

Adam Świeżyński

Wybrane elementy modelu śmierci "zdziczałej"

Studia Philosophiae Christianae 37/1, 157-174

2001

Artykuł został zdigitalizowany i 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.

mie języka czy hermeneutyki jest bowiem również pewnym znakiem kryzysu zaufania do poznawczych zdolności rozumu³⁶.

Realizacja tych zadań ma zarazem chronić przed błędami eklektyzmu, historyzmu, scjentyzmu, pragmatyzmu i nihilizmu. Są to błędy epoki zwanej przez wielu autorów postmodernizmem. Niektórzy z przedstawicieli tego nurtu deklarują, że wobec faktu, iż czas pewności minął, musimy „teraz nauczyć się żyć w sytuacji całkowitego braku sensu, pod znakiem tymczasowości i przemijalności”³⁷.

Przestrzegając przed tymi zagrożeniami, papież zachęca do odrodzenia filozofii w jej właściwym, mądrościowym, metafizycznym wymiarze. Ojciec św. zdaje sobie sprawę z trudności, jakie mogą mieć ci filozofowie, którzy zaangażowali się w różne szczegółowe badania nad świadomością czy językiem. Encyklika ma być zachętą i wsparciem także dla nich. Temu między innymi służy wezwanie papieża, który z ojcowską troską patrzy zarówno na ludzkie postępy w wierze, jak i w mądrości: „Apeluję także do filozofów i wykładawców filozofii, aby idąc śladem zawsze aktualnej tradycji filozoficznej, mieli odwagę przywrócić myśli filozoficznej wymiary autentycznej mądrości i prawdy, także metafizycznej. Niech otworzą się na wymagania, jakie stawia im Słowo Boże, i starają się odpowiadać na nie swoim rozumowaniem i argumentacją. Niech dążą zawsze ku prawdzie i będą wrażliwi na dobro w niej zawarte. Dzięki temu będą umieli zbudować autentyczną etykę, której ludzkość tak pilnie potrzebuje, zwłaszcza w obecnym czasie”³⁸.

ADAM ŚWIEŻYŃSKI

WYBRANE ELEMENTY MODELU ŚMIERCI „ZDZICZAŁEJ”

WSTĘP

Tradycyjne rytuały związane ze śmiercią różnią się w zależności od miejsca, ale wszystkie służą jednemu celowi: obwieszczają społeczności śmierć jej członka, unaocniają ją wyraźnie, że oto nade-

³⁶ *Fides et ratio*, nr 84.

³⁷ Tamże, nr 91.

³⁸ Tamże, nr 106.

szła przemiana i trzeba sobie z nią poradzić za pomocą takich środków jak żałoba, ceremonie pochówku lub kremacji, następnie zaś poprzez silne wsparcie okazywane przez społeczność tym, którzy stracili bliską osobę¹.

Obecnie śmierć i wszystko, co z nią związane, dzieje się gdzieś w ukryciu². Stała się ona domeną specjalistów. Została zawłaszczona przez medycynę jako potężną i niezindywidualizowaną siłę społeczną. Owo poddanie jednostki prawom grupy społecznej, w tym również medycznej, ma bezpośredni związek z nadmierną medykacją śmierci charakterystyczną dla modelu śmierci „zdziczałej”, który pojawił się na dobre wraz z początkiem naszego stulecia³.

1. ŚMIERĆ JAKO TABU

Choroba, lekarstwa, lekarz – to pojęcia od dawna nierozłączne ze sobą związane. Być chorym oznaczało niegdyś, że człowiek padł ofiarą nieznanym sobie wyższych sił. W nowoczesnej cywilizacji nastąpiła ewolucja, którą w pewnym sensie można określić jako sekularyzację. Jej głównym i istotnym rysem jest przechodzenie od stanu choroby jako zjawiska religijnego, duchowego do choroby jako zjawiska czysto medycznego, biologicznego. Medycyna nowoczesna jest nastawiona naukowo. Wyklucza więc ze swej orbity magiczne i religijne wyjaśnienia zdrowia, choroby, życia i śmierci⁴. Nie potrafi jednak odpowiedzieć na najgłębsze egzystencjalne pytania człowieka, dotyczące sensu zawartego w umieraniu i śmierci. Tymczasem brak tej odpowie-

¹ Zob. T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1973, 114–116.

² Potwierdza to coraz mniejsza liczba ceremonii pogrzebowych i narastający zanik obrzędów żałobnych; zob. M. Abiven, *Accompagner la mort*, Etudes 11(1986), 465–466.

³ Aktualnie spotyka się w zachodniej cywilizacji kilka stylów umierania, mianowicie: 1) bardzo jeszcze rozpowszechniony, dominujący styl „śmierci na opak”, charakterystyczny dla ideologii szpitalnej, 2) złagodzony wzór tej śmierci, sytuujący się między nią a śmiercią etykietalną (łagodny paternalizm, gdzie dobro chorego jest stawiane w praktyce na pierwszym miejscu zasad etyki medycznej), 3) wzór śmierci etykietalnej (zjawisko ograniczone głównie do USA) i 4) tzw. „śmierć na uzgodnienie” – wzorzec, który coraz silniej promieniuje z Holandii, głównie na Francję, ale także na pozostałe kraje Europy. Zob. K. Szewczyk, *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*, w: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa–Łódź 1996, 59.

⁴ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980, 235.

dzi ze strony środowiska szpitalnego oraz trudności w ujawnianiu umierającym prawdy o ich stanie zdrowia i w przeprowadzaniu związanych z nią rozmów przyczyniają się do poczucia bezsilności zarówno u pacjentów, jak i personelu medycznego. Jeżeli zaś człowiek nie potrafi w umieraniu i śmierci odkryć głębszego znaczenia, to sam próbuje nadawać tym wydarzeniom utracony sens.

Od czasu śmierci biblijnego Abla aż po dzień dzisiejszy śmierć była i jest niezmiennym faktem. Nastąpiły jednak wielkie przeobrażenia w spojrzeniu na umieranie, to jest na drogę, którą człowiek przechodzi w swojej ostatniej fazie życia aż do momentu śmierci. Przede wszystkim zmieniła się sytuacja, w jakiej człowiek umiera. Więcej niż połowa ludzi nie umiera już w domu, lecz w szpitalu⁵. A to często oznacza, że umierają oni przy „medycznym akompaniamencie” gumowych węzłów, drutów, rurek, butelek, monitorów, wyciągów, czujników itp. Konanie człowieka zostało rozdrobnione na wiele fizjologicznych procesów, w których gubi się osobowe zjawisko umierania. Poza tym proces umierania trwa na ogół dłużej niż dawniej, a to ze względu na wiele pielęgnacyjnych i medycznych możliwości podtrzymywania życia. Granice między życiem a śmiercią stały się przez to bardziej nieokreślone. Przerwanie pracy serca – niegdyś najpewniejsza oznaka śmierci człowieka – może w określonych przypadkach nie stanowić rozstrzygającego kryterium⁶.

⁵ W szpitalach umiera obecnie 80% Amerykanów. Liczba ta rosła stopniowo od 1949 roku, kiedy to wynosiła jeszcze 50%. W roku 1958 sięgnęła 61%, a w 1977 – 70%; S. Nuland, *Jak umieramy. Refleksje na temat ostatnich chwil naszego życia*, tłum. z ang. M. Lewandowska, Warszawa 1996, 289.

⁶ Zob. P. Troszkiewicz, *W poszukiwaniu definicji śmierci*, SPCh 31(1995)2, 131–145; A. Szczęsna, *Wokół medycznej definicji śmierci*, w: *Umierać bez lęku*, dz. cyt., 63–96; Ch. Barnard, *Godne życie, godna śmierć*, tłum. z ang. J. K. Kelus, Warszawa 1996, 32–49; A. Polkowski, *Eutanazja: ucieczka od życia czy zgoda na śmierć?*, *Życie i Myśl* (1977), nr 7–8, 69–70; K. Wiśniewska-Roszkowska, *Śmierć w aspekcie nauk medycznych*, Ateneum Kapłańskie (1980), nr 3, 359–366. P. Singer neguje definicję śmierci jako śmierć mózgu podaną m. in. przez Komisję Harvardzką, wskazując na trudności związane z jej precyzyjnym stwierdzeniem: „Pogląd, że ktoś jest martwy, gdy martwy jest jego mózg, jest co najmniej dziwny”. P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, tłum. z ang. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997, 29. Jego zdaniem, jest to jedynie próba usprawiedliwienia i zalegalizowania praktyki pobierania organów do transplantacji od osób o nieodwracalnie utraconej świadomości. Tamże, 61–64.

Zasugerowane tutaj istotne przemiany w procesie ludzkiego umierania sprawiły, że nastąpiła zmiana postawy wobec śmierci. Przestano ją uważać za konieczne zjawisko naturalne. Obecna „nieprzyzwoitość” śmierci polega na tym, że przerywa ona naturalny łańcuch życia podniesionego do wartości absolutu. Śmierć jest porażką. Kiedy staje się faktem, uznaje się ją za przypadek, rezultat bezsilności albo niezręczności, o którym trzeba szybko zapomnieć. To, co dzisiaj nazywamy dobrą śmiercią, piękną śmiercią, dokładnie odpowiada dawnemu wzorcowi śmierci przekłetej, bo niepostrzeżonej⁷.

Według P. Ariesa, współczesne społeczeństwo proponuje przyznanie się do bezsilności, czyli „nieuznawanie istnienia hańby, której nie można zapobiec; zachowywanie się tak, jak gdyby jej nie było i w konsekwencji bezlitosne zmuszanie otoczenia zmarłych do milczenia”⁸. Śmierć jest przez wielu ludzi ignorowana. Daje się także zauważyć, że ludzie nie są z nią „oswojeni”. Jeśli przerywa się ową ciszę, to jedynie po to, aby sprowadzić śmierć do rozmiarów błahego wydarzenia, starając się mówić o nim obojętnie⁹. W obu przypadkach skutek jest jednakowy: ani jednostka, ani wspólnota nie są w stanie uznać istnienia śmierci¹⁰.

Tendencja wyrażająca się w obojętności dla zjawiska śmierci kształtuje się począwszy od wieku XVIII. Rozpoczęła się wówczas wielka przemiana wrażliwości. „Początek inwersji – daleka i niedoskonała zapowiedź wielkiej dzisiejszej inwersji – zarysował się wówczas w sposobach przedstawiania śmierci”¹¹. Śmierć, mająca poprzednio w sobie coś bliskiego, poufałego, oswojonego, zaczęła nabierać gwałtownej i budzącej strach dzikości.

W średniowieczu śmierć była „oswojona”¹². „Śmierć oswojona jest wzorcem ściśle związanym z modelem świata, który można na-

⁷ Zob. P. Aries, *Człowiek i śmierć*, tłum. z franc. E. Bąkowska, Warszawa 1989, 596–597.

⁸ Tamże, 602.

⁹ Ten sposób mówienia o śmierci jest często stosowany w serwisach informacyjnych i filmach sensacyjnych.

¹⁰ Dlatego czasem współczesnym brak duchowej dojrzałości, w którą pojedynczych ludzi jak i całe narody wprowadza prawdziwe odkrycie i właściwe rozumienie śmierci. Por. M. de Unamuno, *O poczuciu tragiczności życia wśród ludzi i wśród narodów*, tłum. z hiszp. H. Woźniakowski, Kraków–Wrocław 1984, 71.

¹¹ P. Aries, dz. cyt., 597.

¹² Tamże, 593–594. Zob. też J. Bremer, *Cmentarz – jeszcze jedna twarz śmierci*, Przegląd Powszechny (1996), nr 11, 182–192.

zwać światem metafizycznego porządku”¹³. Model ten był obecny już w mitycznym przedstawianiu rzeczywistości. Przejęła go następnie filozofia antycznej Grecji i myśl chrześcijańska, w dużej mierze za pośrednictwem greckich filozofów. Skrótowo rzecz ujmując, świat metafizycznego porządku rozumiano jako rzeczywistość kształtowaną przez obiektywne (w chrześcijaństwie dane od Boga) prawa fizyczne. Były one tożsame z prawami moralnymi i estetycznymi stanowiąc trójjednię Prawdy, Dobra i Piękna. Troiste prawa nadawały rzeczywistości troisty ład: fizyczny, moralny i estetyczny. Prawa troistego porządku tworzyły coś na kształt planu strukturalno-funkcjonalnego świata. Plan ten wyznaczał każdej rzeczy ściśle określone miejsce i dokładnie sprecyzowane funkcje, jakie dana rzecz miała spełniać dla całości świata. Z tej służebności czynnościowej elementów wobec świata brał się ich sens, ich wewnętrzne znaczenie. Swoje miejsce we wszechświecie, swoje funkcje, a co za tym idzie swój sens, wartość miały radość i cierpienie, ból i szczęście, narodziny i śmierć. Ta ostatnia była koniecznością wbudowaną w człowieczy los, karą za grzech pierworodny, przejściem na drugą stronę, momentem spotkania ze Stwórcą¹⁴.

Schyłek XVIII stulecia to początek niezwykle szybkiego procesu odrzucania przez naszą cywilizację modelu świata metafizycznego porządku¹⁵. Pierwszym i, jak się wydaje, najistotniejszym czynnikiem destrukcji tego obrazu i zarazem przemiany śmierci „oswojonej” w śmierć „zdziczałą” był proces indywidualizacji. Chodzi o stopniowe, ale coraz szybsze uzyskiwanie przez ludzi świadomości siebie samych jako jednostek, niepowtarzalnych indywidualności¹⁶. Droga ku indywidualności prowadzi również ku coraz wyraźniejszej świadomości własnej śmierci, albowiem „śmierć jest zdobyczą jednostki”¹⁷.

¹³ K. Szewczyk, art. cyt., 17.

¹⁴ Tamże.

¹⁵ Zob. A. Śródka, *Rozwój nauk podstawowych i przedklinicznych*, w: *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2000, 235–238.

¹⁶ Por. J. Bremer, art. cyt., 184–185.

¹⁷ E. Morin, *Antropologia śmierci*, w: *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, red. i tłum. z franc. S. Cichowicz, J. M. Godzimirski, Warszawa 1993, 111. Zwolennikami tej tezy są także P. Aries i francuski historyk J. Delumeau. Zob. J. Delumeau, *Grzech i strach. Poczucie winy w kulturze Zachodu XIII–XVII w.*, tłum. z franc. A. Szymanowski, Warszawa 1994, 79.

Także w wieku XVIII zyskuje na znaczeniu drugi z czynników upadku świata metafizycznego porządku i pojawienia się wzorca śmierci „zdziczałej”. Jest nim postępująca laicyzacja naszej kultury. Zanika wiara w piekło, sąd ostateczny, karzącego Boga¹⁸. Tęgo zaś, w co nie wierzymy, przestajemy się równocześnie bać. Człowieka drugiej połowy XVIII stulecia przerażeniem napawa nie tyle myśl o piekle, ile świadomość własnej śmierci. Pojawia się wielki lęk przed śmiercią. „Lęk ten mógł się rozwinąć, upowszechnić i, w połączeniu z innymi skutkami cywilizacji oświecenia, zrodzić z wiekowym wyprzedzeniem naszą kulturę”¹⁹.

W wieku XIX romantyzm budzący namiętną wrażliwość nie znającą granic i praw rozsądku sprawił, że jeden charakterystyczny typ wziął wówczas górę nad wszystkimi innymi formami uczuciowości. Był nim typ życia prywatnego, określony przez angielskie słowo *privacy* (sfera prywatności)²⁰. W tych warunkach śmierć własna nie miała już znaczenia takiego jak dawniej. Strach przed śmiercią zmienił kierunek i zwrócił się ku osobie kochanej. „Nie śmierć własna jest stanem rzeczy, którego należy się obawiać i przed którym czuje się odrazę, ale śmierć drugiego człowieka”²¹. Oplakiwano jednak fizyczną rozłąkę ze zmarłym, a nie fakt samego umierania²². W epoce romantyzmu śmierć nie była już bliska i oswojona jak w społeczeństwach tradycyjnych, ale jeszcze nie zupełnie dzika. Stała się natomiast patetyczna²³ i piękna, „piękna jak natura, jak bezmiar natury, morze albo wrzosowiska”²⁴. Nie mogłaby jednak uzyskać cech doskonałego piękna, gdyby najpierw nie przestano jej kojarzyć ze

¹⁸ P. Aries określa to zjawisko „osłabieniem idei eschatologicznej chrześcijaństwa”. P. Aries, dz. cyt., 596.

¹⁹ Tamże, 598.

²⁰ Tamże. Dosłownie: odosobnienie, odcięcie się od świata, unikanie rozgłosu, trzymanie czegoś w tajemnicy. J. Stanisławski, K. Billip, Z. Chocitowska, *Podręczny słownik angielsko-polski*, Warszawa 1976, 545.

²¹ J. Bremer, art. cyt., 187.

²² Zob. E. Słoka, *To los mój na grobowcach siadać*, Przegląd Powszechny (1993), nr 11, 197-215.

²³ „U muzyków romantycznych (...), którzy oddają cześć przede wszystkim majestatowi śmierci, pompatyczność i emfaza tak rozciągają chwile, że czynią z nich niemal wieczność. (...) Wielka uroczystość pogrzebowa z właściwym jej przepychem, z dostojnymi konduktami pozwala chwili wyzwolić się ze swej tymczasowości i promieniować jak słońce w zenicie”. V. Jankelevitch, *La mort*, Paris 1966, 229.

²⁴ P. Aries, dz. cyt., 599.

złem. Zło, długo nieporuszone, z wolna wycofuje się z serca i świadomości człowieka. „Żadne poczucie winy, żaden lęk przed zaświatami nie powstrzymuje już człowieka przed poddaniem się fascynacji śmiercią, która przeobraziła się w doskonałe piękno”²⁵.

Szybkość rozprzestrzeniania się nowej postawy wobec śmierci wiązać należy także z serią ówczesnych innowacji techniki medycznej²⁶. Jest to znaczący sygnał laicyzacji śmierci. Świadczy on o jej przechodzeniu ze sfery wpływów Kościoła w obszar władania medycyny. Udane przypadki resuscytacji²⁷ pozornie martwych ludzi ukazują niepewność własnej śmierci i przyspieszają proces zawłaszczania śmierci przez medycynę. W niepewności owej znajduje nowe miejsce zaczepienia lęk przed śmiercią, oderwany od swego pierwotnie religijnego podłoża. „W lęku przed umieraniem poczynają wysuwać się na pierwszy plan: obawa przed utratą panowania nad własnymi procesami fizjologicznymi oraz przeżycie wstydu”²⁸. Wstyd zaś, jak twierdzi N. Elias, to również „rodzaj lęku”, tyle, że odczuwany w obliczu niebezpieczeństwa, przed którym człowiek nie może się obronić²⁹.

Współczesny wzorzec śmierci nie podważa głębokiej tendencji i charakteru zmian, jakie zaszły w wieku XIX. On je kontynuuje, nawet jeżeli na pozór przeczy im w swoich najbardziej spektakularnych przejawach. Wzorzec śmierci jest w dalszym ciągu zdeterminowany przez poczucie *privacy*, tyle że stał się bardziej rygorystyczny i wymagający. Ostatnim wynalazkiem tej przysłowiowej wrażliwości jest bronienie umierającego przed jego własnymi emocjami i ukrywanie do końca, jak ciężki jest jego stan. Natomiast bezpośrednim następstwem definitywnego wyrugowania

²⁵ Tamże.

²⁶ Najważniejszym wówczas osiągnięciem było skonstruowanie przez N. Drinkera sztucznego respiratora (pol. XVIII w.).

²⁷ „Resuscytacja (lub reanimacja) – przywrócenie stabilnego stanu fizjologicznego osobie, której czynności serca, ciśnienie krwi oraz utlenowanie tkanek obniżyły się do wartości krytycznych”. R. M. Youngson, *Medycyna. Słownik encyklopedyczny*, tłum. z ang. A. Grzybowski, W. Grzybowski, Warszawa 1997, 422. Obejmuje takie zabiegi jak: masaż serca, sztuczne oddychanie, oraz środki farmakologiczne pobudzające czynności układu krążenia i oddechowego. Por. T. B. Boulton, C. E. Blogg, *Anestezjologia dla studentów medycyny*, tłum. z ang. B. Kamiński, Warszawa 1992, 202–220.

²⁸ K. Szewczyk, art. cyt., 26.

²⁹ N. Elias, *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*, tłum. z franc. T. Zabłudowski, Warszawa 1980, 450.

zła, jak to już wcześniej zostało powiedziane, stał się wstyd. Społeczeństwo zaczęło się wstydzić śmierci, bardziej się jej wstydzić niż bać, a co za tym idzie postępować tak, jak gdyby śmierć nie istniała. „O ile poczucie istnienia drugiego człowieka, ta forma istnienia indywiduum, doprowadzona do ostatecznych konsekwencji, jest pierwszą przyczyną obecnego kształtu śmierci, to drugą jest wstyd i zakaz, jaki on za sobą pociąga”³⁰.

Postawa ta nie unicestwiła do końca ani samej śmierci, ani strachu przed nią. Wiara w życie wieczne zanika, ale śmierć trwa dalej³¹. Zniszczenie wiary w zło, koniecznej do oswojenia śmierci, spowodowało jej powrót do stanu dzikości. Dawna dzikość mogła powrócić w technice lekarskiej. „Śmierć w szpitalu, najeżona rurkami, staje się dziś czymś bardziej przerażającym niż szkielec”³².

Nadto, rozpad świata metafizycznego porządku wprowadził śmierć w nicość aksjologiczną. Nauka technologiczna posuwa się o krok dalej i spycha śmierć, już pozbawioną sensu, w otchłań nieistnienia bytowego, w nicość ontologiczną. Im większe poczucie owej nicości, tym większy lęk przed nią i tym większa ufność pokładana w technologii, jako czynnika zmniejszającym lęk³³.

W konsekwencji, przyjmuje się, że śmierć „zdziczała”, w przeciwieństwie do „oswojonej”, to śmierć wyparta ze świadomości indywidualnej i społecznej³⁴. Skutkiem owego wyparcia dziczeje ona, podobnie jak dziczeje oswojony zwierz wypędzony z domu. Człowiek kultury Zachodu dopuścił do tego, by śmierć, która niegdyś była traktowana jako oczywisty i nieunikniony rezultat narodzin, znikła mu z oczu i skryła się w zaciszu szpitali i zakładów pogrzebowych. Powstało przekonanie, że śmierć powinna dokonywać się w specjalnie

³⁰ P. Aries, dz. cyt., 602.

³¹ Por. V. Jankelevitch, *Tajemnice śmierci i zjawisko śmierci*, tłum. z franc. S. Cichowicz, J. M. Godzimirski, w: *Antropologia śmierci*, dz. cyt., 46.

³² P. Aries, dz. cyt., 603.

³³ Technika medyczna negując związek przyczyn choroby z czymś „tajemniczym”, „niezłębionym” nie może zaoferować nic, co by przed tym chroniło. „Medycyna scentystyczna może w związku z chorobą zaoferować tylko wyjaśnienie kwestii „jak”, ale nie umie odpowiedzieć na pytanie „dlaczego”. (...) Pozostawione bez odpowiedzi „dlaczego” znajduje wyraz w czymś, co można nazwać „naukową magią”. Wiąże się to z niepewnością i ograniczonymi możliwościami leczenia, charakterystycznymi medycynę”. M. Sokołowska, dz. cyt., 234–235.

³⁴ P. Aries, dz. cyt., 603.

wdzielonych, izolowanych miejscach. Idealną ku temu przestrzenią jest szpital. Choć wielu ludzi nie potrafi się do tego przyznać, szpital oferuje rodzinom schowek dla ich „gorsząco nieprzydatnych” członków, których ani świat, ani oni sami nie są w stanie dłużej znieść. Rodziny usiłują czasami za wszelką cenę umieścić chorego terminalnie w szpitalu, gdyż boją się jego umierania. Nie wiedzą, co się robi ze śmiercią; nigdy jej nie towarzyszyli. Obserwują ponadto, że ich dom popada w izolację. Badania socjologów dowodzą, że do takiej rodziny przestają przychodzić krewni i znajomi. Oni również nie wiedzą, co należy mówić, jak się zachować³⁵. Myśl o śmierci bliskich zepchnięto w podświadomość, a rozmowę na jej temat uznano za nieakt. Zanika wielopokoleniowy model rodziny, w którym narodziny i śmierć były jednakowo akceptowane jako część życia i otoczone opieką najbliższych oraz zaufanego lekarza domowego. Rodzina jest dzisiaj nie przygotowana do podjęcia trudnej opieki pielęgnacyjnej, pełna lęku przed bezradnością wobec cierpienia fizycznego i duchowego³⁶. „Śmierć zbyt jawna, zbyt teatralna, zbyt hałaśliwa budzi u otoczenia emocje, które trudno pogodzić z własnym życiem zawodowym, a jeszcze trudniej z zawodowym życiem szpitala. (...) Na pewno jest rzeczą pożądaną, aby umierać niepostrzeżenie nie tylko dla siebie, ale i dla innych”³⁷. Postawa odrzucenia jest więc typowym zachowaniem ludzi współczesnych wobec problemów, jakie stawia przed nimi śmierć³⁸. „Łatwiej znieść śmierć bez myśli o niej, niż myśleć o śmierci bez niebezpieczeństwa”³⁹.

2. MÓWIENIE PRAWDY UMIERAJĄCYM

Postawa odrzucenia i wypierania śmierci ze świadomości indywidualnej i społecznej nastęrcza ogromnych trudności w komunikowaniu się człowieka umierającego z otoczeniem. Problem pojawia się jako sprawa pilna i dręcząca za każdym razem, gdy lekarz ma wyjawic pacjentowi nieubłagane wyniki jakiejś drama-

³⁵ Zob. B. Pietkiewicz, *Kres*, Polityka (1996), nr 44, 26–29.

³⁶ Interesujące uwagi na temat kształtowania postawy wobec śmierci u dzieci formuluje E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, tłum. z ang. E. Stahre-Godycka, Poznań 1996, 12–35.

³⁷ P. Aries, dz. cyt., 576.

³⁸ Por. J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. z franc. U. Sudolska, Warszawa 1980, 15–24.

³⁹ B. Pascal, *Myśli*, tłum. z franc. T. Żeleński (Boy), Warszawa 1997, 107 (nr 218).

tycznej diagnozy lub bolesnej prognozy. Następuje wówczas najbardziej drażliwy moment tego dialogu, jaki rozwija się między lekarzem a pacjentem⁴⁰.

Na temat mówienia prawdy ludziom nieuleczalnie chorym i umierającym opinie są podzielone. Autorzy podtrzymują różne tezy, podobnie udokumentowane danymi statystycznymi i kwestionariuszami⁴¹. Na przeciwległych biegunach znajdują się zwolennicy „prawdy za wszelką cenę” oraz ci, którzy uważają, że „nigdy nie należy mówić prawdy osobie umierającej lub nieuleczalnie chorej”⁴².

Pierwsza teza jest poglądem tych autorów, dla których niewypełnienie moralnego obowiązku mówienia prawdy równa się pozabawieniu pacjenta jego praw⁴³. Jest to również teza prawników, gdyż według nich każdy człowiek ma prawo do uzyskania prawdy od osób trzecich w tym, co dotyczy jego osoby. „Prawda należy wyłącznie do chorego”⁴⁴. Zwolennicy pełnego uświadomienia powołują się na humanitaryzm i głoszą, że okłamując pacjenta lub przemilczając istotne dla niego fakty ubliża się jego godności i skazuje na męki umierania w samotności z powodu otaczającej go zmywy milczenia (rzekomo dla jego komfortu psychicznego).

⁴⁰ Doskonale ilustruje te trudności krążąca w wielu wersjach opowiadka o urzędniku, który pamiętając o nakazie taktownego zachowywania się i starając się złagodzić cios spowodowany przekazywanymi bolesnymi wiadomościami o śmierci bliskich, stuknął uprzejmie do drzwi mieszkania nieświadomej niczego kobiety, a gdy je otworzono zapytał: „Czy to dom wdowy Smith?”. Por. F. Antonelli, *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?*, tłum. z włos. J. Dębska, Kraków 1995, 45–46.

⁴¹ „Biorąc pod uwagę fakt, że stopień zapotrzebowania na informacje zmienia się w zależności od stopnia zaawansowania choroby, nie powinno się wyciągać zbyt pochopnie wniosków na przykład z przeprowadzanych wśród ludzi zdrowych badań ankietowych, zadających pytania w rodzaju: Gdybyś był umierający, czy chciałbyś wiedzieć...?”. K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk 1996, 90.

⁴² W sondażu przeprowadzonym w roku 1981 na pytanie: „Czy lekarz powinien powiedzieć choremu o zagrażającej śmierci?”, odpowiedzi „tak” udzieliło: 37% pytanym lekarzy, 28% pielęgniarek, 41% studentów medycyny i 41% przedstawicieli innych zawodów. Gdy podobne badania powtórzono wśród studentów w roku 1992 wyniki były następujące: 62,6% – tak, 24,7% – nie, 12,7% nie miało wyrobionego poglądu w tej sprawie. Badania realizował zespół naukowy UAM w Poznaniu: L. Gapik, E. Kasperek, D. Polańczyk. Zob. M. Gałuszka, *Potoczna interpretacja śmierci, w: Umierać bez lęku*, dz. cyt., 178–179.

⁴³ F. Antonelli, dz. cyt., 48.

⁴⁴ J. Brehant, dz. cyt., 78.

Prowadzi to, według nich, do traktowania pacjenta jak przedmiotu (lecniczych zabiegów), a nie podmiotu zdolnego do decydowania o sobie. Zwolennicy mówienia prawdy o rzeczywistym stanie śmiertelnie chorego, wśród sześciu charakterystycznych kontekstów, na pierwszym miejscu uwzględniają kontekst praw pacjenta i kodeksu deontologicznego⁴⁵. Pacjent ma prawo do rzetelnych informacji o stanie swojego zdrowia, dlatego lekarz bez względu na okoliczności nie powinien zatajać prawdy. Jako argumenty służą prawa o samostanowieniu, wolności osobistej, godności gatunkowej, szacunku dla osoby pacjenta. „Choremu, wobec pewnego i bliskiego zagrożenia życia, prawda ma być zakomunikowana; w sposób łagodny, rozważny, delikatny, z podjęciem wszystkich możliwych środków ostrożności, ale ma być powiedziana”⁴⁶. Innym argumentem przemawiającym za informowaniem pacjentów jest stworzenie im szansy na przygotowanie się do śmierci (pożegnanie z bliskimi, sporządzenie testamentu, zakończenie spraw rozpoczętych za życia)⁴⁷.

Drugą ze skrajnych pozycji w kwestii omawianego problemu zajmują ci, którzy obstają przy utrzymywaniu do ostatniej chwili milczenia o niepomyślnym rokowaniu i rzeczywistym stanie zdrowia pacjenta, nawet gdy oznacza to uciekanie się do najbardziej irracjonalnych złudzeń. Zamiast o raku mówi się więc choremu np. o owrzodzeniu lub zapaleniu jelita grubego, o anemii, dodając, że „to przejdzie”, a za miesiąc będzie można uczcić wyleczenie wystawną kolacją⁴⁸. „U źródeł takiego myślenia stoi pewna postawa (można ją również nazwać odczuciem), która wykrystalizowała się w drugiej połowie XIX wieku. Otoczenie chorego skłania się z jednej strony do oszczędzania mu informacji o powadze jego położenia, do zatajania przed nim jego rzeczywistej sytuacji, z drugiej strony zdając sobie sprawę z faktu, że ukrywanie nie może trwać zbyt długo”⁴⁹. W tym przypadku na pierwszym miejscu znajduje się

⁴⁵ Pozostałe to: kontekst argumentów praktyczno-pragmatycznych, kontekst psychologiczny, religijny, autorytetu medycyny i lekarza oraz społeczny. Zob. M. Gałuszka, art. cyt., 180.

⁴⁶ F. Antonelli, dz. cyt., 47.

⁴⁷ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1997, 77.

⁴⁸ F. Antonelli, dz. cyt., 49.

⁴⁹ J. Bremer, art. cyt., 190.

kontekst psychologiczny. Chory nie chce umierać, zaprzecza i od-czuwa swoją śmierć jako niesprawiedliwość⁵⁰. Prawda o zbliżającej się śmierci może odebrać mu nadzieję oraz poczucie sensu walki o przetrwanie i doprowadzić do załamania psychicznego⁵¹. Lekarz, który obwieściłby „wyrok”, mógłby zostać przez chorego odrzucony jako ktoś bezradny, nie mogący pomóc, ktoś, kto zawiódł. Zaś „litościwe kłamstwo” nie podważa jego zaufania.

Dalszy argument na rzecz nie mówienia prawdy to twierdzenie, że sam lekarz rzadko (jeśli w ogóle) zna prawdę, gdyż nigdy nie może być do końca pewnym rozpoznania i rokowania medycznego. Ponadto, nawet gdyby lekarz znał prawdę, pacjent przeważnie nie byłby w stanie prawidłowo jej zrozumieć⁵².

Wyżej omówiona postawa jest elementem modelu śmierci „zdziczałej”, traktowanej jako temat tabu, o którym się milczy. Jest także wynikiem pomieszania dwóch kwestii: moralnego problemu mówienia prawdy oraz problemów epistemologicznych, logicznych i semantycznych związanych z pojęciem prawdy jako takiej⁵³. Jest więc również efektem upadku koncepcji świata metafizycznego porządku, wskutek którego indywidualizm i strach przed śmiercią (współcześnie zamieniony we wstyd) zabraniają mówienia prawdy o faktycznym stanie pacjenta. Byłoby to bowiem wkraczaniem w nietykalną sferę prywatności i osobistego przeżywania doświadczenia śmierci oraz przyznaniem się do haniebnej porażki i niemocy nowoczesnej techniki medycznej, a raczej niemocy samego człowieka, poza którym nie ma już nic doskonalszego.

Wielu lekarzy i psychologów sądzi, że ani jednej ani drugiej tezy niepodobna uważać za w pełni zadowalającą, choćby dlatego, że w stosunkach międzyludzkich rozwiązania dogmatyczne i bez-

⁵⁰ Por. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. z ang. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979, 43–79.

⁵¹ M. Gałuszka, art. cyt., 181.

⁵² „Nawet tak powszechnie używane słowo jak „rak” może zostać opacznie zrozumiane przez pacjentów nie mających przygotowania medycznego. W świadomości pacjenta zamiast całego szeregu uwarunkowań, przewidywań i niuansów technicznych, jakie kryją się w tym słowie, często pojawi się tylko mroczne przekonanie, że rak to nic innego, jak nazwa szczególnie przerażającej choroby”. R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. z ang. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997, 112.

⁵³ Tamże, 114–115.

dyskusyjne nie są nigdy rozwiązaniami optymalnymi. Niewątpliwie słusne jest rozstrzygnięcie dylematu „mówić, czy nie mówić” uzależniające przyjęte rozwiązanie od każdorazowej, indywidualnej oceny, czy pacjent rzeczywiście chce znać prawdę i czy jest psychicznie przygotowany na jej przyjęcie. Jedyne możliwe zalecenia ogólne mogą dotyczyć sposobu przekazywania wiadomości, przygotowania do nich i ich akceptacji⁵⁴. Wydaje się, że „pośrednie” rozwiązanie proponuje Kodeks Etyki Lekarskiej: „W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”⁵⁵. Nie oznacza to jednak kierowania się założeniami etyki relatywistycznej odwołującej się do idei „kłamstwa użytecznego” ani stosowania grocjuszowskiej teorii fałszomówstwa⁵⁶. A. Vermeersch proponuje zamiast nich koncepcję tzw. „dwuznaczników konwencjonalnych”⁵⁷. Chodzi tu o pewne utarte szablony odpowiedzi typu: „nie wiem”, „zobaczmy”, „na razie trudno coś konkretnego powiedzieć”. Podstawowy sens tych wyrażen nie oznacza nic więcej, jak tylko niechęć do podjęcia rozmowy na dany temat i wypowiedzenia swojej właściwej myśli. Ponieważ odmienna funkcja znaczeniowa wspomnianych wyrażen jest w środowisku lekarzy i pacjentów tajemnicą poliszynelem, nie naruszają one wymogów prawdomówności⁵⁸.

⁵⁴ A. Ostrowska, dz. cyt., 78.

⁵⁵ *Kodeks Etyki Lekarskiej*, art. 17. Podobne rozwiązanie podaje Rada Europy w *Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*, art. 10. Tekst obu aktów prawnych można znaleźć np. w: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 1998.

⁵⁶ Zob. T. Ślipko, *Prawda – kłamstwo – nieprawda, Chrześcijanin w świecie* (1985), nr 11, 58–62.

⁵⁷ Zob. Tenże, *Zarys etyki szczegółowej*, t. 1, Kraków 1982, 358.

⁵⁸ Zob. Tenże, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Kraków 1994, 193. Por także: „(...) Nie można ani dwuznaczników konwencjonalnych ani zwrotów grzecznościowych dyktowanych kurtuazją czy wymuszanych natręctwem (...) kwalifikować jako „kłamstwa użytecznego”, ponieważ w znaczeniowej wymowie określonych sytuacji zawarta jest informacja o ich sensie odmiennym od dosłownego rozumienia”. Tenże, *Prawda – kłamstwo – nieprawda*, art. cyt., 66.

Nie da się zaprzeczyć, że przekazywanie przykrych wiadomości o stanie czyjegoś zdrowia jest trudne. Dlatego trzeba się tego nauczyć, wbrew potocznym opiniom, że nabywa się tę sprawność automatycznie lub, że należy to robić spontanicznie. Mówiąc o przekazywaniu informacji choremu trzeba podkreślić dwie kluczowe zasady: 1) prawda jest jak lekarstwo; należy je dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego; 2) przekazywanie złych informacji jest procesem, który trwa wiele dni i ma swoją dynamikę rozwojową⁵⁹. Należy założyć, że chociaż człowiek ma prawo do prawdy o swoim stanie, to jednak nie ma obowiązku jej poznania. Dlatego nie wolno złych informacji przekazywać rutynowo, bez wcześniejszego upewnienia się, że chory ich rzeczywiście pragnie i że dojrzał do ich przyjęcia⁶⁰.

Trzeba też pamiętać, że stopień zapotrzebowania na informacje jest różny u poszczególnych osób i zmienia się w zależności od stopnia zaawansowania choroby – im bardziej zaawansowany jest proces chorobowy, tym mniejsze jest zainteresowanie chorego przyczyną samej choroby, a większa koncentracja na poszczególnych objawach⁶¹. Pacjent poinformowany staje się szczególnie wrażliwy i słaby psychicznie. Przykre wiadomości powodują, zwłaszcza na początku, silne reakcje emocjonalne. Chory wymaga wówczas szczególnej obecności i wsparcia osób bliskich. Inaczej diagnoza–wyrok może wywołać u niego rozpacz i pchnąć do działań samobójczych. Sprawdza się wtedy znane powiedzenie, iż prawda bez miłości – zabija. Człowiek, który ma umrzeć, umrze godniej, jeśli zostawi się mu isierkę nadziei. Ale nadzieja ta nie polega wyłącznie na wierze w wyleczenie lub choćby powstrzymanie choroby. Dla umierającego bowiem perspektywa wyleczenia zawsze ostatecznie okazuje się fałszywa, a nawet możliwość złagodzenia bólu często obraca się wniwecz. „Są tacy, którzy nadzieję znajdują w religii i wierze w życie przyszłe; inni będą czekali na

⁵⁹K. de Walden-Gałaszko, *U kresu*, dz. cyt., 90. Zob. też S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1995, 108–109; P. Skurzyński, *Jak spokojnie umrzeć?*, Gdańsk 1993, 27–30.

⁶⁰K. de Walden-Gałaszko, *Pomoc psychologiczna osobom umierającym*, Znak (1997), nr 10, 88.

⁶¹Zob. F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent. Zagrożenia i korzyści*, Ethos (1994), nr 1–2, 182–183.

osiągnięcie jakiegoś ważnego etapu albo jakiegoś przełomowe zdarzenie⁶². W erze stechniczowanych nauk biomedycznych, gdy niemal każdy dzień ludzi nową perspektywą kolejnego leku, pokusa, by trzymać się nadziei wyleczenia, jest ogromna. Robienie komuś takiej nadziei jest jednak często oszustwem i na dłuższą metę okazuje się, że zamiast być pomocne umierającemu, oddaje mu jak najgorszą przysługę⁶³.

3. ESTETYZACJA ŚMIERCI

Człowiek końca XX wieku doświadcza skutków wyzwalającego procesu indywidualizacji i wchodzenia w świat nicości aksjologiczno-ontologicznej. Są nimi: samotność jednostkowego istnienia (wielkie zatowimowanie człowieka) i jednocześnie izolacja człowieka od innych stworzeń. Człowiek jednak, mimo swoich wysiłków, nie jest i nie potrafi być „samotną wyspą”⁶⁴. Temu zaś, co się wokół niego dzieje, próbuje nadać utracony sens. Dotyczy to również zjawiska śmierci. Działanie człowieka współczesnego idzie tu w dwóch różnych, choć mających tę samą motywację, kierunkach: opieki hospicyjnej oraz estetyzacji śmierci.

Estetyzacja śmierci, zwana także „śmiercią etykietalną”⁶⁵, stanowi „wołanie z samotności jednostkowego istnienia o łączność z drugim człowiekiem, niechby realizowaną tylko w chwili śmierci-

⁶² S. Nuland, dz. cyt., 292.

⁶³ Literacką ilustrację takiego oszustwa i jego konsekwencji znajdujemy w noweli L. Tolstoja: „Najcięższą męką dla Iwana Iljicza było kłamstwo. To nie wiadomo dlaczego zaakceptowane przez wszystkich kłamstwo, że on jest tylko chory, ale nie umierający, i że ma tylko zachować spokój i przeprowadzać kurację, a z tego wyniknie coś bardzo pomyślnego. A Iwan Iljicz wiedział, że cokolwiek by czyniono, nic z tego nie wyniknie, prócz jeszcze bardziej męczących cierpień i śmierci. To kłamstwo męczyło go, męczyło i to, że nikt nie chciał się przyznać do tego, o czym wszyscy wiedzieli i o czym on wiedział, i że chciano go oszukiwać i zmuszono do brania udziału w tym kłamstwie. Kłamstwo, kłamstwo, to okłamywanie go w przededniu śmierci, kłamstwo, które sprowadzało ten straszny, uroczysty akt jego śmierci do poziomu tych wszystkich ich wizyt, firanek, jesiotrów... było straszną męczarnią dla Iwana Iljicza. I rzecz dziwna, wiele razy, kiedy tamci wyczyniali te błazeństwa, był o włos od tego, aby zawołać do nich: przestańcie kłamać, i wy wiecie, i ja wiem, że umieram, więc przynajmniej przestańcie kłamać. Ale nigdy nie miał dość odwagi, aby tak zrobić”. L. Tolstoj, *Śmierć Iwana Iljicza*, tłum. z ros. J. Iwaszkiewicz, w: *Opowiadania i nowele. Wybór*, Warszawa 1985, 73–74.

⁶⁴ Określenie zapożyczone z tytułu książki T. Mertona: T. Merton, *Nikt nie jest samotną wyspą*, tłum. z ang. M. Morstin-Górska, Poznań 1997.

⁶⁵ K. Szewczyk, art. cyt., 47.

ci i za jej pośrednictwem”⁶⁶. Drugi człowiek (lekarz, rodzina) jest tu elementem racjonalnego planu śmierci, estetyczno-użytecznym gestem wkomponowanym w ten plan. Przykładowo: mąż pije z żoną szampana, po czym pomaga jej umrzeć⁶⁷. Istnieją więc dwie podstawowe grupy wartości, które należy uwzględnić: perfekcjonizm podjętych działań oraz wartości estetyczne, czyli elegancja i przyzwoitość samej śmierci. Dzięki owemu „planowaniu–robieniu” własna śmierć uzyskuje sens dla programującej ją jednostki. Co więcej, cały sens śmierci wyczerpuje się w jej „robieniu”. „Sens zaś to przede wszystkim piękno, precyzja i funkcjonalność gestu”⁶⁸. Owo niezwykle drobiazgowo przygotowanie własnej śmierci ma dać maksimum pewności, że życie zostanie zakończone w sposób niezawodny i elegancki zarazem. W śmierci etykietalnej bardzo ważny jest przeto jej styl. On ma przywrócić temu wydarzeniu sens, zapewnić spokój i komfort umierania. Człowiek widząc, że nie może zapanować nad śmiertelnością stara się przynajmniej racjonalnie kierować własną śmiercią.

Z drugiej strony, śmierć etykietalna staje się „zaczynem rozkwitu grup poparcia dla osób bliskich ostatecznego wyjścia”⁶⁹. Planowanie śmierci przyciąga na spotkania owych grup pokrewnych sobie duchem uczestników, dzielących się ze sobą w rozmowie wspólnymi problemami i obdarzających się wzajemnym zrozumieniem⁷⁰. Omawiają oni zazwyczaj własne odczucia na temat bliskiej śmierci.

Estetyzacja śmierci stanowi jeden z elementów globalnej estetyzacji natury, która z kolei jest składnikiem estetyzacji totalnej, obejmującej wszystkie dziedziny ludzkiego działania⁷¹. Dotyczy ona, oprócz zjawiska śmierci, również życia jednostki, jej roli zawodowej i społecznej, wypoczynku, miłości. „Uniwersum pozbawione trwałych fundamentów aksjologiczno–ontologicznych prze-

⁶⁶ Tamże, 48.

⁶⁷ Zob. przypadek Janet Mills. *Nic prócz igły, czyli przypadek Janet Mills*, *Życie* (1997), nr 6, 11.

⁶⁸ K. Szewczyk, art. cyt., 48.

⁶⁹ Tamże, 49.

⁷⁰ D. Humphry, *Ostateczne wyjście. Praktyczne rady dla śmiertelnie chorych, jak samodzielnie lub z cudzą pomocą popieścić samobójstwo*, tłum. z ang. K. Schreyer, Bydgoszcz 1993, 118.

⁷¹ Por. E. Morin, *Duch czasu*, tłum. z franc. A. Frybesowa, Warszawa 1965, 73–82.

radza się w magazyn gestów i stylów, postaw, poglądów i światopoglądów, z których można dowolnie czerpać i składać nowe estetyczne całości”⁷². Śmierć etykietalna jest zatem próbą włączenia osamotnionych jednostek w szersze tło społeczne poprzez upodobanie do rzeczy śmiertelnych⁷³.

Powstaje jednak obawa, że wolność w kreowaniu estetycznych światów grozi także osamotnieniem i to dwojakiemu rodzajowi. Pierwsze płynie z poczucia kruchości świata, w którym jednostka nie uczestniczy już we wspólnym budowaniu czegoś solidnego, co przetrwa dłużej niż chwila radości tworzenia. Drugi rodzaj osamotnienia to samotność w fizycznym znaczeniu tego słowa, „samotność programistów wpatrzonych w ekrany monitorów i nawiązujący kontakt z innymi tylko za pośrednictwem komputerów w trakcie programowania wraz z nimi jakiegoś przemijającego świata”⁷⁴.

ZAKOŃCZENIE

O śmierci człowiek myśli i mówi zawsze z pozycji jakiegoś rozumienia samego siebie, sensu własnego życia, zatroskania o własną przyszłość. Współczesne podejście do zjawiska śmierci w znacznym stopniu kształtują media. Lansują one młodość, sprawność fizyczną, sukces osobisty i zawodowy oraz „lekki i radosny” styl życia pozbawionego istotnych problemów natury egzystencjalnej. Odwołują się przy tym często do najniższych ludzkich instynktów, stosując wyszukane techniki manipulacyjne. Z drugiej strony, media pokazują śmierć, ale nie naturalną, lecz brutalną i gwałtowną, przedstawiając ją w sposób drastyczny i naturalistyczny⁷⁵. Śmierć jest wówczas towarem, migawką na ekranie, „jest obca”⁷⁶. Nieprawdziwy obraz śmierci, która zakłóca idylliczną wizję egzystencji ludzkiej, jest konsekwencją zakłamanego obrazu życia lansowanego w środkach masowego przekazu i utrwa-

⁷² K. Szewczyk, art. cyt., 52.

⁷³ F. Comby, *Ach ci starcy, którzy nie mogą umrzeć*, tłum. z franc. J. Jędraszek, *Communio* (1989), nr 2, 90.

⁷⁴ K. Szewczyk, art. cyt., 52.

⁷⁵ Istnieją oczywiście liczne wyjątki od wspomnianej „reguły”; przykładowo: ostatni film Kszysztofa Zanussiego *Życie jako śmiertelna choroba, przenoszona drogą płciową*.

⁷⁶ M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa 2000, 10.

lanego praktyką codzienności. Śmierć „zdziczała” to owoc „zdziczałego” życia, które przez współczesnego człowieka zostało utożsamione z witalnością i nieograniczonym zaspokajaniem potrzeb własnej natury biologicznej, a tym samym pozbawione wartości transcendentnej. Sposobu przywrócenia zjawisku śmierci właściwego miejsca w obszarze ludzkich doświadczeń należałoby zatem szukać w takim przeżywaniu egzystencji człowieka, w którym jest miejsce zarówno na radosny uśmiech, jak i na łzy cierpienia.

JACEK TOMCZYK

ZDOLNOŚĆ GOTOWANIA FAKTOREM ROZWOJU CZŁOWIEKA

Badania nad filogenezą człowieka (antropogenezą), czyli jego rozwojem rodowym, obejmują zarówno prowadzenie wykopalisk, jak również stawianie hipotez wyjaśniających proces hominizacji. Wokół antropogenezy toczą się liczne dyskusje i spory. Wielu antropologów dochodzi nawet na kanwie tych samych faktów (skamieniałości, artefaktów) do rozbieżnych wniosków w sprawie przebiegu hominizacji. Proponowane rozwiązania wskazują na różne czynniki, które doprowadziły do pojawienia się człowieka współczesnego – *Homo sapiens*. Stąd mnogość modeli filogenetycznego rozwoju człowieka. W tym kontekście mówi się właśnie o modelach lub hipotezach, ponieważ tłumaczą one wydarzenia jednorazowe z odległej przeszłości. Jako takie są trudne do zweryfikowania. Proponowane zatem modele są dopóty aktualne, dopóki nie zostaną zakwestionowane przez nowe odkrycia, albo też nie zjawią się wyjaśnienia inne, lepiej harmonizujące z dostępnym materiałem.

W 1970 roku Clifford Jolly z New York University zaproponował *model kryzysu żywnościowego*. Łączy on modyfikację morfologiczną z adaptacją do środowiska przez zmianę sposobu odżywiania. Według tego modelu, faktorem procesu hominizacji były zmiany klimatyczne, które doprowadziły do zastąpienia środowiska leśnego przez stepowe. Wymusiło to zmianę w odżywianiu