznie ma swoje odbicie w strukturze psychicznej (duchowej) człowieka.

Co ciekawe, mimo że zjawiska te tak dogłębnie, wszechstronnie i pilnie są badane oraz analizowane, choroba, ból i cierpienie człowieka wciąż pozostają tajemnicą ludzkiej egzystencji, dotykając w sposób bezpośredni bezwzględnie każdego człowieka. Toteż całe nasze bytowanie jest, jak niejednokrotnie przekonywał Jan Paweł II – papież, a przy tym współczesny filozof – „nacechowane trudem i cierpieniem”¹³, które „z samego prawa natury jest codziennym chlebem człowieka, stałym elementem jego życia – i to na każdym etapie życia – i w każdym wieku”¹⁴.

I rzeczywiście, nie ma osoby, która nie doświadczyłaby w jakimś stopniu (mniejszym lub większym) w swoim życiu bólu i cierpienia. Dla każdego człowieka – nawet najzdrowszego – jawi się ono też jako naturalna możliwość. Albowiem nie da się go nigdy i całkowicie wyeliminować z ludzkiego bytowania. Dlatego można powiedzieć, iż „choroba i cierpienie są powszechną sytuacją,

¹¹ Mamy świadomość, że cierpienie nie zawsze jest tożsame z chorobą. Można bowiem realnie cierpieć i być człowiekiem zdrowym somatycznie i psychicznie. Choroba wiąże się raczej z bólem, bo cierpienie jest pewnym sposobem przeżywania rzeczywistości światowej, które wkracza już w rejony metafizyczne.

¹² Obowiązująca w chwili obecnej „definicja zdrowia” – została przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1946 r. i brzmi następująco: *Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)*. Co ciekawe, w ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o *sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego, a także wymiar duchowy*. Zob. T. MASZCZAK, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 54 (2005), s. 74.

¹³ JAN PAWEŁ II, *Audiencja generalna* (z dnia: 8.10.1986 r.), [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, IX, 2 (1986), s. 971.

¹⁴ TENŻE, *Przemówienie w szpitalu „Villa Betania” w Rzymie* (z dnia: 19.12.1982 r.), [w:] *Insegnamenti...*, dz. cyt., V, 3 (1982), s. 1651.

w której żyje i rozwija się ludzkość¹⁵, a przez ten fakt jakąś również kondycją i przeznaczeniem człowieka. Co ciekawe, „w pewnej mierze zjawiska te stają się również udziałem zwierząt, jako istot obdarzonych czuciem zmysłowym, ale dopiero w człowieku osiągają właściwy mu wymiar duchowy¹⁶. Z tego właśnie powodu tylko o istocie ludzkiej można w pełni powiedzieć, że „choruje”, „umiera” i „cierpi”; że zewnętrznie, wewnątrz i świadomie doświadcza sytuacji choroby i cierpienia w skali całej swojej istoty i na miarę swojej osobowej wrażliwości¹⁷.

Zakres ludzkiego cierpienia jest wielowymiarowy i bardzo szeroki. Jest o wiele szerszy i bardziej przejmujący od tego, który został odkryty i opisany przez biologię czy medycynę. Dotyka ono bowiem nie tylko człowieka jako samego podmiotu fizycznego i egzystencjalnego bólu oraz cierpienia, ale wyciska także swoje piętno na niemal wszystkich formach aktywności ludzkiej i na wszystkich obszarach jego osobniczego życia. W związku z tym „cierpienie – do czego nawiązywał w swych orędziach do ludzi chorych Jan Paweł II – jest czymś bardziej jeszcze podstawowym od choroby, bardziej wielorakim, a zarazem głębiej jeszcze osadzonym w całym człowieczeństwie¹⁸. Dzieje się tak, ponieważ to co nazywamy „chorobą”, co jest przedmiotem zainteresowania szeroko rozumianej medycyny, jest tylko jedną z możliwych postaci ludzkiego cierpienia, chociaż ujmowana w tzw. „zdroworozsądkowym doświadczeniu” – wydaje się najczęstszą i najbardziej powszechną jego przyczyną. Ścisła jedność zachodząca między sferą materialną i duchową w człowieku przedziwnie sprawia, że cierpienie fizyczne dosłownie „zniewala ducha”, z kolei zaś cierpienie ducha w jakiś sposób „ujarzmia” także materialne ludzkie ciało. Mamy tu zatem do czynienia z jakąś niedającą się do końca zrationalizować – aczkolwiek realnie istniejącą i niezaprzeczną – *coincidentia oppositorum* (tzn. jednością i zbieżnością przeciwieństw) naszego fenomenalnego doświadczenia bólu, choroby, a także samego cierpienia¹⁹.

¹⁵ Por. K. OSIŃSKA, *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1983, s. 16.

¹⁶ A. BAŁABUCH, *Cierpienie – przekleństwo czy szansa człowieka?*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 3 (1995), nr 1, s. 103; zob. także: A. SAWICKI, *Antropologia choroby...*, art. cyt., s. 25.

¹⁷ Niemiecki poeta i satyryk Erich Fried w swoim wierszu pt. *Definicja* udziela bardzo plastycznego, łatwego do zapamiętania (choć niewątpliwie turpistycznego) wyjaśnienia tego, o czym wyżej wspominaliśmy: „Pies, który umiera i który wie, że umiera jak pies, i który może powiedzieć: że wie, że umiera jak pies – to człowiek”. Zob. TH. SCHNEIDER, *Znaki bliskości Boga*, tłum. J. TYRAWA, Wrocław 1995, s. 57–58; zob. w związku z tym: A. KAMIENSKA, *Sens cierpienia*, „Inspiracje” 3–4 (1993), s. 31. „Ten kto cierpi bezsensownie jest podobny do zwierzęcia, póki nie uświadomi sobie sensu cierpienia lub chociażby potrzeby tego sensu”. Tamże.

¹⁸ JAN PAWEŁ II, *List apostolski Salvifici doloris*, [w:] „Acta Apostolicae Sedis” 76 (1984), nr 3, p. 5.

¹⁹ Por. TENŻE, *Przemówienie do uczestników XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich* (z dnia: 3.10.1982 r.), [w:] *Insegnamenti...*, dz. cyt., V, 3 (1982) s. 672.

Wszystko to razem wzięte sprawia, iż – poza czystą teorią – nigdy nie można w człowieku przeciwstawić sobie stron duchowej i cielesnej, gdyż obie te rzeczywistości wpływają wzajemnie na siebie. Sprawiają też, że osoba ludzka w swej istocie zawsze przeżywa i doświadcza wszystkiego – ontologicznie – jako hylemorficzna jedność oraz – psychologicznie – jako integralna, osobowa całość. Taka wizja człowieka jawi się już w myśli biblijnej. Co więcej, znamy ją nie tylko z judeochrześcijańskiego *Objawienia*, ale wyrasta ona przede wszystkim z prostej, wręcz szkolnej, antropologicznej analizy materialności i niematerialności właściwych człowiekowi działań. Analiza ta, zdaniem fenomenologów odwołujących się do metafizyki Stagiryty, często przyjmuje formę diady: «Człowiek działa» – «coś dzieje się w człowieku»²⁰.

Dzieje się tak, ponieważ, co podkreśla Włodzimierz Wilowski – autor publikacji pt. *Metafizyka cierpienia* – elementy ważne dla analiz ontologicznych choroby i cierpienia wyprowadzić można z księgi *Delta (Δ) Metafizyki* Arystotelesa. To za jej przyczyną do dziś rodzą się filozoficzne pytania, dzięki którym choroba, cierpienie, śmierć i w ogóle zło – stają się zagadnieniami nieograniczonymi tylko do przejawów szczegółowych czy do jednostkowych faktów, ale zyskują swoje racjonalne – ogólne i ontologiczne – wyjaśnienie poprzez odwołanie się do swych ostatecznych (bytowych) przyczyn²¹. Albowiem metafizyka choroby i cierpienia ludzkiego za swój punkt wyjścia przyjmuje zdanie bazowe, że jego empiryczne i tylko zmysłowo-doświadczone wyjaśnienie jest niewystarczające. Wszak jedynie „ślizga się” ono po powierzchni zagadnienia, nie sięgając jego najgłębszej istoty oraz źródeł.

Dlatego aby próbować je adekwatnie wyjaśnić, należy odważnie wyjść poza nie; należy wyjść „poza” jedynie empirycznie ujmowany „fakt choroby i cierpienia”, kierując się w stronę teoretycznych wyjaśnień na zupełnie innych poziomach refleksji. Na poziomie chociażby interpretacji ostatecznych racji samych chorób, albo też ich filozoficznego odniesienia do metafizycznego «Dobra», czyli do «Natury» i «Zasady» całej rzeczywistości (Absolutu), nie wykluczając nawet wyjaśnień tych zjawisk w perspektywie najbardziej ogólnego doświadczenia religijnego. Dopiero bowiem taka komparatystyczna (religijno-filozoficzno-antropologiczna) analiza choroby i cierpienia, która u swego początku – *sine qua non* – zawierać powinna szczegółowe analizy na poziomie medycznym oraz przyrodniczym, rościć sobie może prawa do podjęcia próby udzielenia rzeczowej odpowiedzi na egzystencjalne pytanie: *Dlaczego choroba?* i *Dlaczego cierpienie?*²². Stąd też deifikowane niemal dziś wyjaśnienie przyrodniczo-medyczne winno być bezwzględnie koniecznym, ale tylko koniecznym „impulsem” do dalszych analiz w kierunku budowania zbornej teorii choroby, bólu, cierpienia i śmierci.

²⁰ Zob. K. WOJTYŁA, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, seria: *Człowiek i moralność*, t. 4, red. T. STYCZEŃ i in., Lublin 1994, s. 111nn.

²¹ Por. W. WILOWSKI, *Metafizyka cierpienia. Od Arystotelesa poprzez myśl indyjską do myśli chrześcijańskiej*, Poznań 2010, s. 13.

²² Por. tamże, s. 13–14.

1.1. Człowiek wobec faktu cierpienia i choroby

W nowożytnej i współczesnej refleksji etycznej nad zagadnieniem chorób (zwłaszcza tych diagnozowanych przez medycynę jako nieuleczalne lub terminalne), a także powiązanego z nimi cierpienia nie sposób nie odnieść się do analizy fundamentów budujących ludzką moralność. Do tego, co w przestrzeni rozumnej, wolnej i odpowiedzialnej aktywności człowieka buduje w nim „świat osoby”, a więc do zbornej teorii cnót. W perspektywie jednak analizowanej przez nas metafizyki cierpienia i choroby uwaga ta dotyczy zwłaszcza problemu poprawnego kształtowania i sublimacji w człowieku cnoty cierpliwości, jako jednego ze sposobów ich niezwykle trudnej „akceptacji” oraz prób „pokonywania”²³.

Cierpliwość, o której mowa (łac. *patientia*) – w przekonaniu zarówno etyków czy moralistów, jak i psychologów – jest bowiem nie tylko uznaną cnotą moralną i współkomponentem etycznego profilu osoby ludzkiej, ale także rodzajem technicznej „sprawności” funkcjonowania naszego organizmu. Otóż dzięki niej możliwe jest umiejętne znoszenie uciążliwości oraz przykrych doznań i stanów psychicznych wywoływanych w naszym życiu m.in. przez cierpienia, zło i chorobę. Stąd nieprzypadkowo w etyce najbardziej fundamentalne rozważania na temat sposobów przeżywania choroby czy też męznego znoszenia cierpień wchodzi w dziedzinę właśnie teorii cnót.

Jak poucza historia myśli ludzkiej, stany te winny być w człowieku opanowywane nie chaotycznie, ale zgodnie z pewnym sprawdzonym w działaniu „kluczem”. A zatem, najpierw przez cnotę męstwa (dostrzegali to m.in. Platon, Arystoteles, Ciceron, św. Augustyn, św. Tomasz z Akwinu), wszystko po to, aby chory nie cofnął się pod wpływem cierpień i udręki przed dalszą konsekwentną realizacją dobra moralnego w swoim życiu. Jeśli jednak owo męstwo – na co wskazywał Arystoteles – odnosić się ma tylko do cierpienia związanego z największym i najtrudniejszym do zniesienia złem, jakim jest nieuleczalna choroba i śmierć – to już przygnębienie i smutek związane z pozostałymi uciążliwościami w chorobie winny być opanowane właśnie przez cnotę cierpliwości²⁴.

Stąd nie przypadkiem ten, który boleje, cierpi i w ogóle choruje, który przeżywa swój odmienny stan – nazywany jest właśnie „pacjentem”. Na tę paradoksalną właściwość cierpienia ludzkiego zwraca uwagę wybitny austriacki psychiatra i filozof Viktor Frankl w swojej książce *Homo patiens*, podkreślając nie tylko dezintegrującą, ale także przedziwnie doskonalącą i wręcz twórczą funkcję i moc cierpienia. Pisał więc wprost, że: „Cierpienie to doskonalenie i wzrost, a także – dojrzewanie [...]. Człowiek bowiem, który cierpi, wyrasta ponad siebie, dojrzewa, dorasta do siebie samego. Proces dojrzewania to rzecz

²³ B. ROK, *Problem cierpienia w chorobie w dziejach staropolskiego społeczeństwa*, [w:] *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*, red. B. PŁONKA-SYROKA, Wrocław 1999, s. 52.

²⁴ M. CZACHOROWSKI, hasło: *Cierpienie*, [w:] *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 2, red. A. MARYNIARCZYK, Lublin 2001, s. 190; por. św. TOMASZ Z AKWINU, *Summa Theologica* I–III, cura et studio P. CARAMELLO, Torino 1962–1963, II–II, q. 123–140 [dalej cyt. jako: *Stb*].

najbardziej istotna, jaka dokonuje się w nas pod wpływem cierpienia. Dojrzewanie to polega na tym, że człowiek zdobywa wewnętrzną wolność, mimo zewnętrznej zależności od bólu, udręku i choroby”²⁵.

Ponadto z badań i ustaleń eksperymentalnych współczesnej psychologii wiemy, iż cierpienie, a raczej stopień jego realnej percepcji oraz sublimacji mocno uwarunkowany jest odpowiednimi dyspozycjami uczuciowymi konkretnej osoby ludzkiej. Na te jednak wpływają również liczne zależności wynikające choćby z uprzednio przyjętego systemu wartości moralnych (np. kodeksu moralnego), odniesień religijnych, a także modeli kulturowych prezentowanych przez określoną grupę ludzką²⁶.

W naszych rozważaniach problem choroby, cierpienia i cierpliwości odnosić będziemy do systemu wartości ogólnoludzkich oraz chrześcijańskich, które przez wieki kształtowały życie naszych przodków, rzeźbiąc nasz kulturowy określany dziś jako cywilizacja euroatlantycka.

1.2. Choroba jako krytyczna sytuacja życiowa i *mysterium tremendum*

Choroba od zawsze stanowiła wstrząs w normalnym życiu człowieka nią dotkniętego, a często także i innych ludzi z jego bezpośredniego otoczenia. Poważny, trwały, niejednokrotnie zagrażający życiu oraz dotychczasowej egzystencji stan chorobowy zmienia nie do poznania życie nie tylko samej jednostki, ale także członków jej rodziny i przyjaciół. Choroba bowiem, gdy wkracza w życie człowieka, w jakiś sposób przejmuje nad nim kontrolę i każe mu na nowo spojrzeć na własną sytuację życiową. Dlatego niezwykle istotne jest, w jaki sposób pacjent przyjmuje cierpienie i w jaki sposób je znosi (istotny jest tutaj nie tylko obiektywny, ale i subiektywny wymiar cierpienia), ponieważ cierpienie tak samo może uczynić człowieka aroganckim, pełnym wewnętrznego buntu i nienawiści – wręcz nieznośnym, co ujarzmić go i złamać albo emocjonalnie „wyciszyć”, czyniąc niebywale wrażliwym i pokornym wobec często niepojętego ogromu nieszczęścia, jakiego doświadcza²⁷.

Stąd nieprzypadkowe jest mówienie o ambiwalencji i nieprzewidywalności postaw ludzkich wobec pojawiania się na horyzoncie życia tzw. sytuacji granicznych²⁸, w których osoby te nagle się znajdują. Zapewne dlatego choroba – jak

²⁵ V. FRANKL, *Homo patiens*, tłum. R. CZARNECKI, J. MORAWSKI, Warszawa 1984, s. 75.

²⁶ Por. B. ROK, *Problem cierpienia...*, art. cyt., s. 52.

²⁷ Por. B. KRZESIŃSKA-ŻACH, *Przeżyjmy to razem – jak komunikować się z pacjentem umierającym*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 12, red. E. KIJEWSKA-KUŁAK i in., Białystok 2014, s. 282.

²⁸ Zob. w związku z tym: K. JASPERS, *Sytuacje graniczne*, tłum. A. STANIEWSKA, M. SKWIECIŃSKI, [w:] R. RUDZIŃSKI, *Jaspers*, Warszawa 1978. Tzw. sytuacje graniczne to pojęcie odgrywające ważną rolę w myśli niemieckiego filozofa i psychiatry Karla Jaspersa. Odnosi się ono do absolutnie skrajnych sytuacji egzystencjalnych, takich jak: porzucenie, nieuleczalna choroba, cierpienie, ból, śmierć itp.

przekonuje w swej publikacji Beta Krzesińska-Żach – jest „przyczyną pojawienia się w nas skomplikowanej «trajektorii cierpienia» z całą paletą ludzkich zachowań i postaw (bierność, bezradne poddanie się biegowi zdarzeń, niechęć czy fizyczna i psychiczna niezdolność do kontaktów z innymi). Również i sposób reagowania ludzi chorych na wydłużające się cierpienie oraz zbliżającą się śmierć podlega różnym zmianom oraz ewolucjom dokonującym się w tym niezwykle trudnym czasie. Niemal zawsze jednak towarzyszy im trwoga oraz depresja jako powszechne odczucia wśród osób ciężko chorych i umierających. Poza obroną przed bólem i cierpieniem, a także mękami umierania może to być także naturalny lęk przed samotnością, utratą bliskich osób, również lęk przed postępującym i obserwowalnym zniszczeniem ciała oraz brakiem kontroli nad nim. Może to być także lęk przed samą śmiercią oraz tym, co «po» niej?»²⁹.

Zapewne z tego powodu właśnie w cierpieniu i śmiertelnej chorobie, jak nigdy dotąd, ludzie – częstokroć dotychczas niewierzący – stawiają sobie jak najbardziej realnie „pytania o wieczność” oraz ostateczne rozliczenie. Czynią wówczas naprędce to, co wierzący nazywają rachunkiem sumienia, próbując przy tym w jakiś sobie tylko właściwy sposób „rozliczyć się” z doczesnością oraz dotychczasowym życiem, dokonując jakiegoś bilansu zysków i strat. Intuicyjnie czują, że postawienie w takim momencie życia na pierwszym miejscu prawd wiecznych oraz powiązanej z nimi istotowo Transcendencji (osobistego i osobowego odniesienia do „Istoty Najwyższej”; religijnego lub *quasi*-religijnego Boga), uzdalnia człowieka do jasnego wejrzenia we własne życie i ostatecznego uporządkowania go. Na ten właśnie, niemal mistyczny wątek w teoretycznych analizach cierpienia akcent kładł w swych pracach najwybitniejszy teolog XX w. – Hans Urs von Balthasar³⁰.

W chorobie jednak, mimo że jest ona – jak już wspominaliśmy – naturalną ludzką przypadłością bytową, ujawnia się zawsze także element „tajemnicy”. Jednak niezwykle rzadko przybiera ona formułę „misterium”. Daleko bardziej odczytywana jest jako doświadczenie jakiejś „potworności”, „złej nowiny”, „egzystencjalnego koszmaru” oraz absolutnie niesprawiedliwego „wyroku losu” (*Dlaczego ja?*). Dramaturgii tej sytuacji połączonej z uczuciem najgłębszej frustracji dodaje niezrozumiały dla człowieka fakt, że choroby i cierpienie dotyczą ludzi w sposób niesymetryczny i nierównomierny. Jeśli bowiem o śmierci

²⁹ Por. B. KRZESIŃSKA-ŻACH, *Przeżyjmy to razem...*, art. cyt., s. 282.

³⁰ Por. A. BAŁABUCH, *Cierpienie...*, art. cyt., s. 110; por. w związku z tym: H.U. VON BALTHASAR, *Radość a krzyż*, „Concilium – wybór artykułów” 1–10 (1968), Poznań 1969, s. 513. Cierpienie i choroba mogą stać się więc tym okresem, w którym odnajduje się zupełnie nową miarę całego swojego życia. Stają się też okazją do odkrycia własnej wielkości duchowej wyrażania najgłębszych treści ludzkiej natury. Zrozumienie i przeżywanie cierpienia w taki sposób sprawia, że osobowość człowieka zostaje ubogacona doświadczeniem głębokiego pokoju i doskonałej radości, którego źródłem jest niepojęta *Istota Najwyższa*. Jest to najgłębsze doświadczenie wewnętrzne, tajemnicze, powszechne dla całej ludzkości i zawsze żywe. Por. tamże.

mówimy, że równa ze sobą absolutnie wszystkich („rodzimy się już z wyrokiem śmierci”; „umrzeć to tyle, co spłacić dług wobec daru biologicznego życia – dług zaciągnięty przy urodzeniu”³¹), to zdania tego – w sposób bezsprzecznie prawdziwy – nie można wypowiedzieć już ani o chorobach, ani o bólu z nimi związanym, ani też o rzeczywistości cierpienia. Albowiem jeden człowiek może przeżyć bardzo długo i umrzeć „ze starości”, nie doświadczając w ogóle cierpień i chorób, a ktoś inny, nawet mimo stosunkowo długiego życia, być nieustannie nękanym różnymi dolegliwościami i chorobami.

Innym przykładem wskazującym na pewną wręcz nieobliczalność chorób są wszelkiego rodzaju epidemie czy pandemie. Nadto wciąż absolutnie tajemniczy i nie do końca zbadany charakter mają choroby psychiczne oraz genetyczne, których etiologia nader często bywa zupełnie nie do ustalenia. Przywołany tutaj argument „nieprzewidywalności” chorób i cierpienia powoduje u ludzi często przekonanie o jakiejś zasadniczej absurdalności ludzkiego istnienia, wydaniu go na pastwę ciągu irracjonalnych przypadków³². A więc sytuację rodem z zionącego skrajnym fatalizmem głośnego Sartre’owskiego dramatu *Mdłości*, w którym padają pełne rezygnacji słowa, że „bezsensem jest, że się urodziliśmy, i bezsensem, że umrzemy”.

Dlatego też niejednokrotnie, jak utrzymuje wybitny polski etyk i moralista Stanisław Olejnik, „choroba – zwłaszcza nieuleczalna – przybiera dla chorego postać swego rodzaju tragedii i katastrofy, albo też taką katastrofę, kiedy człowiekowi grozi śmierć, zwiastuje. Stanowi ona więc dla wielu ludzi egzystencjalny dramat, którego osnową jest przeżywana niemoc z ujawniającą się coraz intensywniej tragiczną perspektywą śmierci”³³. Człowiek chory doświadcza wówczas boleśnie najpierw stanu swej ograniczoności, często panicznego lęku, stanów apatii oraz świadomości fizycznego przemijania. Niekiedy odczuwa także traumę, ból fizyczny i psychiczny, nie zawsze ustępujący pod działaniem łagodzących środków medycznych, wszystko to razem wzięte opisywane jest syntetycznie jako „cierpienie”.

Choroba ogranicza, a niekiedy dosłownie łamie także dynamizm ludzkiej aktywności zewnętrznej. Niejednokrotnie przykuwa człowieka na długie tygodnie, miesiące czy nawet lata do łóżka, wraz z całym jego dyskomfortem, a zwłaszcza fizycznym odcięciem od świata i dojmującą samotnością. Chory skazany na bezczynność, pozbawiony zwyczajnych obowiązków i oderwany od aktywnego przekształcania rzeczywistości boleśnie przeżywa swój stan, co w wielu wypadkach kończy się nawet głęboką depresją. Choroba bowiem, zwłaszcza ta nieuleczalna i terminalna, połączona ze świadomością bezradności medycyny wobec jej narastającego „majestatu” staje się dla człowieka źródłem

³¹ Zob. w związku z tym: A. TOYNBEE, *Zmiana postaw wobec śmierci w nowożytnej cywilizacji europejskiej*, [w:] TENŻE, *Człowiek wobec śmierci*, Warszawa 1973.

³² Por. S. OLEJNIK, *Życie osobiste i współbicie międzyludzkie. Teologia moralna*, seria: *Dar – Wezwanie – Odpowiedź*, t. 6, Warszawa 1990, s. 135–136.

³³ Tamże, s. 135.

dotkowej udręki. Podobnie jak pogłębiająca się w jego ciele fizyczna niemoc (zaburzenia czynnościowo-fizjologiczne), z czym ściśle powiązane jest poczucie naturalnego dla człowieka zażenowania, wstydu, skrępowania oraz absolutna zależność od otoczenia³⁴.

Chory niejako „wrzucony” w tę sytuację niemal odruchowo wybiera przymusową samotność. Powoli koncentruje swą uwagę na sobie samym, szczególnie na tym, co dotyczy jego choroby lub ma z nią jakiś związek. Radykalnie więc kurczy się świat jego aktywności i pole działania, zawężeniu ulega również świat jego zainteresowań, a także troski i uwagi. Człowiek chory doświadcza w takim stanie również boleśnie prawdy, że został wytracony z normalnego biegu życia, że mimo jego choroby życie świata toczy się dalej swoim torem. Zauważa także, iż świat doskonale sobie radzi i może istnieć bez niego, że może nawet nie zostanie dostrzeżone jego odejście.

Nie zawsze jednak osoba pogrążona ciężką i destrukcyjną chorobą swój stan znosi spokojnie, z mniejszą lub większą rezygnacją. Niekiedy dochodzi do wewnętrznego buntu, ujawniającego się także dramatycznie na zewnątrz. Raz po raz w człowieku odzywa się bowiem niedające się niczym stłamsić naturalne dla istot żywych „pragnienie życia”, życia pełnego, zdrowego, normalnego, niekiedy nawet chęć dokonania jeszcze czegoś w tym życiu, co powinno być, a co nie zostało jeszcze wykonane. Chorzy doskonale zdają sobie sprawę, że to, co określamy poprzez „świat społeczny” – jak pisze Adam Sawicki – jest generalnie światem ludzi zdrowych, a cała dynamika życia polega na tym, że świat ludzi chorych nie decyduje o kierunku, w którym idzie ludzka cywilizacja³⁵. Być może dlatego u ludzi o światopoglądzie tzw. poszerzonym, czyli wierzących, wiąże się to niekiedy z jakimś otwartym buntem religijnym, który przybiera czasem formę bolesnej, niejednokrotnie wręcz bluźnierczej „kłótni” z Bogiem³⁶, którego to chory, cierpiący lub umierający człowiek próbuje obarczyć „winą” za swój los, chorobę i udrękę.

Niekiedy jednak – co podkreśla w swej pracy nie tylko S. Olejnik, ale też psycholodzy i moralści – zdarza się sytuacja totalnie odwrotna. Otóż paradoksalnie to właśnie choroba i cierpienie stają się czasem dla człowieka „błogosławieństwem”, tzn. okazją do głębszej refleksji, kontemplacji swej metafizycznej przygodności oraz egzystencjalnego odniesienia się do eschatologii i prawd wiecznych³⁷. Na ten aspekt ciężkiej, częstokroć nieuleczalnej choroby i skore-

³⁴ W sytuacji psychicznej oraz kondycji duchowo-cielusnej człowieka cierpiącego, poważnie chorego i w podeszłym wieku pozwolą szczegółowo zorientować się m.in. publikacje: TH. JÜRGEN, *Pacjenci*, tłum. M. OZIĘBŁOWSKI, Warszawa 1973; R. NOR, *Wieczór życia*, „Ateneum Kapłańskie” 90 (1978), s. 323–330; K. OSIŃSKA, *Człowiek chory we współnocie ludzkiej*, „Więź” 20 (1977), nr 12, s. 22–33; J. TISCHNER, *Rozmowy z chorymi*, „W drodze” 4 (1976), nr 11, s. 3–20; E.M. PSORULLA, *Krzyż Chrystusa uobecniiony w cierpieniu człowieka chorego*, „Communio” 4 (1984), nr 1, s. 95–102.

³⁵ A. SAWICKI, *Antropologia choroby...*, art. cyt., s. 30.

³⁶ S. OLEJNIK, *Życie osobiste...*, dz. cyt., s. 136–137.

³⁷ Tamże, 135.

lowanego z nią cierpienia zwraca uwagę także Adam Bałabuch w swym tekście poświęconym sensowi cierpienia, gdzie podkreśla, iż „choroba i cierpienie, gdy zostaną przeniesione z pełnym zrozumieniem na płaszczyznę wartości moralnych i odniesione do celu ostatecznego człowieka, stają się czynnikiem ubogacającym w sposób niezwykle ludzką osobowość, otwierając ją, w niespotykany dotąd sposób, na Transcendencję”³⁸.

Wszystko to – mimo charakterystycznego dla tego stanu lęku i niejednokrotnie nawet trwogi o przyszłość – pozwala ciężko choremu człowiekowi w radykalnie nowy sposób spojrzeć również na własne życie i odnaleźć w nim autentycznie nieprzemijalne wartości. Pozwala mu także – mówiąc językiem ojca egzystencjalizmu Sørensa Kierkegaarda – w opozycji do wyznawanych dotąd wartości względnych i przemijających, w „bojaźni i drzeniu” skierować swe dążenia ku tzw. prawdom wiecznym³⁹. Dostrzegając bowiem kruchość swej egzystencji oraz jej przemijalność – właśnie w chwilach ciężkiej choroby, bólu i cierpienia, a niejednokrotnie nawet w obliczu zbliżającej się śmierci – zaczyna natarczywie szukać wartości duchowych i trwałych, na których mógłby oprzeć swoje gasnące życie. Dlatego częstokroć właśnie moment realnego zagrożenia tegoż życia oraz poważna, dekonstruująca naszą cielesność choroba bywa czynnikiem, który pozwala usunąć z ludzkiego bytowania wszystko, co było w nim złe, nieistotne i bezwartościowe. A w to miejsce odkryć i otworzyć się na nowe, prawdziwie wartości, których się dotąd nie dostrzegało bądź uznawało dotąd za irracjonalne, a więc naiwne i niegodne uwagi⁴⁰. Mowa tutaj o wartościach oraz aksjologii płynącej z przyjęcia i wyznawania religijnej wiary.

1.3. Sens choroby i cierpienia w odświeżeniu religii i Objawienia judeochrześcijańskiego

Badania antropologiczne tzw. ludów pierwotnych, których kultura nierozdzielnie zrosnięta była z wyznawaną religią oraz ideologią, wyraźnie wskazują, iż człowieka dotkniętego fizycznym kalectwem lub chorobą powszechnie uważało się za naznaczonego przekleństwem i przez ten fakt za niebezpiecznego. Generowało to wobec ludzi chorych i cierpiących postawę nieufności, a nawet

³⁸ A. BAŁABUCH, *Cierpienie...*, art. cyt., s. 108.

³⁹ Zob. w związku z tym: S. KIERKEGAARD, *Bojaźń i drzenie. Choroba na śmierć*, tłum. J. IWASZKIEWICZ, Warszawa 1972. „Tak wzniósłe chrześcijaństwo nauczyło chrześcijan myśleć o wszystkich ziemskich i światowych rzeczach łącznie ze śmiercią. Wydaje się nawet, że chrześcijanin powinien być dumny z wspaniałego wyniesienia się, jakie zawdzięcza tym sprawom, które ludzie zwą nieszczęściami albo najgorszym złem. Ale, przeciwnie, chrześcijaństwo odkryło zło, którego się przedtem nie znało; złem tym jest «choroba na śmierć». To, co człowiek pierwotny nazywa przerażającym, to, co wylicza ze spraw najstraszniejszych i już nic więcej nie ma do wymienienia – dla chrześcijanina jest uludą. [...] To zaś, przed czym chrześcijanina ogarnia lęk nieskończony, to nie samo umieranie, ale «choroba na śmierć»”. Tamże, s. 244–245.

⁴⁰ Por. A. BAŁABUCH, *Cierpienie...*, art. cyt., s. 108–109.

lęku, co z kolei powodowało liczne upokorzenia oraz prześladowania tych osób ze względu na rzekomą „karę”, którą zostali doświadczeni przez siły nadprzyrodzone. Wierząc zaś, że choroba jest wynikiem ingerencji zagniewanych bóstw, stosowano wobec chorych rozmaite środki symboliczne (ryty magiczne) – wszystko w celu prześlągnięcia i zjednięcia sobie przychylności nieprzejednanego w swym gniewie bóstwa. Generalnie los człowieka chorego był jego prywatną sprawą, albowiem w utylitarnie rozumianej trosce o dobro wspólnoty na ogół radykalnie pomijało się interes jednostki. W takim myśleniu swoje korzenie miał również budzący największą odrazę barbarzyński zwyczaj porzucania lub zabijania ludzi chorych, słabych, zdefektowanych czy umierających – uzasadniany względami ekonomicznymi lub eugenicznymi (z czego „zasłynęła” chociażby Sparta), albo też kwestiami sanitarnymi, co z kolei miało miejsce np. w starożytnym Rzymie. Tam w czasie zabezpieczania miast przed epidemią ludzi chorych na zarazę traktowano na równi z największymi przestępcami⁴¹ i niejednokrotnie eksterminowano.

Po raz pierwszy w historii ludzkości los człowieka chorego za naczelną sprawę społeczną uznało dopiero chrześcijaństwo – rozumiane z jednej strony jako nowy na firmamencie myśli ludzkiej system etyczny, z drugiej zaś jako rosnąca w siłę i znaczenie historyczne religia. Wyraźny nakaz niesienia pomocy bliźnim wielokrotnie powtarzany był nie tylko w *Ewangeliach*, ale także w *Dziejach Apostolskich* i *Listach* samych Apostołów do pierwszych gmin chrześcijańskich. Znalazł on także swe odbicie w samej działalności Kościoła pierwotnego, stając się normą i jednocześnie sprawdzianem opieki duchowej i lekarsko-pielęgnacyjnej nad chorymi i cierpiącymi. Nawiązywał do tej nauki także żyjący w IV–V w. wybitny filozof chrześcijański i Doktor Kościoła zachodniego – św. Augustyn z Hippony. Jego odważny głos potępiający zbrodnie eksterminacji zdefektowanych niemowląt oraz niedopuszczania do przeżycia upośledzonych ciężką chorobą noworodków uchodzi za najwcześniejszą obronę człowieczeństwa ludzi chorych i ułomnych w wielowiekowej tradycji tzw. kultury zachodniej⁴². Z czasem ten właśnie „ewangeliczny duch” bezwarunkowej troski o człowieka chorego stał się po dziś dzień centralną ideą zinstytucjonalizowanej, świeckiej służby zdrowia⁴³. Jako taki wpisał się również w jedną ze składowych personalistycznie rozumianego etosu bezkompromisowej walki o prawo do życia każdej istoty ludzkiej.

Dlatego też nie co innego, lecz właśnie judaizm i wyrastające z niego historycznie chrześcijaństwo przyniosły niezwykle istotny zwrot w traktowaniu

⁴¹ Por. S. WITEK, hasło: *Choroba*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. 3, red. R. ŁUKASZYK i in., Lublin 1979, k. 234.

⁴² Zob. P. ASZYK, *Granice leczenia*, Warszawa 2006, s. 35–36; zob. w związku z tym: G.B. FERNGREN, *The Status of Defective Newborns from Late Antiquity to the Reformation*, [w:] *Euthanasia and the Newborn. Conflicts Regarding Savings Lives*, red. R.C. McMILLAN, T.H. JR. ENGELHARDT, S. SPICKER, Boston 1987, s. 52.

⁴³ Por. S. WITEK, hasło: *Choroba...*, art. cyt., k. 234.

ludzi naznaczonych cierpieniem i chorobą oraz radykalaną zmianę myślenia w dotychczasowym pojmowaniu samego „wydarzenia choroby”. Stąd swoistą „ikoną” i pierwszym powszechnie rozpoznawanym symbolem człowieka cierpiącego z powodu choroby somatycznej był nie kto inny jak starotestamentalny Hiob (zob. Biblia Tysiąclecia, *Księga Hioba*)⁴⁴. Postać z jednej strony tragiczna, godna litości i największego współczucia, z drugiej zaś człowiek, który z bezprecedensową odwagą i wiarą patrzył w oczy śmiertelnej, wyniszczającej jego gnijące ciało chorobie (trądowi), znosząc przy tym w największej pokorze absolutnie niezawinione cierpienie. Dlatego postać ta stanowić może również dziś istotną przeciwwagę dla dzisiejszej cywilizacji konsumpcyjnej, która w pogoni za hedonistycznymi przyjemnościami, ezoterycznym witalizmem oraz „kultem zdrowia” zdaje się zapominać o trudnej, bo związanej również z bólem, cierpieniem, chorobami i starością, stronie ludzkiego życia.

Choroba oraz przejmujące cierpienie biblijnego Hioba – na co w swej pracy zatytułowanej *Antropologia choroby* zwraca uwagę Adam Sawicki – nie są jednak czymś absurdalnym i bezsensownym. Mimo że wszystko to spada na niego nagle, niczym niewytłumaczalne „fatum” i wyrok „ślepego losu”, o którym nieraz z lękiem pisali greccy tragicy (Ajschylos, Sofokles i inni), okazuje się być ostatecznie najcięższą próbą jego osobistej wiary i bezwarunkowego „trwania przy Bogu”. Doświadczenie takie nie pozostaje bez wpływu na całą cielesno-duchową kondycję człowieka, dlatego udręczony Hiob – jak każdy dziś chory i cierpiący człowiek – przechodzi przez klasyczne etapy ludzkiej niemocy; przez fazę skargi, protestu, złorzeczenia, bólu i przekleństwa. Na koniec jednak okrutna „choroba nabiera dla niego pewnego sensu – może nie do końca poznanego przez cierpiącego człowieka – ale ulokowanego w Bogu jako ostatecznej ostoji i ostatecznej nadziei”⁴⁵. O doświadczeniu tym wspomina w swoich pracach genialna Simone Weil, gdy pisze: „Nieszczęście sprawia, że Bóg staje się nagle nieobecny na czas pewien, bardziej nieobecny niż człowiek, który umarł; bardziej nieobecny niż światło w zupełnie ciemnym lochu. [...] Któregoś dnia jednak nagle Bóg się ukazuje i objawi piękność świata, jak to stało się z Hiobem”⁴⁶.

Chodzi tu zatem o nowy, soteriologiczny (zbawczy) sens cierpienia, o nieznaną dotąd, zupełnie nową „metafizykę choroby i cierpienia”, która odwiedzie człowieka nie tylko od grzechu, ale także od egoizmu i duchowej pychy, aby ostatecznie uchronić jego duszę od grobu i oświecić blaskiem żyjących⁴⁷. Dlatego człowiek wierzący, żyjąc taką rewolucyjną prawdą wypływającą z nieznannej

⁴⁴ Zob. A. SAWICKI, *Antropologia choroby...*, art. cyt., s. 30; zob. także: W. WIŁOWSKI, *Metafizyka cierpienia...*, dz. cyt., s. 187–195.

⁴⁵ Tamże, s. 31.

⁴⁶ Cyt. za: A. SAWICKI, *Antropologia choroby...*, art. cyt., s. 31; zob. w związku z tym pracę: M. GAŁAŚ, *Człowiek wobec cierpienia*, [w:] *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*, red. H. ROMANOWSKA-ŁAKOMY, Olsztyn 2000.

⁴⁷ Por. W. WIŁOWSKI, *Metafizyka cierpienia...*, dz. cyt., s. 189; por. JAN PAWEŁ II, *List apostołski Salvifici Doloris*, Rzym 1984, s. 15.

sobie dotąd aksjologii, o wiele łatwiej znosi swoją chorobę i ból, a także narastającą słabość. Ma to miejsce nawet wówczas, kiedy doskonale wie, że symptomy te prowadzą go już tylko do ostatecznego wydarzenia śmierci. Być może z tego powodu tak wielu agnostyków, a nawet niewierzących właśnie na tym etapie choroby oraz gasnącego biologicznego życia, rozpaczliwie poszukując ratunku, przyjmuje wiarę. Być może wzorem biblijnego Abrahama chcą zyskać nadzieję – czasem wbrew jakiegokolwiek nadziei (zob. Rz 4, 18). Innymi słowy: „Poszukują zatem zrozumienia niezrozumiałego”⁴⁸. Okazuje się bowiem, że ludzie w obliczu niewyobrażalnego cierpienia oraz nieuleczalnej choroby doskonale zdają sobie sprawę z faktu, że gdyby nie istniała nadzieja oraz choćby tylko mglista wizja życia wiecznego, ich cierpienie byłoby czystym absurdem⁴⁹.

Najdoskonalszym jednak – bo absolutnie centralnym wobec całego chrześcijańskiego Objawienia – archetypem niewinnie cierpiącego człowieka, archetypem znoszenia ponadludzkiego bólu oraz umierania jest konający na krzyżu Jezus z Nazaretu – Syn Boży⁵⁰. To w Nim – jak głosi z dumą chrześcijańska teologia – każda ludzka choroba, kalectwo, każda cielesna niedoskonałość i każde cierpienie zyskują nowy, niespotykany dotąd eschatologiczny wymiar. W Jego „Osobie i Wydarzeniu” trawiący ludzkość od zarania dziejów niepojęty „skandal cierpienia”, niewyobrażalny egzystencjalny lęk, fizyczny i psychiczny ból, a także sama trwoga konania odnajdują swoje zupełnie nowe wytłumaczenie i najwyższe uzasadnienie. Wszystko to razem sprawia, że ów „drugi brzeg” (o którym wspominaliśmy na początku) – oprócz medyczno-przyrodniczej i filozoficznej interpretacji cierpienia i ludzkiej choroby – stanowi „Tajemnicę”, a więc rzeczywistość transcendentną, zapośredniczoną i opisywaną przez religijne, w tym wypadku chrześcijańskie Objawienie.

W tej radykalnie poszerzonej interpretacyjnej perspektywie przejście człowieka chorego przez ból, cierpienia i choroby, podobnie jak późniejsze przejście przez proces umierania i samą śmierć – oznacza partycypację w męce Chrystusa i jest drogą wiodącą do rzeczywistości zbawienia. O tym soteriologicznym charakterze cierpienia pisze lubelski teolog moralista ks. Janusz Nagórny w następujący sposób: „Trzeba z całą siłą stwierdzić, że chrześcijanie mają odwagę (a płynie ona z eschatologicznej nadziei oraz «Tajemnicy Paschalnej» Chrystusa) mówić o zbawczym sensie cierpienia tylko dlatego, że w centrum ich wiary jest Chrystus – «Mąż boleści», który wziął na siebie ludzkie słabości i sam dobrowolnie obarczył się naszym cierpieniem”⁵¹ (zob. Iz 53, 4), który bezsprzecznie umarł i cudownie zmartwychwstał.

⁴⁸ Tamże, s. 187.

⁴⁹ Por. M.A. KRAPIEC, *W poszukiwaniu sensu cierpienia*, „Cywilizacja. O nauce, moralności, sztuce i religii” (2006), nr 16, s. 13.

⁵⁰ Por. A. SAWICKI, *Antropologia choroby...*, art. cyt., s. 31–32.

⁵¹ J. NAGÓRNY, *Zbawczy wymiar cierpienia*, „Cywilizacja. O nauce, moralności, sztuce i religii” (2006), nr 16, s. 17–18.

A zatem choć choroba tak często wywołuje w człowieku bunt przeciw Opatrzności Bożej i jej wyrokowi, choć skłania ludzi do wyraźnego zamknięcia się w sobie, to jednak ostatecznie właśnie motywacja religijna staje się najsilniej działającym „środkiem medycznym” w cierpliwym znoszeniu bólu, w duchowym i fizycznym cierpieniu oraz ich przewyciężaniu. W sytuacji zaś, gdy choroba okazuje się nieuleczalna, to nie co innego, lecz owa głęboka motywacja religijna nadludzko wzmacnia siły psychiczne chorego. Dzięki temu „nadprzyrodzonemu finalizmowi” dostrzega bowiem człowiek nowe aspekty ziemskiego życia – choć najgłębszy sens choroby jest być może nadal dlań niezrozumiały. Człowiek obdarzony wiarą przyjmuje swój ciężki stan, a także los z pokorą i nadzieją – ze względu na swą przyszłą nieśmiertelność. Dzięki zaś odnalezieniu w chorobie swego specyficznego „powołania” do cierpienia z Chrystusem, rozwija w sobie już tutaj życie nadprzyrodzone i staje się najbardziej wartościowym członkiem społecznego organizmu Kościoła⁵². Ponieważ jedynie „w Chrystusie – jak uparcie naucza *Sobór Watykański II* – rozjaśnia się nieodgadniona zagadka cierpienia i śmierci, która przygniata nas poza Jego Ewangelią”⁵³.

W ten oto sposób – w obrębie chrześcijaństwa oraz w jego oddziaływaniu kulturowym – w przedziwny sposób „racjonalizuje się” niepojęty skandal choroby oraz ludzkich cierpień. Oto postawienie w chwili choroby na pierwszym miejscu istotnych – transcendentnych – wartości uzdalnia człowieka do jasnego wejrzenia we własne życie i uporządkowania go w obliczu grożącej mu śmierci jego ciała. Tylko człowiek, którego osobowość kształtuje się przez cierpienie, odkrywa stopniowo nie tylko to, że posiada ono w sobie etyczną wartość, lecz także to, że jest ono – jak przekonuje nas wybitny współczesny francuski myśliciel Paul Ricoeur – „miejscem głęboko tajemniczym i tajemniczo głębokim; miejscem spotkania Boga z człowiekiem”⁵⁴. W tym właśnie, zdaniem wspomnianego autora, ujawnia się także najgłębsza hermeneutyka ludzkiego cierpienia, choroby i bezwzględnie każdego bólu.

Choroba bowiem staje się dla świadomości moralnej podmiotu zawsze swoistą „prowokacją”. Tym bardziej choroba ciężka, choroba grożąca śmiercią bądź kalectwem, radykalnie wystawia na próbę cały dotychczasowy obszar wartości osobistych, wszystkie cele i najgłębsze znaczenie życia. Dlatego też zepchnięcie tej sfery na margines to skutek traktowania choroby wyłącznie w „naukowy” sposób, jakby to było wydarzenie, które może być analizowane jedynie na podstawie zasobu wiedzy medycznej, i jakby ludzki organizm był wyłącznie agregatem komórek oraz precyzyjnie zaprogramowaną „maszyną”. Skutkiem takiego jednostronnego sposobu myślenia dla wielu dzisiaj choroba wydaje się

⁵² Por. S. WITEK, hasło: *Choroba...*, art. cyt., k. 234–235.

⁵³ *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym «Gaudium et spes»*, nr 22, [w:] *Sobór Watykański II. Konstytucje, Dekrety, Deklaracje*, Poznań 2002, s. 542–543.

⁵⁴ JAN PAWEŁ II, *Przemówienie do chorych w szpitalu w Cagliari* (z dnia: 20.10.1985 r.), [w:] *Insegnamenti...*, dz. cyt., VIII, 2 (1985), s. 1050.

definitywnie „wyjaśniona”, kiedy na podstawie relacji przyczynowo-skutkowej zostaną zrozumiane materialne przyczyny, które ją wywołały: brak równowagi biochemicznej, zakażenie bakteryjne czy wirusowe itp.⁵⁵ Ten jednak sposób podejścia do choroby sprawia, że pomija się jej inne negatywne konsekwencje, z którymi na skutek swego ciężkiego stanu musi się zmierzyć cierpiący ludzki podmiot. Dlatego coraz częściej podnosi się apel zbudowania medycyny „od podstaw” i niejako „na nowo” – jako „medycyny na miarę «człowieka»”.

2. Śmierć – egzystencjalny skandal czy wypełnienie życia?

Zdaniem wybitnego współczesnego myśliciela Paula Ricoeura „niezwykle trudno jest nam zaakceptować dwie rzeczy: to, że umrzemy, i to, że nie możemy być kochani przez wszystkich”⁵⁶. Wydaje się, iż prawdopodobnie tę „listę” rzeczy nieakceptowalnych moglibyśmy znacznie rozszerzyć, jednak nie ma wątpliwości, że człowiek najboleśniej doświadcza przede wszystkim własnej skończoności, której najjaskrawszym wyznacznikiem jest śmierć. Zapewne dlatego największym paradoksem bytu ludzkiego jest zderzenie dwu fenomenów: somatyczno-biologicznej przemijalności i psychiczno-wewnętrznej tęsknoty za nieśmiertelnością. Czy jednak oba fenomeny rzeczywiście wzajemnie się wykluczają? Odpowiedź na to pytanie – o czym już wspominaliśmy na początku – od zarania dziejów ludzkości precyzyjnie dyferencjuje wszystkie nurty filozoficzne, religie, ideologie oraz indywidualne postawy egzystencjalne ludzi⁵⁷. Stąd nie może dziwić, że „problematyka śmierci” ma dziś charakter interdyscyplinar-ny, będąc przedmiotem zainteresowań nie tylko biologii i medycyny, ale także psychologii, pedagogiki, filozofii, teologii, literatury, sztuki, a coraz częściej również techniki.

Wszystko to sprawia, że nikt poważnie myślący nie ma najmniejszych wątpliwości, że umieranie i sama śmierć należy do najbardziej uniwersalnych tematów ludzkiego życia, a mimo to nadal pozostaje wydarzeniem najbardziej potwornym, tajemniczym i zagadkowym. Obecna wprawdzie w filozofii, w sztuce i religii, w indywidualnych i zbiorowych wyobrażeniach, paradoksalnie daleko częściej pojawia się w swej abstrakcyjnej, wysublimowanej i często „artystycznej” formie niż jako konkretne zdarzenie egzystencjalne mające miejsce w życiu każdego, zachodzące w określonym czasie i w określonych realiach⁵⁸.

⁵⁵ Por. M. ARAMINI, *Bioetyka dla wszystkich*, tłum. L. WYGANOWSKA, Kraków 2011, s. 73.

⁵⁶ P. RICOEUR, *Życie aż do śmierci oraz fragmenty*, tłum. A. TURCZYN, Kraków 2008, s. 7; zob. również: TENŻE, *Egzystencja i hermeneutyka. Rozprawy o metodzie*, tłum. E. BIENKOWSKA, Warszawa 1985.

⁵⁷ Por. S. KOWALCZYK, *Zarys filozofii człowieka*, Sandomierz 1990, s. 257.

⁵⁸ A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu...*, dz. cyt., s. 7. W kulturze europejskiej do dziś istnieją liczne artystyczne wizje przedstawiające śmierć. Czasem jest to tylko sym-

Być może właśnie dlatego wciąż stosunkowo najlepiej znane i opisane są biologiczne aspekty umierania i śmierci. Tutaj bowiem „każda śmierć” ma swoją precyzyjnie udokumentowaną, biologiczną przyczynę oraz uzasadnienie, będąc na ogół odpowiednio zdiagnozowaną przez lekarza. Problem jednak w tym, że „śmierć biologiczna” odnosi się tylko do „śmierci ciała”, a przecież umierający człowiek to coś nieporównywalnie więcej! Doświadczający misterium „przejścia” *ánthropos* jest integralną osobą, jest istotą myślącą, wolną i odczuwającą; bytem zdolnym do realizacji najwyższych uczuć i funkcjonującym w określonych układach społecznych⁵⁹. Dodatkowo wciąż niewyjaśnione pozostaje owo „tajemnicze źródło «niematerialności właściwych człowiekowi działań»”⁶⁰. Albowiem interpretowanie osobowych fenomenów powszechnego pragnienia szczęścia, miłości, duchowego cierpienia, nienawiści, aktów heroicznego poświęcenia się czy egzystencjalnego lęku wyłącznie procesami metabolicznymi oraz tzw. chemią ustrojową – wydaje się gigantycznym i chyba nawet nieco naiwnym, materialistycznym uproszczeniem skomplikowanej natury naszego człowieczeństwa⁶¹.

Przekonanie to sprawiło, że ostatnie lata – mimo sygnalizowanej już pewnej niepisanej „zmowy milczenia” oraz poprawności publicznego „niemówienia o śmierci” – przyniosły obserwowalny wzrost zainteresowania pozabiologicznymi aspektami umierania człowieka. I chociaż słusznie – metaforycznie – nazywa się śmierć „sumą wszystkich ludzkich strachów”, staje się ona powoli elementem dyskursu szerszego, niż tylko medyczny czy religijny. Nieśmiało pojawiać się więc zaczęły poważne studia na temat śmierci, pisane przez psychologów, psychiatrów, socjologów czy etyków – przedstawiające ją oraz sam proces umierania w znacznie poszerzonej, niż tylko biologiczno-medyczna, perspektywie. Także prace pisane przez samych lekarzy powoli przenoszą ciężar gatunkowy problemu z terenu czystej medycyny klinicznej właśnie w kierunku psychologii i socjologii medycyny, a także – co budzi duże nadzieje – antropologii filozoficznej. Dzięki temu zabiegowi problemy oraz wynikające z nich pytania

boliczny „szkielet”, innym razem już wychudzona „postać z szablą” bezlitośnie ścinająca życie ludzkie (ucinająca głowy), czy też przerażająca postać „otulona czarną opończą”, o głowie w kształcie trupiej czaszki, albo postać „siwej w opończy”, ale bez wyraźnie zarysowanej twarzy. Innym razem śmierć wyobrażana jest przez pozbawioną cech płci przerażającą „postać z kosą” lub rozkładający się i gnijący ludzki „kościotrup”. Bywa także przedstawiana jako upiorna, „błada postać przybywająca na siwym koniu” itd. Wyobrażeniom tym towarzyszą na ogół wizje szatanów, ogni piekielnych i demonów torturujących dusze, które zblądziły za życia na ziemi. Tamże, s. 31. Zob. także: J. HINTON, *Dying*, London 1967.

⁵⁹ Por. tamże.

⁶⁰ Zob. P. MRZYGLÓD, *Dusza i ciało jako integralne składowe ludzkiego bytu. Stanowisko metafizyki realistycznej*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 20 (2012), nr 1, s. 177–182; por. w związku z tym: I. DEC, *Transcendencja człowieka w przyrodzie*, Wrocław 1994, s. 227; zob. także: ŚW. TOMASZ Z AKWINU, *Sth*, I, q. 77, a. 8c.

⁶¹ Zob. M.A. KRĄPIEC, *Ja – człowiek*, Lublin 1991, s. 25 oraz 144–152.

egzystencjalne związane ze śmiercią stają się powoli uznanym tematem badań naukowych nie tylko w dziedzinie nauk przyrodniczych, ale także na terenie nauk behawioralnych, filozoficznych, religioznawczych i społecznych⁶².

2.1. Metafizyka umierania

Śmierć, choć nosi w sobie podobieństwo do groźnych i mimo wszystko nieprzewidzianych zdarzeń w przyrodzie, nie jest jednak, precyzyjnie rzecz ujmując, zjawiskiem przyrody. Jest natomiast zjawiskiem na wskroś ludzkim, takim samym jak narodziny człowieka czy liniowo rozpisany na planie czasu przebieg jego biologicznego życia. Co więcej – jak pisał o niej wybitny polski filozof Józef Tischner – „jest ona zjawiskiem najbardziej intensywnie ludzkim, bo najdokładniej określającym «sytuację graniczną» człowieka oraz skupiającym wszystko w sobie wyznacznikiem wartości i sensu samego człowieczeństwa”⁶³.

Człowiek spotyka się ze śmiercią dosłownie na co dzień, odnajduje ją blisko siebie i w kręgu doświadczeń osób najbliższych. Jest nam zatem dostępny pewien stopień przewidywania, wyobrażenia i *quasi*-odczucia własnej śmierci. Wprawdzie nie jest nam dane określić z góry jej czasu, miejsca i okoliczności, ale wiemy ponad wszelką wątpliwość, że ona kiedyś nastąpi. A w pewnych, nierzadkich, okolicznościach (np. przebiegająca w sposób ciężki i gwałtowny terminalna choroba), że nastąpi niezadługo czy nawet niechybnie, gdy metaforycznie mówimy, iż jest już niemal „w drzwiach”.

Sama perspektywa śmierci, ogólnie rzecz biorąc, nie jest przyjemna, jeśli o jakiegokolwiek „przyjemności” można w tym wypadku mówić. Już sama tylko świadomość jej realnego przybliżania się budzi w nas największy z możliwych ludzkich lęków. Z tego powodu człowiek naturalnie broni się przed nią, odsuwa ją w mglistą i daleką przyszłość i nie chce o niej ani myśleć, ani mówić, ani nawet słyszeć. Choć np. wobec zgonu osób nam bliskich – temat umierania, jakkolwiek absolutnie niepożądany, z uporem wraca, stawiając człowieka (nawet zdrowego i silnego) wobec mrocznej perspektywy własnej, nieuchronnej śmierci.

Ta perspektywa przybliży się również w przypadkach nagłego pojawienia się poważnej choroby, w latach starości i w doświadczaniu jej niemocy oraz w różnych sytuacjach życiowych odczuwanych jako niebezpieczne dla życia. Ale nawet wtedy włączają się w nas natychmiast psychiczne „mechanizmy obronne”, które próbują tę perspektywę wypierać lub przesuwać w niekreśloną dal. Umierający człowiek odsuwa myśl o śmierci i broni się przed nią z uporem, niekiedy aż do ostatnich chwil, i do tego stopnia, że przekreśla to nawet możliwość osobowego przygotowania się do niej⁶⁴.

⁶² Por. A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu...*, dz. cyt., s. 7.

⁶³ J. TISCHNER, *Prolegomena chrześcijańskiej filozofii śmierci*, „Znak” (1968), nr 20, s. 422.

⁶⁴ Por. S. OLEJNIK, *Życie osobiste...*, dz. cyt., s. 147.

Tymczasem owo „przygotowanie do śmierci” jest niezwykle potrzebne, stanowi bowiem podstawową powinność człowieka. Wszak śmierć jest absolutnie finalnym i niemającym precedensu – kluczowym – momentem naszego życia; jego ostatnim akordem. Na fakt ten zwraca uwagę nie tylko antropologia kulturowa, ale i religijna (np. chrześcijańska, choć nie tylko) doktryna moralna, w kręgu której wyrosliśmy i na co dzień się obracamy⁶⁵. To przygotowanie to nie tylko próba ostatecznego uporządkowania swojego życia i spraw, lecz także możliwie pełne uświadomienie sobie wyjątkowości sytuacji, która za chwilę ma się wydarzyć, czyli „spotkania” z wiecznością, bezczasowością i – jeśli wierzymy – osobową Transcendencją. Dlatego, jak pisze w swej pracy *Teologia śmierci* Cataldo Zuccaro – „śmierć jeśli nadchodzi – jest bowiem, jest zawsze i tylko moja”⁶⁶.

Konkluzja ta wiedzie nas do sformułowania tego, co w refleksji nad umiarem określamy jako „dialektyka śmierci”. Odchodzącego człowieka prowadzi ona do zrozumienia fundamentalnej prawdy o jego śmierci, mianowicie tej, że nikt inny poza jego własnym „ja” nie może odsłonić jej „oblicza” i spojrzeć jej w twarz. Nikt inny poza mną nie może jej też „przeżyć”! Śmierć istnieje tylko dla konkretnego „ja”, które aktualnie żyje i właśnie umiera. W przeświadczeniu tym – jak pisze dalej Zuccaro – nie chodzi o to, że inni nie umierają, lecz o to, że jest to ich śmierć – a nie moja; czyli ja nie mam do niej żadnego dostępu. Dzięki wspomnianej dialektyce to nie co innego, ale paradoksalnie właśnie absolutnie ostatni akt życia – czyli nasza śmierć – sprawia, że jesteśmy w tym życiu nie do zastąpienia. Stąd też niedająca się ująć w żadne słowa, absolutna samotność umierającego człowieka może stać się znakiem faktu jego bycia niezastąpionym, ponieważ nikt poza nim nie może przeżyć jego własnej śmierci i nikt nie może zająć jego miejsca⁶⁷.

Następuje wówczas – jak mówimy – „wydarzenie śmierci”, które antropologia chrześcijańska opisuje jako „oddzielenie ducha i ciała”; innymi słowy: ontologiczne rozłączenie *res cogitans* („rzeczy myślącej” – *umysłu*) od *res extensa* („rzeczy rozciąglej” – *organicznego ciała*). Moment ten wyznacza także definitywne zakończenie doczesności, czyli stanu określanego jako *homo viator*⁶⁸. Wolny od powiązanych z materią organiczną (ciałem) współrzędnych czasu i przestrzeni wchodzi człowiek w totalnie inną rzeczywistość definiowaną jako *aeternitas* – w wymiar wieczności.

⁶⁵ Por. K. SUSZYŁO, *Lekcja umierania*, „W drodze” 12 (1984), s. 60–67.

⁶⁶ C. ZUCCARO, *Teologia śmierci*, tłum. K. STOPA, Kraków 2004, s. 53.

⁶⁷ Tamże. „Tak jak w śmierci, tak samo w bólu jest się niezastąpionym, ponieważ ból jest antycypacją śmierci. Ścisły związek między bólem a śmiercią czyni te dwa wydarzenia egzystencjalne mniej lub bardziej zamiennymi”. Tamże, s. 53.

⁶⁸ Zob. G. MARCEL, *Homo viator. Wstęp do metafizyki nadziei*, tłum. P. LUBICZ, Warszawa 1984.

2.2. „Wydarzenie śmierci” i jej hermeneutyka

W odległej przeszłości śmierć traktowano jako bardzo konkretny moment, w którym dany człowiek przestawał np. oddychać, kiedy ustawało w nim krążenie krwi, a także zanikały definitywnie najbardziej podstawowe funkcje życiowe ludzkiego organizmu. W świetle najnowszych badań medycznych oraz ustaleń nauki wspomniane wyżej głęboko historyczne „kryteria” budzą co najwyżej ironiczny uśmiech. Dziś bowiem przyjmuje się, iż śmierć – o ile nie ma ona nagłego charakteru (najczęściej tragiczne wypadki komunikacyjne lub w miejscach pracy) – jest rozciągniętym w czasie procesem biologicznym. W perspektywie zaś rozważań antropologii filozoficznej „ostatnim koniecznym etapem dezorganizacji materii żyjącej”⁶⁹. Życie ludzkie w świetle współczesnej wiedzy medycznej kończy tzw. śmierć osobnicza, związana z bezpowrotnym ustaniem czynności pnia mózgu (tzw. śmierć mózgową). Na tej podstawie stwierdza się także zgon⁷⁰, choć organizm ciągle może jeszcze wykazywać pewne funkcje witalne. Dlatego za pomocą odpowiedniego sprzętu medycznego można nadal sztucznie „podtrzymywać” niektóre obserwowalne, ale już tylko „przejawy” życia⁷¹.

Wszystko to razem wzięte składa się na coraz bardziej skomplikowaną „hermeneutykę śmierci” jako finalnego „wydarzenia” antropologicznego. Jakie są cechy dystynktywne tej hermeneutyki? Otóż jej ontologiczny i egzystencjalny wymiar eksponuje nade wszystko ludzką śmiertelność. Jednak sama już her-

⁶⁹ M.A. KRAPIEC, *Czy śmierć jest sensem życia?*, [w:] *Cierpienie i śmierć*, red. A.J. NOWAK, Lublin 1992, s. 149.

⁷⁰ P. ASZYK, *Granice leczenia...*, dz. cyt., s. 136–137. Martwe ciało (zwłoki) rozumiane jako organizm może ciągle jeszcze wykazywać pewne funkcje witalne, można nadal za pomocą sprzętu medycznego podtrzymywać niektóre przejawy życia. Różne układy, tkanki, komórki tracą sukcesywnie żywotność w zależności od właściwej im – zróżnicowanej – szybkości metabolizmu tlenowego, zmian patologicznych, funkcji pełnionej w organizmie. Dlatego mówi się metaforycznie, że „narządy żyją razem, lecz umierają osobno”. Z tego powodu też zgon człowieka stwierdza się zwykle dopiero *post factum*, gdy ewidentne są znaki rozpadu organizmu (pośmiertne plamy opadowe, stężenie pośmiertne, oziębienie zwłok, bledność pośmiertna, brak odpowiednich czynności narządów itd.). Tamże.

⁷¹ Autor publikacji *Granice leczenia* – Piotr Aszyk – dokładnie analizuje tę sytuację, pisząc, iż: „Możliwe jest w niektórych przypadkach zastąpienie funkcji narządów przez pracę odpowiednich urządzeń technicznych. Współczesne technologie podtrzymujące życie pozwalają oddalić zależność między oddychaniem, krążeniem a aktywnością mózgu. Doprowadziło to także do radykalnej zmiany poglądów na kwestię śmierci, która traci tu dawne oblicze, stając się źródłem licznych paradoksów. Podobnie w przypadku transplantacji, gdy «trudno uznać za zmarłą osobę biorcy narządu, której własne serce znajduje się już poza organizmem, lub uznać za osobę żywą zmarłego dawcę żywego wciąż narządu; dawcę, którego serce bije w organizmie zupełnie już innego człowieka». Narządy w tym ostatnim przypadku nie umierają, lecz zmieniają stare środowisko życia na nowe, z którym zostają zintegrowane”. Sytuacja ta rodzi jednak czasem poważne dylematy i problemy natury etycznej, z którymi przychodzi się nam coraz częściej mierzyć. Tamże, s. 136–137.

meneutyka stara się na tyle, na ile to możliwe, „odczarować śmierć”, nadać jej właściwe, tzn. egzystencjalne znaczenie, którego filozofia, sztuka i teologia poszukuje od czasów starożytnych i które nieustannie eksploruje⁷².

Śmierć bowiem postrzegana jako zjawisko – ujmowana i analizowana niejako „od zewnątrz” (nawet śmierć osób najbliższych), choć przyjmowana jest z buntem – jest dla nas ostatecznie zjawiskiem normalnym; bolesnym, wręcz traumatycznym, ale jakoś wytłumaczalnym⁷³. Ba! Jest nawet czymś oczywistym, zwłaszcza gdy chodzi o śmierć ludzką w ogólności. Nauka (zwłaszcza fizyka, nauki przyrodnicze, w tym medycyna) otwarcie mówi, iż jest ona „dziełem natury”, która ma swoje ograniczenia i determinanty, swoje konieczności, którym jako ludzie siłą rzeczy również podlegamy⁷⁴. Ten właśnie fakt pozwolił wielu myślicielom, począwszy od pogańskiej starożytności, aż po dzień dzisiejszy – niemal intuicyjnie określać wszystkie istoty żywe jako takie, które muszą umrzeć⁷⁵.

Jednak ten sam „fakt śmierci” analizowany niejako z „perspektywy wewnętrznej” (z perspektywy samego podmiotu) – zdaniem wybitnego polskiego filozofa Mieczysława Alberta Krąpca – diametralnie zmienia już tę „oczywistą” optykę. Okazuje się bowiem, że to pozorne „zrozumienie”, czy nawet jakaś koniecznościowa „akceptacja” ogólnego faktu śmierci, gdy rozchodzi się o „odchodzenie” ludzi obcych – przybierają jednak formę niewyobrażalnego skandalu, gdy sprawa zaczyna bezpośrednio dotyczyć nas; gdy rozchodzić się zaczyna o naszą osobistą śmierć. Wskazują na to liczne wypowiedzi uznanych, wybitnych myślicieli: „Śmierć człowieka pozostaje przerażająca i zagadkowa, choćby od strony nauk przyrodniczych i medycznych była jak najbardziej wyjaśniona. Jest bowiem zagładą czegoś, co naturalnie przeznaczone jest do życia” – stwierdza otwarcie Herman Volk. Jeszcze dalej idzie włoski myśliciel Romano Guardini, który w swej pracy o rzeczach ostatecznych człowieka pisze: „Sensowny jest sam w sobie chleb, światło, prawda i miłość – wszystko – tylko nie śmierć człowieka”, a wybitny ewangelicki teolog Oscar Cullmann nazywa śmierć wprost czymś „nienaturalnym” i „nienormalnym” i stwierdza, iż nie wazyłby się mówić o niej nigdy jako o czymś, co wynikałoby z ludzkiej natury. „Śmierć bowiem – pisze Cullmann – jest morderczynią człowieka. [...] A ten przede wszystkim chce istnieć i chce żyć!”⁷⁶. Innymi słowy: nie ma w nas najmniejszej nawet wewnętrznej „zgody” na śmierć.

Jednak niejako z „drugiej strony lustra” i na zupełnych antypodach tych rozważań rysuje się radykalnie inna intuicja wobec dotychczasowych prób ro-

⁷² Por. A. JANOWSKI, „Śmierci, śmierć cię czeka”. *Hermeneutyka wobec tajemnicy śmierci*, „Humaniora. Czasopismo Internetowe” (2013), nr 1, s. 77–78.

⁷³ M.A. KRAPIEC, *Ja – człowiek...*, dz. cyt., s. 429.

⁷⁴ Tamże, s. 432.

⁷⁵ Zob. MAREK AURELIUSZ, *Rozmyślania*, tłum. A. PLEZIA, Warszawa 1958, s. 147.

⁷⁶ Cyt. za: J. PIEPER, *Śmierć i nieśmiertelność*, tłum. A. MORAWSKA, Paryż 1970, s. 56–61.

zumienia „wydarzenia śmierci”. Zwraca na nią uwagę m.in. Józef Tischner, pisząc swoją *Filozofię dramatu*. Oto my sami – przekonuje wspomniany autor – jako „istoty dramatyczne” (każdy bowiem bez wyjątku człowiek rozumiany jest przez niego jako „podmiot dramatu”) uczestniczymy w przedziwnej sztuce, którą jest nasze życie, wraz ze wszystkimi jego odsłonami. Życie to postrzegane jest metaforycznie jako „dramat”, który wydarza się na „scenie świata”. I jak każda sztuka, która ma swój początek – ludzkie życie domaga się ostatniego akordu, czyli finału⁷⁷. Dlatego więc, tak jak nie można pomyśleć dramatu teatralnego trwającego bez końca, w którym nie następuje żadne satysfakcjonujące widza rozwiązanie, tak i życie ludzkie domaga się swego ostatecznego akordu, ostatecznej pointy oraz kurtyny. Tę zaś – zarówno wierzącym, jak i niewierzącym – gwarantuje właśnie śmierć. Stąd, nazywana wcześniej „skandalem” i „morderczynią”, w myśli Tischnerowskiej jawi się jako coś długo i z napięciem wyczekiwanego, jako swoiste „błogosławieństwo”, które kończy materialne ludzkie istnienie, pozwalając człowiekowi w sposób godny zejść ze sceny życia – jako komuś, kto ostatecznie się spełnił.

W innym bowiem wypadku wiecznie bylibyśmy „w drodze”, a targany rozmaitymi niepokojami oraz dramatem swojej ziemskiej egzystencji Marcelowski *homo viator* – nigdy nie byłby u celu⁷⁸. Nigdy też nie mógłby ocenić swego życia jako dobre lub złe, godne lub niegodne człowieka, co z kolei spychałoby ludzkie istnienie w przestrzeń antynomii i paradoksu. Dlatego życie i śmierć – jak widzimy – nie zawsze są dla siebie prostą antytezą.

2.3. Ontologia śmierci

Jeszcze bardziej odmienną, bo w pełni ontologiczną, perspektywę ujawnia filozoficzna analiza „wydarzenia śmierci” przeprowadzona przez wybitnego polskiego tomistę – Mieczysława Gogacza. Myśliciel ten, analizując moment śmierci, uznaje, iż ta, „rozpatrywana powszechnie jako największy ludzki dramat,

⁷⁷ Por. J. TISCHNER, *Filozofia dramatu*, Kraków 2001, s. 13nn; TENŻE, *Spór o istnienie człowieka*, Kraków 2001, s. 64–65 i 123–125; zob. w związku z tym: S. SZARY, *Człowiek jako podmiot dramatu. Antropologiczne aspekty filozofii dramatu Józefa Tischnera*, Kęty 2005, s. 15. „Czego zatem dotyczy filozofia dramatu w ujęciu Tischnera? Filozofia dramatu pragnie ukazać całą wyjątkowość i niepowtarzalność ludzkiej egzystencji, rozpiętej pomiędzy nihilizmem a wiarą, pomiędzy rozpaczą a nadzieją. Ten dramat jest walką o jego zbawienie, o definitywny ratunek przed możliwą tragedią, która jest w stanie metafizycznie i moralnie unicestwić. W jego granicach pada pytanie o najgłębszy sens ludzkiej egzystencji, pytanie o sens cierpienia, sens trudu, sens śmierci, sens troski o dobro. Dramat jest w sposób istotny sytuacją intersubiektywną, dziejami spotkań i rozstań, w których tło rysuje się wszakże cień czegoś definitywnego: ostatecznego zwycięstwa lub ostatecznej klęski. Dramat bowiem – jak każda sztuka – nie może trwać bez końca, musi się jakoś zakończyć”. Tamże.

⁷⁸ Zob. G. MARCEL, *Homo viator...*, dz. cyt., s. 158–159.

tak naprawdę jest śmiercią i dramatem tylko ludzkiego ciała”⁷⁹. Ciało bowiem w człowieku, choć jest integralnym i nieodłącznym komponentem osoby, w sposób jednoznaczny kojarzy się z naturalnymi ograniczeniami, m.in. ze starzeniem się, cierpieniem, chorobami, a w ostateczności także biologicznym zniszczeniem, czyli śmiercią. Jest ono jednak tylko czasoprzestrzennym *continuum* nieśmiertelnej osoby i jako takie podlega nieubłaganym prawom przyrody. Jego liniowa czasowość naznaczona jest zatem powolnym wyczerpywaniem się życiodajnych energii i zamieraniem odradzających się mocy, które kończą się nieodwracalnym procesem dezintegracji, aż po finalny moment procesu umierania określanym przez medycynę jako zgon⁸⁰. Tak więc biologiczny człowiek, obumierając, po Heideggerowsku, paradoksalnie, niejako dopiero „dojrzewa do śmierci”⁸¹.

Dlatego też śmierć, będąca naturalnym zniszczeniem ciała, wpisana jest w kształt naszego człowieczeństwa. Co prawda jest ona węzłowym etapem ludzkiej egzystencji, ale w żadnym wypadku nie jest absolutnym końcem człowieka. Niszczy najbardziej fundamentalne warstwy ludzkiej osobowości, ale zachowuje nietknięte to, co najistotniejsze – niematerialne ludzkie „ja” – czyli naszą jaźń, intelekt, rozumiane też jako tzw. dusza. Co ciekawe, już dla największego umysłu średniowiecza – Tomasza z Akwinu – niematerialność, a co za tym idzie nieśmiertelność tejże „duszy” nie była wyłącznie kwestią religijnej wiary – jak sugerowali to w swych pracach chociażby Duns Szkot czy Kajetan de Vio – ale, przynajmniej od czasów starożytnych, od Arystotelesa, była logiczną oczywistością samego rozumu. Przez ten fakt należała do rzeczywistości filozoficznie dostępnych każdemu poprawnie funkcjonującemu umysłowi ludzkiemu⁸².

Dlatego też każde umierające ciało, czyli „zilościowany byt ludzki”, jako biologiczny „agregat komórek” – nie tylko że nie jest jeszcze człowiekiem, ale nie jest ono nawet, *sensu stricto*, ciałem. Pozbawione bowiem ontologicznego odniesienia (tzw. *commensuratio*) do organizującej je substancjalnej formy – „duszy” – jest jedynie tym, co kiedyś było organiczne, co było ożywiane i organizowane, a teraz jako chaos i ontyczny beład wraca do stanu nieorganicznego i nieokreślonego⁸³.

⁷⁹ Por. M. GOGACZ, *Wprowadzenie do etyki chronienia osób*, Warszawa 1995, s. 19–20.

⁸⁰ Por. S. KOWALCZYK, *Zarys...*, dz. cyt., s. 259.

⁸¹ Zob. w związku z tym: M. HEIDEGGER, *Bycie i czas*, tłum. B. BARAN, Warszawa 2008, s. 303 oraz 310.

⁸² Por. H. MAJKRZAK, *Antropologia integralna w «Sumie teologicznej» św. Tomasza z Akwinu*, Kraków 2006, s. 218; por. S. KOWALCZYK, *Zarys...*, dz. cyt., s. 268; zob. także: ŚW. TOMASZ Z AKWINU, *Sth*, I, q. 75, a. 6.

⁸³ Por. P. MRZYGLÓD, *Dusza i ciało...*, art. cyt., s. 195–196. Na temat zagadnienia określanego na terenie klasycznie uprawianej antropologii filozoficznej jako tzw. *commensuratio* – przeczytać możemy więcej w publikacji: S. SWIEŻAWSKI, *Centralne zagadnienie tomistycznej nauki o duszy (Commensuratio animae ad hoc corpus)*, „Przegląd Filozoficzny” 44 (1948), nr 1–3, s. 131–191.

Odziedziczona po Arystotelesie i Tomaszu hylemorficzna metafizyka dowodzi, że każdy konkretny byt – w tym również człowiek – definiuje się jako konieczne połączenie dwóch wymiarów bytu i dwóch pierwiastków: materii i właśnie formy. Jednakże żadnego z tych dwóch składników nie można uważać za substancję ludzką we właściwym tego słowa znaczeniu. Tę osiąga się dopiero poprzez jedność tych dwojga. Stąd przenosząc powyższą zasadę na grunt klasycznej antropologii, otrzymujemy prawdę mówiącą, że dopóki trwa zjednoczenie „formy-duszy” i „materii-ciała”, dopóty trwa człowiek, gdyż dopiero rozumiany jako nierozłączna jedność – i tylko „cały” – jest człowiekiem, czyli osobową substancją.

Skoro jednak związek ten nagle się zerwie, przestaje istnieć nie tylko sam człowiek, ale nawet jego „ciało”. Trup bowiem już nie jest ludzkim ciałem, lecz tylko czymś organicznym, co po śmierci nieodwracalnie zaczyna wracać do stanu nieorganicznego. Dusza zaś – inaczej niematerialna forma bytu ludzkiego – jako źródło nieśmiertelności znajduje się w stanie krytycznym dla swej kondycji, w jakim nigdy dotąd się jeszcze nie znajdowała⁸⁴.

Możliwość istnienia „duszy” po śmierci jest nierozzerwalnie związana z jej naturą oraz sposobem powstania i bytowania. Ponieważ nie powstała ona w wyniku przemian i organizowania się ciała (jest niematerialna w swej naturze, niezłożona i istnieje w sobie jako w podmiocie), nie podlega też jakimkolwiek materialnym zmianom. Co więcej, to właśnie ona swego istnienia udziela materii, organizując ją do konkretnych potrzeb człowieka. Zapewne dlatego w *Sumie teologicznej* odnajdujemy zapis Akwinaty, że ciało człowieka żyje wyłącznie dzięki zjednoczeniu z duszą, natomiast sama dusza hipotetycznie może żyć bez ciała⁸⁵. Podstawą bowiem nieśmiertelności duszy jest jej samodzielna bytowość, ponieważ posiada ona – jak czytamy – „*esse in se*”, a „*quo per se habet esse non potest generari vel corrumpi nisi per se*”⁸⁶. Jakkolwiek moment ten byłby dla niej samej absolutnie nową i nieznaną dotąd sytuacją ontologiczną, która niosłaby ze sobą konieczność totalnego przeorganizowania się sposobu jej działania. Dusza taka, pozbawiona relacji ciała, a więc i narzędzi poznawczych, zdolna byłaby jedynie do aktów intelektualnych (dyskursywnych, wolitywnych i amabilnych), w ramach tzw. niematerialności właściwych człowiekowi działań⁸⁷.

Tak zarysowane ontologiczne odczytanie „wydarzenia śmierci” ukazuje jej fakt w zupełnie innej niż tylko fenomenalna odsłonie. Każę także, nie odbierając śmierci należnego jej „majestatu” oraz powagi, postrzegać ją w katego-

⁸⁴ Por. È. GILSON, *Duch filozofii średniowiecznej*, tłum. J. RYBAŁT, Warszawa 1958, s. 181; zob. w związku z tym: ŚW. TOMASZ Z AKWINU, *Sth*, I, q. 89, a. 1, resp. *Et ideo ad hoc unitur (anima) corpori ut sic operetur secundum naturam suam*.

⁸⁵ Por. M.A. KRĄPIEC, *Ja – człowiek*, Lublin 1974, s. 167.

⁸⁶ Zob. ŚW. TOMASZ Z AKWINU, *Sth*, II–II, q. 100, a. 1, ad. 6.

⁸⁷ Por. S. SWIEŻAWSKI, *Albertyńsko-tomistyczna a kartezjańska koncepcja człowieka*, [w:] TENŻE, *Rozum i tajemnica*, Kraków 1960, s. 365.

riach transformacji bytu ludzkiego oraz właśnie jako „wydarzenia”. Tymczasem współcześnie postrzegana śmierć to najczęściej śmierć w szpitalu, w samotności i śmierć anonimowa – przyjmowana przez żywych daleko bardziej jako rodzinna tragedia i kłopot, niż niemające precedensu egzystencjalne „wydarzenie”, którego bezpośrednim uczestnikiem i bohaterem staje się nade wszystko zmarły.

Paniczny lęk przez tym ostatnim, dopełniającym wszystko, ludzkim aktem i jego niezrozumienie sprawiają, że towarzysząca współczesnej śmierci „kosmetyka” zmarłego ma na celu ewidentne zakrzyczenie prawdy o „odchodzeniu” i eksponowanie na siłę – w martwym już i niemal rozkładającym się ciele – choćby tylko „przejawów życia”. Wszystko po to, aby – jak pisze w swym wykładzie antropologii Henryk Majkrzak – „*umierać bez śmierci*, aby śmiercią nie niepokoić biologicznie żywych i w naiwny sposób odebrać jej powagę”⁸⁸. A przecież od zarania ludzkości jest ona nieodwracalnym kresem życia „tu i teraz” oraz metafizycznym *transitus*, czyli „misterium przejścia”.

Zakończenie

Mimo istnienia coraz bogatszego dorobku w postaci badań naukowych poświęconych filozoficznemu, religijnemu i biomedycznemu aspektowi choroby, cierpienia, umierania i wreszcie samej śmierci, okazuje się, że badania te często bywają niespójne i obciążone licznymi ograniczeniami. Nasuwa się zatem poważna wątpliwość, czy możliwe jest w pełni obiektywne napisanie choćby krótkiej pracy o skomplikowanym świecie cierpienia i umierania bez empirycznie bliskiego kontaktu z analizowaną rzeczywistością, nawet gdyby istniejące badania były jak najbardziej rzetelne, nawzajem koherentne, wyczerpujące i metodologicznie poprawne?⁸⁹

Innymi słowy, pytamy się, czy możliwe jest w pełni adekwatne opisanie rzeczywistości, której nigdy w sposób wyczerpujący się nie doświadczyło i którą zna się – jak dotychczas – wyłącznie z obserwacji, analiz teoretycznych, ewentualnie z literatury? Wszak, jak podpowiada psycholog Józef Makselon: „poznawcze, emocjonalne i motywacyjno-drażeniowe ustosunkowanie się człowieka do tych zjawisk jest postawą raczej o charakterze abstrakcyjnym, jako że dotyczy ona sytuacji oderwanej od rzeczywistości, wiążącej się jedynie z projektującym antycypowaniem wyobrażeń nieuleczalnej choroby, a nade wszystko śmierci”⁹⁰.

⁸⁸ Por. H. MAJKRZAK, *Śmierć człowieka jako przedmiot refleksji filozoficznej*, „Via Consecrata” 11 (2003), s. 62; zob. w związku z tym: G. LORIZIO, *Mistero della morte come mistero dell'uomo*, Napoli 1982, s. 29.

⁸⁹ Por. J. MAKSEŁON, *Dynamika religijności*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. MAKSEŁON, Kraków 1995, s. 295–296; por. także: A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu...*, dz. cyt., s. 23.

⁹⁰ TENŻE, *Lęk wobec śmierci*, Kraków 1998, s. 7–31; zob. w związku z tym: J. DRĘGOWSKA, *Jednostkowość procesu umierania...*, art. cyt., s. 393.

Z takimi lub podobnymi zarzutami, problemami i wątpliwościami zderzyć się musi każdy, kto – chociażby tylko w ramach drobnego szkicu filozoficzno-antropologicznego – usiłuje analizować, eksplorować czy opisywać doświadczenia określane jako „sytuacje graniczne”, ujawniające się prędzej czy później w życiu każdego człowieka. Z drugiej jednak strony nie od wczoraj wiadomo, że *nemo iudex in causa sua* – stąd nikt osobiście i emocjonalnie zaangażowany w problem nie jest w stanie wydać rzetelnego i w pełni obiektywnego osądu na temat rzeczywistości, w której bezpośrednio uczestniczy. Stajemy zatem wobec swoistego hermeneutycznego koła i jakiejś fenomenologicznej antynomii.

Do wspomnianych problemów oraz wątpliwości dochodzą nadto jeszcze inne, szalenie istotne aspekty analizowanych sytuacji egzystencjalnych. Otóż każda próba naukowego badania i rozumienia wyniszczającej ludzkie ciało choroby, a także samego już procesu umierania stawia nas, siłą rzeczy, przed koniecznością dokonania konfrontacji z własną emocjonalnością; z autopsyjnym egzystencjalnym lękiem, z odczuwanymi w tej materii niepokojami, a także koniecznością przełamania istniejących barier w mówieniu i pisaniu o tak niewyobrażalnie trudnych sprawach. Wymaga także ustawicznego wyrwania się ze świata wygodnych eufemizmów, świadomie lub podświadomie woalujących prawdziwe oblicze sytuacji, definiowanych mianem choroby, cierpienia, umierania czy śmierci⁹¹.

Największym jednak problemem jest fakt, że każdorazowe dotykanie „misterium” zawsze niesie ryzyko dokonywania pewnych – nie tylko metodologicznych, ale także, co gorsza, semantycznych – uproszczeń. Na domiar złego niesie nawet ryzyko jakiegoś zbanalizowania majestatu i tajemnicy, którymi choroba, cierpienie i śmierć w sposób naturalny są okryte. Stąd analizowane przez nas zagadnienie nieuleczalnej choroby, powiązanego z nią niemal zawsze bólu i cierpienia, a także samo bezprecedensowe w życiu istot żywych „wydarzenie śmierci” – podświadomie zmusza każdego z badaczy tych „zjawisk” do dokonania koniecznych obrachunków z kruchością i przygodnością swego bytu. Oczekuje także pochylenia się nad własną śmiertelnością oraz wszystkimi płynącymi zeń implikacjami. Zmusza nas także do udzielenia jak najbardziej osobistej odpowiedzi na pytania o nasze ludzkie postawy, które na co dzień – jak dotychczas – jako „teoretycy” zjawiska zajmujemy, gdy stykamy się z chorobą, cierpieniem czy śmiercią innych. Ostatecznie bowiem jako badacze i jako ludzie winniśmy

⁹¹ Por. A. OSTROWSKA, *Śmierć w doświadczeniu...*, dz. cyt., s. 28. Okazuje się, iż nawet w bezpośredniej sytuacji zagrożenia życia oraz bliskiej – niechybnej – śmierci nie traci ona nic ze swojej funkcji nieprzekraczalnego *tabu*. Dlatego często niemal do ostatniej chwili słowo to nie pojawia się wśród osób, które mają być ze śmiercią swoją czy kogoś bliskiego skonfrontowane. Co więcej, nawet po śmierci uciekamy się jakże często do groteskowych eufemizmów typu: „odszedł od nas”; „nie ma jej (jego) już między nami”; „jest, ale już w innej postaci”; „jest z nami duchem”; „żyje w naszych wspomnieniach”; „część jego (jej) pamięci” itp. Tamże.

stanąć w prawdzie i uciekając od współczesnej wyraźnej tabuizacji faktu cierpienia i śmierci – uświadomić sobie, że wszystkie te sytuacje egzystencjalne stanowią w sposób naturalny najgłębszą treść ludzkiego bytu. Co więcej, są one nawet naturalnie pomieszczone w metafizycznej, a także medycznej „definicji” człowieka jako „człowieka”.

Słowa kluczowe: człowiek, życie, choroba, cierpienie, umieranie, śmierć

Philosophical and Existential Structure of Illness, Suffering and Death

Summary

Despite the fact that there exists a substantial amount of scientific works dedicated to various aspects of illness, suffering, dying and death – all the research still appears to be incomplete. Very often they offer only one point of view, are very limited or not coherent. One can't help but doubt, if it is possible at all to write a fully objective and “to the point”, short philosophical essay about the complicated “world of illness”, human suffering, dying and death.

That problem seems being increased by the fact, that every time the words in those dramatic matters are spoken, there is no empirical verification of the thesis or any proof for the truthfulness of the established results. It is set on theoretical analysis of what best describes the unfathomable “mystery”. That's why it looks as if only philosophy is a knowledge domain competent enough to, by “asking about the human being”, show his living status, destiny and cause. The most suitable area of research is the metaphysical fragility of the human's life, which includes the suffering, pain, illness and death. And all of them are what the human nature (spiritual and carnal) is composed of.

Key words: human being, life, illness, suffering, dying, death

Bibliografia

- ARAMINI M., *Bioetyka dla wszystkich*, tłum. L. WYGANOWSKA, Kraków 2011.
- ASZYK P., *Granice leczenia*, Warszawa 2006.
- BALTHASAR H.U. VON, *Radość a krzyż*, „Concilium – wybór artykułów” 1–10 (1968), Poznań 1969.
- BAŁABUCH A., *Cierpienie – przekleństwo czy szansa człowieka?*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 3 (1995), nr 1, s. 103–110.
- CZACHOROWSKI M., hasło: *Cierpienie*, [w:] *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 2, red. A. MARYNIARCZYK, Lublin 2001, s. 189–191.

- DEC I., *Transcendencja człowieka w przyrodzie*, Wrocław 1994.
- DRĘGOWSKA J., *Jednostkowość procesu umierania wobec współczesnej tabuizacji i instytucjonalizacji śmierci*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 12, red. E. KRAJEWSKA-KUŁAK i in., Białystok 2014, s. 391–400.
- FERNGREN G.B., *The Status of Defective Newborns from Late Antiquity to the Reformation*, [w:] *Euthanasia and the Newborn. Conflicts Regarding Savings Lives*, red. R.C. McMILLAN, T.H. Jr. ENGELHARDT, S. SPICKER, Boston 1987, s. 229–239.
- FRANKL V., *Homo patiens*, tłum. R. CZARNECKI i J. MORAWSKI, Warszawa 1984.
- GAEŁAŚ M., *Człowiek wobec cierpienia*, [w:] *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*, red. H. ROMANOWSKA-ŁAKOMY, Olsztyn 2000.
- GILSON È., *Duch filozofii średniowiecznej*, tłum. J. RYBAŁT, Warszawa 1958.
- GOGACZ M., *Wprowadzenie do etyki chronienia osób*, Warszawa 1995.
- HEIDEGGER M., *Bycie i czas*, tłum. B. BARAN, Warszawa 2008.
- HINTON J., *Dying*, London 1967.
- IREK W., *Koniec czy początek? Szkice o godnym starzeniu się i umieraniu*, Wrocław 2009.
- JAN PAWEŁ II, *Przemówienie w szpitalu „Villa Betania” w Rzymie* (z dnia: 19.12.1982 r.), [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, V, 3 (1982).
- JAN PAWEŁ II, *Przemówienie do uczestników XV Międzynarodowego Kongresu Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich* (z dnia: 3.10.1982 r.), [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, V, 3 (1982).
- JAN PAWEŁ II, *List apostolski Salvifici doloris*, „Acta Apostolicae Sedis” 76 (1984).
- JAN PAWEŁ II, *List apostolski Salvifici doloris*, Rzym 1984.
- JAN PAWEŁ II, *Przemówienie do chorych w szpitalu w Cagliari* (z dnia: 20.10.1985 r.), [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, VIII, 2 (1985).
- JAN PAWEŁ II, *Audjencja generalna* (z dnia: 8.10.1986 r.), [w:] *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, IX, 2 (1986).
- JANOWSKI A., „*Śmierci, śmierć cię czeka*”. *Hermeneutyka wobec tajemnicy śmierci*, „Humaniora. Czasopismo Internetowe” (2013), nr 1, s. 77–86.
- JASPERS K., *Sytuacje graniczne*, tłum. A. STANIEWSKA i M. SKWIECIŃSKI, [w:] R. RUDZIŃSKI, *Jaspers*, Warszawa 1978.
- KAMIEŃSKA A., *Sens cierpienia*, „Inspiracje” 3–4 (1993), s. 31–39.
- KIERKEGAARD S., *Bojaźń i drżenie. Choroba na śmierć*, tłum. J. IWASZKIEWICZ, Warszawa 1972.
- KOWALCZYK S., *Zarys filozofii człowieka*, Sandomierz 1990.
- KRAPIEC M.A., *Ja – człowiek*, Lublin 1974.
- KRAPIEC M.A., *Ja – człowiek*, Lublin 1991.
- KRAPIEC M.A., *Czy śmierć jest sensem życia?*, [w:] *Cierpienie i śmierć*, red. A.J. NOWAK, Lublin 1992, s. 149–161.
- KRAPIEC M.A., *W poszukiwaniu sensu cierpienia*, „Cywilizacja” (2006), nr 16, s. 8–13.
- KRZESIŃSKA-ŻACH B., *Przeżyjmy to razem – jak komunikować się z pacjentem umierającym*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 12, red. E. KIJEWSKA-KUŁAK i in., Białystok 2014, s. 282–286.

- LORIZIO G., *Mistero della morte come mistero dell'uomo*, Napoli 1982.
- MAJKRZAK H., *Śmierć człowieka jako przedmiot refleksji filozoficznej*, „Via Consecrata” 11 (2003), s. 59–71.
- MAJKRZAK H., *Antropologia integralna w «Sumie teologicznej» św. Tomasza z Akwinu*, Kraków 2006.
- MAKSELON J., *Dynamika religijności*, [w:] *Psychologia dla teologów*, red. J. MAKSELON, Kraków 1995, s. 283–314.
- MAKSELON J., *Lęk wobec śmierci*, Kraków 1998.
- MARCEL G., *Homo viator. Wstęp do metafizyki nadziei*, tłum. P. LUBICZ, Warszawa 1984.
- MAREK AURELIUSZ, *Rozmyślenia*, tłum. A. PLEZIA, Warszawa 1958.
- MASZCZAK T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 54 (2005), s. 73–81.
- MRZYGLÓD P., *Dusza i ciało jako integralne składowe ludzkiego bytu. Stanowisko metafizyki realistycznej*, „Wrocławski Przegląd Teologiczny” 20 (2012), nr 1, s. 177–196.
- NAGÓRNY J., *Zbawczy wymiar cierpienia*, „Cywilizacja. O nauce, moralności, sztuce i religii” (2006), nr 16, s. 17–19.
- NOR R., *Wieczór życia*, „Ateneum Kapłańskie” 90 (1978), s. 323–330.
- OLEJNIK S., *Życie osobiste i współbycie międzyludzkie. Teologia moralna, Dar – Wezwanie – Odpowiedź*, t. 6, Warszawa 1990.
- OPINC J., *Długowieczność. Medycyna a wydłużenie życia*, <http://www.poradnia.pl/długowiecznosc-medycyna-a-wydłużenie-zycia.html> [dostęp: 30.03.2016].
- OSIŃSKA K., *Człowiek chory we wspólnotie ludzkiej*, „Więź” 20 (1977), nr 12, s. 22–33.
- OSIŃSKA K., *Twórcza obecność chorych*, Warszawa 1983.
- OSTROWSKA A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 2005.
- PIEŃCZYKOWSKA J., *Żyjemy coraz dłużej*, <http://www.polskatimes.pl/arttykul/962058,zyjemy-coraz-dluzej-od-2000-roku-srednia-dlugosc-zycia-polaka-wydłużyla-się-o-3-lata,id,t.html> [dostęp: 30.03.2016].
- PIEPER J., *Śmierć i nieśmiertelność*, tłum. A. MORAWSKA, Paryż 1970.
- PSORULLA E.M., *Krzyż Chrystusa uobecniony w cierpieniu człowieka chorego*, „Communio” 4 (1984), nr 1, s. 95–102.
- RICOEUR P., *Egzystencja i hermeneutyka. Rozprawy o metodzie*, tłum. E. BIEŃKOWSKA, Warszawa 1985.
- Ricoeur P., *Żyć aż do śmierci oraz fragmenty*, tłum. A. TURCZYN, Kraków 2008.
- ROK B., *Problem cierpienia w chorobie w dziejach staropolskiego społeczeństwa*, [w:] *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*, red. B. PŁONKA-SYROKA, Wrocław 1999, s. 48–60.
- SAWICKI A., *Antropologia choroby*, [w:] *W drodze do brzegu życia*, t. 11, red. E. KIJEWSKA-KUŁAK i in., Białystok 2013, s. 25–34.
- SCHNEIDER Th., *Znaki bliskości Boga*, tłum. J. TYRAWA, Wrocław 1995.
- SOBÓR WATYKAŃSKI II, *Konstytucje, Dekrety, Deklaracje – Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym «Gaudium et spes»*, Poznań 2002.
- SUSZYŁO K., *Lekcja umierania*, „W drodze” 12 (1984), s. 60–67.

- SWIEŻAWSKI S., *Albertyńsko-tomistyczna a kartezjańska koncepcja człowieka*, [w:] TENŻE, *Rozum i tajemnica*, Kraków 1960, s. 361–375.
- SWIEŻAWSKI S., *Centralne zagadnienie tomistycznej nauki o duszy (Commensuratio animae ad hoc corpus)*, „Przegląd Filozoficzny” XLIV (1948), z. 1–3, s. 131–191.
- SZARY S., *Człowiek jako podmiot dramatu. Antropologiczne aspekty filozofii dramatu Józefa Tischnera*, Kęty 2005.
- TISCHNER J., *Prolegomena chrześcijańskiej filozofii śmierci*, „Znak” (1968), nr 20, s. 422–441.
- TISCHNER J., *Rozmowy z chorymi*, „W drodze” 4 (1976), nr 11, s. 3–20.
- TISCHNER J., *Filozofia dramatu*, Kraków 2001.
- TISCHNER J., *Spór o istnienie człowieka*, Kraków 2001.
- TOMASZ Z AKWINU św., *Summa Theologica I–III*, cura et studio P. CARMELLO, Torino 1962–1963.
- TOYNBEE A., *Zmiana postaw wobec śmierci w nowożytnej cywilizacji europejskiej*, [w:] TENŻE, *Człowiek wobec śmierci*, Warszawa 1973.
- WIŁOWSKI W., *Metafizyka cierpienia. Od Arystotelesa poprzez myśl indyjską do myśli chrześcijańskiej*, Poznań 2010.
- WITEK S., hasło: *Choroba*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. 3, red. R. ŁUKASZYK i in., Lublin 1979, k. 232–236.
- WITTGENSTEIN L., *Tractatus logico-philosophicus*, tłum. B. WOLNIEWICZ, Warszawa 2000.
- WOJTYŁA K., *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, seria: *Człowiek i moralność*, t. 4, red. T. STYCZEŃ i in., Lublin 1994.
- ZIEMIŃSKI I., *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*, Lublin 1999.
- ZUCCARO C., *Teologia śmierci*, tłum. K. STOPA, Kraków 2004.