

WOKÓŁ ROZWAŻAŃ NAD BEZPIECZEŃSTWEM EGZYSTENCJALNYM, CZYLI INTERPRETACJE ŚMIERCI W NAUCE

Marek Adamkiewicz

Wojskowa Akademia Techniczna

Streszczenie. Ostatecznym tłem poczucia ludzkiego bezpieczeństwa jest śmierć. Zatem dla istnienia ma wymiar fundamentalny i stąd jest przedmiotem rozważań różnych dziedzin, które interesują się człowiekiem, jako bytem szczególnej rangi i specyficznej charakterystyki. W tym sensie kres, będąc fenomenem jednorodnym, występuje w różnych odsłonach i można go rozmaicie objaśnić. **Śmierć jest czystym absolutem**, stwierdza autor, gdyż jak żadne inne zjawisko naturalne dotyczy wszelkich stworzeń. Jej ostateczność kontrastowana z witalnym charakterem samego istnienia staje się osnową koncepcji pragnących nadać sens samemu życiu i określić jego przeznaczenie. Dla nauk o bezpieczeństwie adekwatna wiedza o koncepcjach śmierci pozwala na prawidłową hierarchizację działań na innych polach zainteresowań.

Wstęp

W jakim sensie śmierć wpływa na nasze poczucie bezpieczeństwa? Po pierwsze jest fenomenem biologicznym, przenikającym ludzkie pragnienie utrzymywania życia na każdym jego poziomie. Po drugie wszelka troska o przedłużenie egzystencji staje się rękojmą bezowocnej, lecz ciągle podejmowanej przez medycynę walki ze śmiercią. Po trzecie świadomość przemijania jest źródłem psychicznych doznań, które określają zdolność człowieka do przeciwstawiania się konieczności kresu i tworzenia warunków możliwie szczęśliwej egzystencji. Po czwarte **śmierć jest doniosłym wydarzeniem społecznym**, które określa nastawienie jednostek do samych siebie i innych ludzi pozostających w jednakowym wobec niej położeniu. Wszystkie te aspekty mają wpływ na bezpieczeństwo w wielu istotnych dziedzinach ludzkiego działania.

Biomedyczne stanowisko wobec śmierci

W biologii śmierć jest rozumiana jako konieczny warunek ciągłości bytu. Według Maurice'a Marois'a, wszelki zgon jako przejaw „niedostatku” stworzenia realizującego się tylko w ograniczonym dla niego czasie jest warunkiem niezbędnym dla powielania materii ożywionej na wyższych poziomach jej trwania. W każdej chwili życie równoważy śmierć, zaś gatunek góruje nad osobnikiem. Rozpad w przyrodzie jest wyrażeniem wyższego dobra życia i w konsekwencji aspektem jego podporządkowania szerszemu i tajemniczemu planowi objawiania się natury¹. Również Jean Vasserot śmierć postrzega

¹ Por. M. Marois, *Geneza pojawienia się życia i śmierci*, (w:) Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek*, przekł. A.D. Tuszyńska, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1987, s. 29-31.

jak swoiste dobro służące równowadze ekologicznej. Jednak z punktu widzenia struktury istnienia jest ona w pewnym sensie antynomią życia, które jest czynnym uporządkowaniem i zawłaszczaniem materii. Kres bytu ożywionego przejawia się w jego „dekompozycji”, którą określa biochemiczny rozkład organizmów. W sensie biologicznym śmierć jest nieprzewidywalnym rozproszeniem pierwiastków chemicznych oddanych na łaskę przypadku, niweczącego niegdyś precyzyjną, harmonijną i dynamiczną strukturę. Jednocześnie zanik jest koniecznością służącą zachowaniu wigoru w ogólnym planie stworzenia, stając się jakością „symfoniczną” w przeobrażaniu się istnienia w coraz wyższe i złożone jego formy. O ile śmierć jest zjawiskiem prostym, zważywszy jej potencjalność, o tyle życie jest wyrazem niepojętej komplikacji i doskonałości zarazem. Postępująca doskonałość nie byłaby jednak możliwa bez ubytku struktur poprzednich. Śmierć w konsekwencji umacnia więc, a nawet określa dynamikę samego życia ujmowanego w ogólności².

Medycyna tymczasem wyróżnia przynajmniej cztery stadia śmierci (umierania), a mianowicie agonię (*vita reducta, vita minima*); śmierć kliniczną zwaną pozorną (*mors clinica*); śmierć osobniczą, którą określa nieodwracalne ustanie czynności mózgu (*mors biologica cerebri*) i wreszcie śmierć biologiczną (*mors biologica*), nazywaną również zgonem definitywnym (1). Ostatnia faza charakteryzuje się postępującą degradacją oraz rozpadem komórek, tkanek i organów całego ciała.

Dziś w biologii i medycynie przyjmuje się, że kryterium końca bytu człowieka jest tzw. *mors biologica cerebri* (śmierć biologiczna mózgu), które objaśnia trwale zatrzymanie czynności psychicznych koordynujących i regulujących funkcje żywego organizmu.

Próby określenia śmierci mózgowej wpływają nie tylko na interpretację poczucia człowieczeństwa, lecz także na ocenę jakości życia z punktu widzenia czynności fizjologicznych organizmu. Ostatnie zagadnienie, wchodząc na teren kontrowersji narosłych wokół definicji śmierci, dotyczy określenia stanu, w którym jednoznaczne stwierdzenie kresu człowieka rzutuje na pomiar jego moralnej wartości³. Waleru odczuwanego nie przez osobę, mającą wpływ na swą świadomą egzystencję, ale cenności ustanowionej przez opinie innych, którzy z własnego punktu widzenia opisują jakość i sens cudzego istnienia.

Zatem stwierdzenie tego, czy w sytuacji wydolnej masy mięśniowej i sprawnych układów wewnętrznych, lecz przy trwałym uszkodzeniu kory mózgowej, mamy do czynienia z człowiekiem *ex definitione*, czy jedynie z masą organiczną o pewnym stopniu użyteczności (mogącą być np. źródłem organów wymiennych), jest fundamentalnym przedmiotem sporów nie tylko o istotę śmierci, lecz także właśnie o istotę

² Por. J. Vasserot, *Śmierć w królestwach roślin i zwierząt*, (w:) Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek*, op. cit., s. 44-46.

³ Zob. G. Grisez, J. Boyle Jr., *Life and Death with Liberty and Justice: A Contribution to the Euthanasia Debate*, Indiana University of Notre Dame Press, Notre Dame 1979.

ludzkiej osoby⁴. Od niedawna wiadomo, że sprawny pień mózgu może – bez udziału świadomości – wpływać na przebieg zwykłych funkcji biologicznych w organizmie. Mówiąc inaczej, kora mózgowa jako nośnik świadomości nie jest konieczna do tego, aby życie na poziomie komórkowym i czynności fizjologicznych trwało. Według tradycyjnych interpretacji istota bez kory mózgowej jest człowiekiem, albowiem jej siły witalne nadal się przejawiają. Jakkolwiek żywot takiego bytu sprowadza się głównie – przy pomocy odpowiedniej aparatury medycznej – do oddychania, odżywiania, trawienia i wydalania, to jednak dla wielu etyków i lekarzy pogląd, że tylko człowiek świadomy może być uznany za istotę ludzką, jest moralnie nieuprawniony.

W wyróżnionych przez Davida Lamba selektywnych stanowiskach na śmierć występują cztery odmienne wskazania dotyczące szczególnej ważności przyczyn ją wywołujących⁵. Same przyczyny zwane „funkcjami krytycznymi” warunkują w sytuacjach niebezpiecznych dla zdrowia całkowitą utratę możliwości organizmu do sprawnej egzystencji. W literaturze przyjmuje się zazwyczaj, że przełomowym momentem przejścia ciała z fazy życia do fazy umierania lub śmierci jest ustanie pracy mózgu, sam ów akt wywołuje problemy etyczne związane ze zjawiskiem „agonii rozumu” (m.in. następstw dla pozbawionego świadomości człowieka oraz terapeutów rozstrzygających o „przydatności” chorego do życia, tudzież gotowości otoczenia społecznego osoby porażonej do przyjęcia faktu śmierci bliskiej osoby)⁶.

Wedle D. Lamba w pierwszej z letalnej (związanej kresem egzystencji) orientacji śmierć jest „immanentnym” następstwem ustania aktywności organizmu na poziomie komórkowym (agonia pojawia się, gdy wszystkie komórki przestają działać). Drugie stanowisko mówi, że śmierć jest efektem niezdolności do utrzymania krążenia krwi lub jej obiegu i oddychania. Trzecie przyjmuje, że człowiek jest martwy, gdy zdeintegrowane zostają funkcje czynnościowe jego organizmu jako całości. W ramach tego odrzuca się możliwość uznania życia nawet w sytuacji wydajnej pracy niektórych organów, takich jak np. płuca czy serce, które mogłyby działać spontanicznie lub przy użyciu specjalnej aparatury medycznej. Oto brak aktywności wszystkich funkcji (zwłaszcza zaś pracy mózgu) zmienia położenie człowieka jako osoby w pełnym znaczeniu żywej⁷. Stanowisko to wspierane przez Dawida Lamba znalazło uznanie powołanej w 1980 roku amerykańskiej Komisji prezydenckiej dla zbadania problemów etycznych w medycynie i badaniach behawioralnych (kierowanej przez Arona M. Caprona), która potwierdziła, że „chwila śmierci” pojawia

⁴ Por. P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przekł. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, PIW, Warszawa 1997, s. 56-65.

⁵ Zob. D. Lamb, *Death, Brain Death and Ethics*, Croom Helm, London 1985.

⁶ Por. ibidem, zwłaszcza s. 33-40.

⁷ Por. D. Lamb, *What is Death?*, op. cit., s. 1029; A.M. Capron, *The Report of the President's Commission on the Uniform Determination of Death Act*, (w:) *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, pod red. R. Zanera, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1988, s. 147-170.

się wtedy, kiedy „fizjologiczny system ciała przestaje tworzyć zintegrowaną całość”⁸. Ostatni (czwarty) punkt widzenia przyjmuje, że śmierć jest faktem wówczas, gdy następuje nieunikniona utrata osobowości lub identyfikacji z otoczeniem, przejawiająca się w nieobecności wyższych poziomów życia obrazowanych w samoświadomości, zdolności poznawania, czucia czy kontaktu z innymi.

Wszelako ostatnie z określeń stanowi propozycję, która radykalnie zrywa z traktowaniem śmierci jako zjawiska wyłącznie organicznego, ale jednocześnie sugeruje, że żywym człowiekiem może być ktoś tylko, kto posiada zdolność do ontologicznego samookreślenia, tudzież do związków ze światem zewnętrznym⁹. Konsekwencje moralne takiego pojmowania kresu są dla wielu odpychające, bowiem zaliczenie do zmarłych tych wszystkich, którzy tkwią w stanie trwale wegetatywnym, czyli nieodwracalnie utracili tożsamość osobową lub funkcje wyższe, jest próbą sprowadzenia człowieka do poziomu istoty wyróżnionej w przyrodzie wtedy tylko, kiedy ta obdarzona jest świadomością.

Robert Veatch uważa, że problem nakreślenia różnicy pomiędzy ludźmi żywymi i martwymi jest zagadnieniem kulturowym i nie dotyczy biologicznego lub umysłowego statusu człowieka, ale tego, kiedy zachowania ludzkie wobec śmierci są społecznie akceptowane. Wszak przedmiotem ocen nie jest sam zanik istnienia, ale sposób opłakiwania konkretnego człowieka po zgonie, jego pogrzeb, podział spadku czy egzekwowanie ubezpieczeń na życie. Stąd też definicja śmierci jest uwarunkowana cywilizacyjnie, tak jak kulturowo określone bywa zjawisko nauki. Kryterium medyczne kresu życia wedle tego powinno w przyszłości obejmować nie tyle zagadnienie istoty śmierci, ile metody postępowania w stosunku do siebie i osoby umierającej, nad którą sprawuje się pieczę. W tym względzie ważne jest zdefiniowanie form dopuszczalnej terapii, prawa wyboru własnej śmierci, ustalenie jej „szpitalnej” granicy czy też okoliczności zgody człowieka na wykorzystanie jego organów po zgonie¹⁰.

Anna Szczęśna, analizując wystarczające i konieczne warunki służące jednoznaczному podziałowi istot biologicznych na żywe i martwe, stwierdziła, że dopiero w drugiej połowie XX wieku dokonał się zasadniczy przełom w określeniu kryteriów śmierci definitywnej¹¹. Po pierwsze rozwój technik medycznych pozwolił

⁸ Za: A. Szczęśna, *Wokół medycznej definicji śmierci*, op. cit., s. 70. Por. także: D. Lamb, *What is Death?*, op. cit., s. 1029; A.M. Capron, *The Report of the President's Commission on the Uniform Determination of Death Act*, (w:) *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, pod red. R. Zanera, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1988, s. 147-170.

⁹ Pogląd ten jest uzasadniany szczególnie mocno przez Petera Singera. Według niego śmierć jako efekt niewydolności czynnościowej organizmu następuje wówczas, gdy zanik witalności mózgu prowadzi do utraty świadomości wykluczającej człowieczeństwo (por. P. Singer, *O życiu i śmierci...*, op. cit., s. 24-48).

¹⁰ Por. R.M. Veatch, *The Impending Collapse of Whole-Brain Definition of Death*, „Hastings Center Report” 1993, Nr 7/8, s. 22.

¹¹ Por. A. Szczęśna, *Wokół medycznej definicji...*, op. cit., s. 75.

na uratowanie wielu pacjentów, których wedle tradycyjnych kryteriów uznano by za zmarłych, po drugie zaś rewolucja w zakresie transplantacji uczyniła ze śmierci jednej osoby instrument ratowania drugiej.

Postęp w medycynie wywołał dyskusję nad ustaleniem definicji śmierci uwzględniającej zarówno rozwój technologii leczenia, jak i jego etyczną akceptację. Wychodząc naprzeciw powstałym potrzebom, w 1968 roku w Harvard Medical School powołano tzw. Komisję Nadzwyczajną, która zaleciła społeczności medycznej „przyjęcie zespołu śmierci mózgowej” obok zaniku funkcji czynnościowych serca i płuc za wiążącą wykładnię biologicznego kresu życia człowieka¹². W Polsce tymczasem Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych podaje dwie wersje definicji śmierci: „klasyczną” oraz „nową”. Pierwsza zanik życia ludzkiego określa jako nieodwracalne ustanie krążenia krwi i oznacza unicestwienie człowieka jako całości, druga zaś jego końca upatruje w bezpowrotnym ustaniu funkcji mózgu, które niekoniecznie jednak znamionuje natychmiastową niewydolność innych układów¹³.

Ujęcia psychologiczne

Emocjonalną stroną zaniku ludzkiego bytu zajmuje się psychotanatologia, która bada przyczyny i symptomy śmierci rzutujące na postawy uwzględniające w najogólniejszej perspektywie cierpienia psychiczne i fizyczne związane z lękami egzystencjalnymi towarzyszącymi stanom agonalnym. W tym przekroju psychotanatologia zajmuje się analizą zjawisk, które umacniają bądź degenerują psychikę osób uczestniczących w różnej formie w procesach śmierci i umierania¹⁴. Wszelako w każdym przypadku przemijanie znamionuje zatem przerażającą otchłań ludzkich lęków przed samym odejściem, a dla wielu przed tym, co po nim może nastąpić¹⁵.

Pogląd ten swoją konkretyzację znajduje w rozważaniach Roberta Kastenbauma, który wyróżnił trzy dające się wyrazić „formy śmierci psychologicznej”

¹² Por. ibidem, s. 76.

¹³ Zob. *Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii, intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycynie sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu*, (w:) K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*, PAU, Kraków 1994, s. 199. S. Storkebaum, *Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów*, przekł. B. Kruk, Świat Książki, Warszawa 1999, s. 32-39.

¹⁴ Zob. K. de Walden-Gałuszko, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992; M.B. Pecyna, *Psychologiczny model tajemnicy życia i tajemnicy ludzkiego cierpienia*, „Zdrowie Psychiczne” 1991, Nr 1-2.

¹⁵ Por. J.M. Pohler, *Wokół śmierci i umierania*, „Znak” 1974 (242), s. 936-950. B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, Agencja Wydawnicza „Cinderella Books”, Warszawa 1997, s. 243; J. Godzimirski, *Bezsens i sens śmierci*, „Życie Katolickie” 1984, Nr 11, s. 17-23. Zob. także: W. Otrębski, *Postawa wobec śmierci*, (w:) *Wykłady z Psychologii w KUL w 1985/86 r.*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1988. J. Makselon, *Struktura wartości a postawa wobec śmierci*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1983; por. także: A. Kruczkowska, *Dziecko wobec śmierci*, „Psychologia Wychowawcza” 1984, Nr 3, s. 267-279.

a mianowicie: *thanatomimesis* (tanatomimeza), śmierć fenomenologiczną i śmierć społeczną¹⁶.

Thanatomimesis (od gr. *thanatos* – śmierć i *mimes* – naśladowanie) przedstawia zdarzenia, które wywołują u obserwatora wrażenie, że ten ma do czynienia z organizmem raczej martwym niż żywym. Zachowania wywołujące owe mniemanie są celowe i służą ochronie przed śmiercią rzeczywistą. Zjawisko naśladowujące zgony jest typowe dla pola walki, na którym ranni żołnierze w obawie przed dobieciem przez wroga, udają nieżywych. Taka epigonia staje się instrumentem ratowania życia i w tej postaci jest obecna zarówno w świecie ludzi, jak i zwierząt.

Z kolei *śmierć fenomenologiczna* jest formą uprzedmiotowienia kresu człowieka, czyli odebrania jednostce przynależnego jej prawa do wyróżnienia z materialnej rzeczywistości. Mówiąc inaczej, życie człowieka poprzez śmierć sprowadzającą go do rangi przedmiotu bez większej wartości traci swoje znaczenie, a jego samoocena ulega deprecjacji. Ten rodzaj pogardy jest widoczny w sytuacjach zniewolenia i upodlenia człowieka, zakorzenionych w krwiożerczej nienawiści klasowej, rasowej czy etnicznej.

Wreszcie *śmierć społeczna* jawi się jako najważniejszy, lecz niekiedy nader tragiczny aspekt ludzkiej egzystencji. Pojawia się wówczas, gdy człowiek, który odszedł, traci możliwość uczestniczenia w życiu zbiorowości, zaś zerwane z nim kontakty znamionują odmienny charakter więzi i funkcjonowania grupy. Istnieje jednak i taka odmiana śmierci społecznej, która opisuje pozorną utratę znaczenia jednostkowego życia dla grupy, niewidzącej możliwości uznania jakiegoś żywota za cenny. W tej formie moment zaniku ludzkiego istnienia nie jest traktowany jako fakt szczególnie dramatyczny i nieodżałowany zarazem. Kres jednostki społecznie nieprzydatnej, groźnej lub lekceważącej prawa zbiorowości staje się jedynie wydarzeniem statystycznym i koniecznym, pozbawionym żalu, choć niekiedy przejmującym dla wielu.

Psychologowie pokazują, że na indywidualne poglądy na śmierć zasadniczo wpływa emocjonalny dystans do siebie i osób, które tracimy¹⁷. Czym innym jest śmierć własna i bliskich, a czym innym odejście dalszych znajomych lub ludzi zgoła obcych. Oto jej kryterium psychologicznym jest skala wstrząsu, jakiego doznajemy w chwili kontaktu z agonią. Zbliżający się koniec własny napawa lękiem i powoduje zaburzenia wegetatywne, strata bliskich rodzi cierpienia psychiczne, podczas gdy zniknięcie obcych przypomina jedynie o przyrodniczej konieczności zmiany¹⁸.

¹⁶ Zob. R.J. Kastenbaum, *Śmierć psychologiczna*, (w:) *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, pod red. L. Pearsona, przekł. B. Kamiński, PZWL, Warszawa 1973.

¹⁷ Zob. T. Szaniawski, *Typy postaw wobec śmierci a osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 1998; P. Skórzyński, *Jak spokojnie umrzeć*, „Albatros”, Gdańsk 1993; C. Kebers, *Jak mówić o cierpieniu i śmierci*, przekł. A. Królikowska, Wydawnictwo WAM Księży Jezuitów, Kraków 1994;

¹⁸ Por. A. Kruczkowska, *Ewolucja postaw wobec śmierci*, „Zdrowie Psychiczne” 1985, Nr 25, s. 159-178.

U źródeł poglądów na psychofizyczny rozpad egzystencji, wyrastających z myślowego i emocjonalnego stosunku do jej tymczasowości, znajduje się freudowska koncepcja instynktów życia i śmierci podkreślająca popędowną naturę człowieka jednakowo osadzonego w przyrodzie i społeczeństwie. Według Zygmunta Freuda istota człowieka w najszerszym planie wyraża się w przewyżnianiu antagonizmu pomiędzy życiem i śmiercią. Antynomia obu zjawisk jest w pewnym sensie kluczem do zrozumienia kultury człowieka, który w umiłowaniu tego, co dostarcza istnienie, i w lęku przed jego utratą szuka sensu swego miejsca w przyrodzie. Popędowi śmierci rozumianemu przez Z. Freuda jako instynkt destruktywny i wrogi przeciwstawia się popęd życia, który jest wyrażeniem nieświadomej siły libido kierującej jednostkowym dążeniem do przyjemności. Instynkt życia, a nie śmierci, ustala właściwy stosunek człowieka do kwestii witalnych i ostatecznych zarazem. Przeciwnieństwo pomiędzy życiem i jego kresem określa dualistyczny wymiar natury człowieka i stanowi podłoże jego rozwoju¹⁹.

Józef Makselon widzi dwie zasadnicze ich opcje rejestrowane w doświadczeniu jednostek, a mianowicie postawę kontestującą i akceptującą. Pierwsza jest wyrażeniem braku zrozumienia wobec istoty przemijania, przejawem obaw egzystencjalnych, buntu i odrzucenia owego zjawiska, prowadzącego w rezultacie do sytuacji stresujących osoby, druga staje się źródłem spokoju (ujarzmiania lęku), dojrzałości uczuciowej i zrjonalizowanej świadomości²⁰.

Kazimierz Dąbrowski postawę wobec śmierci różnicuje w zależności od poziomu dezintegracji i integracji osobowości człowieka, który określa charakter jego psychicznej natury²¹. Richard A. Kalish zwraca uwagę, że na stanowiska dotyczące śmierci przemózny wpływ ma wiek człowieka, który zmienia jej sposób widzenia. W okresie dziecięcym i młodzieńczym jest ona abstrakcją, w wieku średnim niepokojącą perspektywą, zaś w latach podeszłych przykrą koniecznością²². Podczas gdy Robert J. Kastenbaum sugeruje, że na orientacje psychologiczne kresu ludzkiego istnienia rzutuje już płeć. Mężczyźni bowiem swoje odejście traktują jako nieszczęśliwy dopust i przerwanie planów oraz projektów uzasadniających ich społeczną przydatność, podczas gdy kobiety żal z utraty życia wyrażają z powodu troski o losy bliskich, których pozostawiają²³.

¹⁹ Zob. Z. Freud, *Poza zasadą przyjemności*, przekł. J. Prokopiuk, PWN, Warszawa 1994; a także: H. Romanowska-Łakomy, *Holistyczna wizja osobowości jako osoby*, (w:) K. Imieliński, *Uniwersalizm i medycyna*, Program Badań Uniwersalizmu i Ładu Świata, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1992.

²⁰ Por. J. Makselon, *Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne*, Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1988, s. 104.

²¹ Por. K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne a problem śmierci*, „Zdrowie Psychiczne” 1985, Nr 4, s. 1-17.

²² Por. R.A. Kalish, *Rodzina wobec śmierci*, (w:) *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, pod red. L. Pearsona, przekł. B. Kamiński, Warszawa 1973, s. 105.

²³ Zob. R.J. Kastenbaum, *Death, Society and Human Experience*, The C.V. Mosby, St. Louis – Toronto – London 1981. Za: A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 37. Zob.

Erich Fromm współczesne lęki egzystencjalne, w tym przed śmiercią, wiązał z zagubieniem i samotnością człowieka uwikłanego w decyzje, których skutki w perspektywie rozwoju cywilizacyjnego są dla jednostek opłakane²⁴. Podobnie Antoni Kępiński lęk postrzegał jako moment zachwiania równowagi emocjonalnej człowieka, który przemożnie wpływa na dezintegrację osobowości określającą podłoże niebezpieczeństwa dla całego zdrowia psychicznego jednostki²⁵.

Dokładna analiza zjawiska lęków tanatycznych – jak podaje Brunon Hołyst – wskazuje na istnienie ich czterech rodzajów²⁶. Po pierwsze jest to niepokój narastający przed samym umieraniem, który wiąże się z bólem, samotnością, wstydem, zależnością, utratą ról społecznych, cenionych przedmiotów materialnych i ludzi, a także obawą przed utratą kontroli i świadomości tudzież rozkładem ciała. Po drugie strach przed śmiercią obejmuje fobie narosłe wokół zaniku własnego „ja” i tożsamości istnienia, która w bycie umarłym gubi swoje wyróżnione za życia znaczenie dla siebie, a w perspektywie i dla innych. Po trzecie za śmiercią kryje się zaniepokojenie o los osieroconych ludzi, troska o niemożność dokończenia ważnych planów i zadośćuczynienie uczynków spełnianych w doczesności (strach przed nieznanym, zaświatami, czyśćcem czy piekłem). Wreszcie obawy przed kostuchą rodzą się na gruncie obserwacji cudzego umierania i uczestniczenia w agonii innych ludzi, które budzą grozę rozłączenia i straty²⁷.

Analiza źródeł tworzących treść **lęków związanych ze śmiercią** pozwoliła R. Schulzowi na wyróżnienie ośmiu czynników stanowiących wyraźne tło odczuwanej przez człowieka trwogi. Pierwszym wedle hierarchii ważności jest wizja długotrwałego przykucia do łóżka w niekończących się mękach. Drugim powodem cierpienia jest poniżenie wymuszone przez okoliczności przewlekłej choroby (wymioty, niemożność kontrolowania procesów wydalania, dokonywania higieny osobistej itp.). Trzecim są obserwowane przekształcenia zachodzące w ciele (wychudzenie, zdeformowanie kończyn, zmiany wyrazu twarzy, głosu, owłosienia

także: J. Hinton, *Dying*, Penguin Books, London 1967; J.W. Riley, *What People Think About Death*, (w:) *The Dying Patient*, pod. red. O. J. Brima, M. Freemana, S. Levine'a, Russell Sage Foundation, New York 1970; por. także: A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 32-38.

²⁴ Por. E. Fromm, *Ucieczka od wolności*, przekł. O. i A. Ziemilscy, Czytelnik, Warszawa 1997, s. 37, 150, 175, 239.

²⁵ Zob. A. Kepinski, *Lęk*, PZWL, Warszawa 1973.

²⁶ Por. B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, op. cit., s. 250; a także A. Kruczkowska, *Ewolucja postaw wobec śmierci*, op. cit.

²⁷ Por. L-V. Thomas, *Wprowadzenie do antropotanatologii*, (w:) *Antropologia śmierci...*, op. cit., s. 24-32, S. Maier, M. Selingman, *Learned Helplessness*, „Journal of Experimental Psychology” 1976, Nr 105, s. 3-46. Za: B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, op. cit., s. 253, S. Maier, M. Selingman, *Learned Helplessness*, „Journal of Experimental Psychology” 1976, Nr 105, s. 3-46. Za: B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, op. cit., s. 253.

itp.), które wywołują poczucie zawstydzenia i obniżenia własnej wartości. Czwartą przyczyną cierpienia jest uzależnienie się od bliźnich, które w przypadkach chorób terminalnych zwiastuje niemożność samodzielnego funkcjonowania, obniżającego lub wręcz znoszącego poczucie godności. Piątym motywem bolesnych rozterek psychicznych są konsekwencje naszej śmierci dla drugich ludzi. Szósty motyw to utrata możliwości dokończenia spraw uchodzących w samoocenie za ważne i konieczne do spełnienia. Siódmym elementem tworzącym lęki egzystencjalne jest obawa przed nicością. Wreszcie ósmy składnik trosk psychicznych opartych na fenomenie przemijania dotyczy myśli o pośmiertnych sankcjach za uczynki dokonywane za życia²⁸.

Analiza świadomych zachowań ludzkich w obliczu nadchodzącej agonii stała się przedmiotem badań Elizabeth Kübler-Ross, która w słynnej już koncepcji etapów umierania ustaliła prawidłowości i sekwencje czasowe reakcji tanatycznych pojawiających się w ludzkim myśleniu²⁹. Według niej zróżnicowanie i zmienność owych reakcji – ustalonych na podstawie badań ponad dwustu pacjentów umierających na raka – rozkłada się w pięciu następujących po sobie cezurach.

W pierwszej wiadomość o zagrażającej śmierci wywołuje szok i odrętwienie, które wkrótce jest zastępowane zaprzeczeniem jej realności. W etapie drugim pojawia się gniew jako następstwo słuszności medycznych opinii zwiastujących zbliżający się kres egzystencji. W kolejnym etapie występuje już gotowość do wynegocjowania dłuższego, niż stwierdza to diagnoza, pobytu w realnej doczesności. Dokonywane są „targi” z opatrnością czy Bogiem, któremu w zamian za możliwość istnienia, umierający obiecuje poprawę swego dalszego postępowania, uczestnictwo w obrządkach religijnych czy czyny pełne poświęcenia lub dobra dla innych. W etapie czwartym, kiedy zawodzą negocjacje, do umysłu umierającego dociera z całą ostrością myśl o nieodwołalnym końcu. Wraz z nią pojawia się depresja, która antycypuje po nim żal. W tej fazie przemijania następuje podsumowanie własnego życia i rodzą się zwykłe lęki towarzyszące umieraniu, które z czasem prowadzą do refleksji przygotowującej umierającego do jego finału. Wreszcie w ostatnim okresie życia chory

²⁸ Zob. R. Schulz, *The Psychology of Death. Dying and Bereavement*, Addison Wesley Publishing Co., Reading Mass 1979. Za: A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 41-42. Por. ibidem, s. 42. *Śmierć i umieranie*, pod red. J. Sieradza, Verbum, Katowice 1994; *Cierpienie i śmierć*, pod red. A. J. Nowaka, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992; *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, pod red. H. Bortnowskiej, Wyd. III, Wydawnictwo Znak, Kraków 1993; S. Von Jankovich, *Opowiem wam moją śmierć*, przekł. A. Nowak-Aprile, Interlibro, Warszawa 1993; A. Ferruccio, *Oblicza śmierci*, przekł. J. Dembska, Wydawnictwo „m” – „Sandomierz”, Kraków 1995; Z. Bauman, *Śmierć i nieśmiertelność*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998; K. Wilber, *Śmiertelni nieśmiertelni*, przekł. A. Biała, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1995. M. Feifel, A. Brauscomb, *Who Afraid of Death?*, „Journal of Abnormal Psychology” 1973, Nr 81.

²⁹ Zob. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przekł. I. Doleżak-Nowicka, Pax, Warszawa 1979.

godzi się ze swoim przeznaczeniem i osiąga stan spokoju oraz wyciszenia. Postawa poddania się losowi znosi walkę o życie i zmienia się w oczekiwanie na zgon, a niekiedy w zaciekawienie jego następstwami dla samoświadomości. Tajemnica śmierci w tej fazie bywa dla wielu źródłem nadziei na lepsze niż doczesne widoki egzystencji.

Teoria E. Kübler-Ross wywarła ogromny wpływ na potoczne postrzeganie śmierci i stała się w USA normatywnym modelem opieki nad ludźmi umierającymi, jakkolwiek niemal od początku jej ogłoszenia spotykała się z opozycją³⁰.

Konkurencyjną do teorii E. Kübler-Ross koncepcję zgłosił Edward M. Pattison, który wyróżnił trzy stopnie finalnej egzystencji: 1) ostrą fazę kryzysu, 2) przewlekłą fazę życia – umierania oraz 3) fazę terminalną³¹. Zdaniem tego psychologa pacjent konający w sposób świadomy nie przechodzi przez owe etapy drogą określonych i złożonych doznań emocjonalnych, ale kroczy traktem eskalacji niepokoju, będącego prostą reakcją na zagrożenie życia. Pojęcie mechanizmów obronnych na teren psychologii zostało wprowadzone przez Z. Freuda, który wyróżnił ich aż dziewięć (z czasem liczba ta zwiększyła się w specjalistycznych publikacjach). U podłoża mechanizmów obronnych leżą konflikty budzące zagrożenie. W wielkim uproszczeniu można powiedzieć, że konflikt przeżywany przez umierającego wynika ze sprzeczności między instynktem śmierci a wszystkimi kulturowo ukształtowanymi wartościami, dla których warto jest żyć³². Współcześnie przyjmuje się, że mechanizmy obronne stosowane przez umierającego dają się podzielić na trzy ogólne grupy. Po pierwsze są to zachowania odsuwające groźbę śmierci (regresja), po drugie reakcje wypierające ją poza świadomość (zaprzeczenie, represja, supresja, racjonalizacja, depersonalizacja), wreszcie po trzecie stany myślowe podejmujące próbę jej kontrolowania. Do ostatnich stanów zaliczono intelektualizację, przeciwstawianie się, sublimację i tzw. mechanizm obsesyjno-kompulsywny³³.

³⁰ Przeciw tej koncepcji występowali: R.J. Kastenbaum, *Death Society and Human Experience*, The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, London 1981; E. Schneidman, *Deaths of Man*, Quadrangle, New York 1973; R. Kastenbaum, A. Weisman, *The Psychological Autopsy as a Research Procedure in Gerontology*, (w:) *Research Planning and Action for the Elderly*, pod red. D. Kenta, R. Kastenbauma, S. Scherwooda, Behavioral Publications, New York 1972; J. Hinton, *Dying*, Penguin Books, London 1967; R. Schulz, *The Psychology of Death. Dying and Bereavement*, Addison Wessley Publishing Co., Reading Mass 1979; M.A. Liberman, *Psychological Correlates of Impending Death: Some Preliminary Observations*, (w:) *The Psychological Bases of Medical Practice*, pod red. E. Palmore'a i F.C. Jeffersa, Harper and Row, New York 1963. Za: A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 120-123.

³¹ Zob. E.M. Pattison, *The Experience of Dying*, Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ 1977; E.M. Pattison, *The Living – Dying Process*, (w:) C.A. Garfield, *Psychosocial Care of the Dying Patient*, MacGraw-Hill, New York 1978.

³² Por. A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 124.

³³ Zob. A. Verwoerd, *Communication with Fatally*, C.C. Thomas, Springfield 1966 (za: A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, op. cit., s. 125).

W fazie ostrego kryzysu pojawiają się reakcje o rozmaitej intensywności, począwszy od paniki, przez poczucie bezradności, po odrętwienie i zubożenie. Za dynamikę owych nastawień odpowiada stan pewności i bliskości chwili śmierci. Im odleglejsza jest jej perspektywa, tym mniej dramatyczne są przeżycia ludzi i łatwiejsze sposoby przezwyciężania obaw podczas ostrego napięcia emocjonalnego.

W fazie egzystencji bliskiej własnego kresu i przewlekłego umierania pacjent umie już sobie radzić z kryzysem. Przełom, jaki dokonał się w jego psychice, ułatwia w pewien sposób myśli o własnej śmierci stającej się faktem, z którym należy się pogodzić i wszcząć działania możliwie wydłużające życie. Faza ta jest dla człowieka mieszaniną zarówno rezygnacji, jak i nadziei.

Ostatnie terminalne stadium życia pacjenta wyraża ostateczną akceptację nieodwracalności jego losu. W tym czasie reakcje psychiczne nie są gwałtowne; świat zewnętrzny przestaje interesować człowieka, który niemal wyłącznie orientuje się na swoje wnętrze. Zmiana nastawienia do doczesnego bytu jest powodowana zmęczeniem walką ze śmiercią i dolegliwościami fizycznymi, które prowadzą w rezultacie do pogodzenia się z wyrokiem losu.

Zdolność ludzi umierających do znoszenia swej doli z pokorą bądź rezygnacją nie umacnia z reguły ani potulności, ani zwątpienia w otoczeniu umierającego. Oto pojawiająca się w nim żaloba, jako reakcja na śmierć, opisuje skalę przeżywania utraty bliskiej osoby w środowisku, które ponosi określone cierpienia psychiczne (8)³⁴.

W zachodniej psychologii utrzymało się stanowisko, że poglądy na śmierć związane z reakcją żałoby zależą najogólniej od silnej tęsknoty za zmarłym, protestu wobec przemijania, dezorganizacji życia rodzinnego, rozpaczliwej zakorzenionej w przekonaniu o definitywnym rozstaniu, ale też zdolności do tworzenia nowych (8) więzi niekojarzonych już z obecnością osoby nieżyjącej³⁵.

John Bowlby uważał, że żal po utracie bliskich jest konieczną dla przetrwania postawą znoszenia przeciwności losu na drodze psychicznych obciążeń (zmarnięcia, apatii, zmęczenia, tęsknoty), które tworzą model samego siebie i świata zewnętrznego³⁶.

Wcześniej Erich Lindeman wskazywał na podobieństwo niemal wszystkich reakcji żałoby, które można obserwować pośród ludzi³⁷. Najpierw występują więc specyficzne objawy somatyczne (zaburzenia systemu odpornościowego, a nawet zmiany krzepliwości krwi), które później przechodzą w fazę dolegliwości psychicznych, od ustawicznego zmartwienia (tęsknoty za zmarłym), poprzez poczucie winy, po reakcje wrogości wobec śmierci i innych ludzi, których nie dotknęło nieszczęście.

³⁴ Takie stanowisko przedstawia B. Hołyst. Por. idem, *Na granicy życia i śmierci*, op. cit., s. 275.

³⁵ Przegląd szczegółowych zachodnich stanowisk na żalobę jest ukazany w: ibidem, s. 276-293.

³⁶ Por. J. Bowlby, *Process of Mourning*, „International Journal of Psychoanalysis” 1961, Nr 42, s. 317-340.

³⁷ Por. E. Lindemann, *Symptomatology and Management of Acute Grief*, „American Journal of Psychiatry” 1944, Nr 101, s. 141-148.

Z kolei Colin Murray Parkes wykazał, że żal po utracie bliskich daje się określić w ścisłych cezurach. Jego badania nad wdowami ujawniły, że okres opłakiwania nieżyjących rzadko jest dłuższy niż trzy lata. W pierwszym roku żałoby, w którym emocje są najsilniejsze, osoba cierpiąca miota się pomiędzy poczuciem buntu a apatii; uzależnia swoje życie od nieboszczyka, którego postrzega jako kogoś realnie istniejącego. Nierzadkie są przypadki halucynacyjnych widzeń lub poczucia obecności umarłych. W drugim roku następuje stopniowe wyciszenie i zwiększona zaduma nad śmiercią. Wierność osobie martwej objawia się poprzez częste wspomnianie czy wręcz narzucanie otoczeniu pamięci o niej. W roku trzecim, kiedy słabnie tęsknota i rozpacz, refleksja nad człowiekiem nieżywym i śmiercią uwidacznia się przez planowanie życia samodzielnie, lecz w sposób, który zdaniem żałobnika byłby możliwy do zaakceptowania przez zmarłego³⁸.

Również J. William Worden uznał, że żałoba nie jest stanem, ale procesem, który w różnych fazach trwania wymaga odmiennego wysiłku w zwalczanie sprzecznych emocji: od skrajnej rozpacz i buntu, po bierność i zniechęcenie do wszystkiego, co otacza człowieka pogrążonego w smutku. Ów amerykański psycholog wytyczył cztery zadania, które mają wspomóc żałobnika w jego zmaganiach z cierpieniem wywołanym cudzą śmiercią. Po pierwsze w batalii o powrót do pełni sił psychicznych człowiek taki musi pogodzić się z rzeczywistością i utratą bliskiej osoby. Po drugie ból okresu żałoby powinien być pozbawiony nadmiernej afektacji i skupiony na skutkach, jakie wywołuje on w otoczeniu. Ważne tu jest wsparcie i troska ludzi, którzy identyfikują się z boleścią żałobnika. Po trzecie osoba w okresie żalu musi możliwie szybko przystosować się do otoczenia, w którym nie ma już osoby zmarłej. I wreszcie po czwarte człowiek osamotniony po śmierci bliskiego wycofuje energię psychiczną (emocjonalną) skupioną na byłym partnerze i lokuje ją w innym związku. Im krótszy jest czas realizacji owych zadań, tym słabsze dla żałobnika i współczującego mu otoczenia są skutki stresu wywołanego utratą ludzi kochanych³⁹.

Na gruncie polskim Józef Makselon wytyczył sześć stanów, które towarzyszą człowiekowi pogrążonemu w żałobie. Do doznań i zachowań jej właściwych zaliczył: samotność, poszukiwanie sensu życia, smutek, lęk, winę oraz gniew⁴⁰. Samotność będąca przypuszczalnie najważniejszym problemem u ludzi opłakujących krzywdę pojawia się wówczas, gdy poczucie własnej tożsamości i treści życia ściśle związane jest ze zmarłym. Osamotnieniu towarzyszy rozerwanie więzi z najbliższymi, które skutkuje fizycznym odczuwaniem śmierci drogiej osoby i subiektywnym wrażeniem psychicznej tudzież społecznej utraty znaczenia własnego istnienia. W ostatnim

³⁸ Zob. C.M. Parkes, *The First Year of Bereavement*, „British Medical Journal” 1964, Nr 2, s. 274-279.

³⁹ Zob. Y. Novak, *Poradnictwo i terapia w okresie żałoby*, (w:) *Człowiek w sytuacji trudnej*, pod red. B. Hołysta, PTHP, Warszawa 1991.

⁴⁰ Zob. J. Makselon, *Z psychologicznej problematyki żałoby*, (w:) *Wykłady z Psychologii w KUL w 1985/86 r.*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1988.

przypadku mamy do czynienia ze śmiercią przeniesioną do świata osoby żywej, lecz z powodu cierpienia kontestującej swój doczesny byt. Samotność rodzi trudności w znalezieniu sensu życia. Jego poszukiwanie w okresie żalu staje się szczególnie mozolne, zwłaszcza że dotychczasowe racje związane z bliską osobą straciły swoje psychologiczne uzasadnienie. Dochodzenie do owego sensu przebiega różnorodnymi drogami i może odbywać się przez orientację na innych ludzi, na Boga, albo na Boga i ludzi równocześnie. Zdarza się również, że ludzie niegodzący się z odejściem drogiej osoby wybierają samobójstwo. To ostatnie jest skrajnym przykładem niemożności uporania się z tragicznym smutkiem. Oto umierający zabiera swój świat, a wraz nim ten jego obszar, w którym był on dla nas, a my dla niego.

Socjologiczne postrzeganie śmierci

Jan Szczepański, przy okazji rozważań nad jednostkową tendencją do wyróżniania się spośród innych, czyli ludzką skłonnością do nieanonimowości, zauważył, że zwykły dla ludzi indywidualizm w stanach bliskich śmierci ulega wyrazistej przemianie. Wówczas człowiek, który zawsze pozostaje w gotowości do orientowania się na rzeczy i przestrzenie podkreślające jego zdolność do zauważonej przez drugich aktywności, odwraca się od otoczenia społecznego. Odrzucając to, co było niegdyś źródłem ekspresji i witalności, tworzy zamknięty dla innych świat własnych doznań i przeżyć, które ułatwiają umierającej indywidualności zmierzenie się z własnym przeznaczeniem⁴¹.

W ludzkich populacjach wyróżnia się dwie główne i niezależne od siebie formy odczuwania śmierci. Pierwsza obejmuje proces umierania i jest właściwa dla osoby odchodzącej, druga zaś wyraża nastawienia ludzi z boku w nim uczestniczących i obserwujących cudzą agonię. Świadomość zaniku istnienia obejmuje indywidualne postawy ludzi różnie cierpiących z jego powodu (czym innym jest zejście „moje” i „niemoje”), tudzież odzwierciedla społeczne reakcje na utratę osoby emocjonalnie bliskiej jakiejś grupie.

Według Henri Baruka zrozumienie przemijania w każdym (indywidualnym i gromadnym) przypadku reakcji na zagrożenie życia jest zdolnością ludzi do odważnego, czyli realistycznego postrzegania zjawisk budzących obawę⁴². W sytuacji kiedy groza śmierci przesłania trzeźwe oceny jej konieczności, rodzi się obsesja, która jest patologiczną formą unaoczniania kresu. Owa psychoza jest ucieczką od rzeczywistości i niemocą należytego sprawowania ról społecznych. Tymczasem spokojne spojrzenie w twarz śmierci jest w istocie sprawdzianem reakcji na samo

⁴¹ Zob. J. Szczepański, *O indywidualności*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1988. T. Domżał, *Ból*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.

⁴² Por. H. Baruk, *Obsesja na tle śmierci*, (w:) Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek*, op. cit., s. 193-202.

życie, które ma sens wówczas, kiedy w postawach ludzkich dominuje skłonność nie do ucieczki, ale panowania nad przypadłościami losu⁴³.

Na zdolność do przewycięzania skutków śmierci wpływa generalnie tzw. podtrzymanie społeczne, czyli oparcie w grupie bliskich osób, wyrażone w skali udzielanej i uzyskiwanej pomocy w rozwiązywaniu problemów w szczególnie trudnych sytuacjach. Ważnym elementem takiego podtrzymania w okresie agonii jest pozycja społeczna, położenie socjalne czy zamożność umierającego i jego otoczenia. Obok tego czynnikiem określającym przeżywane i przejawiane nastawienia do śmierci jest religijność, a szczególnie głęboka wiara, uwznioślenie cierpienia czy zrozumienie poświęcenia dla umierających⁴⁴. Jednak, jak pokazują badania, główną rolę w relacjach między uczestnikami procesu umierania pełni życie rodzinne, które uściśla udane małżeństwo, wzajemny szacunek, a zwłaszcza miłość osób bliskich umacniająca wspólne przeżycia, tudzież wspieranie siebie w trudnych chwilach⁴⁵. Zatem rodzina albo życie rodzinne w socjologicznym sensie stanowi opokę zmagających ludzi ze śmiercią i jej następstwami. Na ten aspekt sprawy silny nacisk w swojej twórczości kładzie Mirona Ogryzko-Wiewiórowska⁴⁶.

Wedle uczonej to charakter współczesnego domu rzutuje na dzisiejsze podejście do kresu egzystencji. Tymczasem właściwa dla naszych czasów praktyka umierania poza domem, w szpitalach bądź hospicjach, sprzyja przemożnie eliminowaniu kontaktu ze śmiercią i unikania myśli o niej. Stąd też utrata naturalności kresu wzmaga społeczne poczucie jego dramatyzmu, zwłaszcza że w codziennym przekazie medialnym jest on ukazywany poprzez wydarzenia drastyczne (kataklizmy, katastrofy, zabójstwa czy wojny).

Socjologowie podkreślają, że rodzina w sytuacji śmierci staje wobec dwojakiego rodzaju problemów. Z jednej strony musi się zmierzyć ze świadomością nieubłagania nadchodzącego rozstania, z drugiej zaś partycypować w cierpieniu i umieraniu najbliższych osób⁴⁷. Jakkolwiek śmierć kogoś z rodziny jest zawsze faktem silnie przeżywanym, to jednak mogą występować zróżnicowane wobec niej nastawienia. Inne

⁴³ Por. ibidem, s. 194.

⁴⁴ Por. ibidem, s. 113.

⁴⁵ Zob. M. Radochoński, *Choroba a rodzina*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 1987; Z. Kawczyńska-Butrym, *Funkcjonowanie rodziny a choroba*, KUL, Lublin 1987.

⁴⁶ Zob. M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina w obliczu śmierci*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1992; M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1994.

⁴⁷ Por. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987. N. Wijnberg, M.C. Schwartz, *Competence or Crisis: The Social Work Role in Maintaining Family Competency During the Period*, (w:) *Social Work with the Dying Patient and the Family*, pod red. E.R. Prichard, Columbia University Press, New York 1977, s. 96-114; C. Saunders, *Chwila prawdy. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, (w:) *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, pod red. L. Pearsona, przekł. B. Kamiński, PZWL, Warszawa 1973; M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 31.

są wszelako społeczne odczucia wobec śmierci nagłej i niespodziewanej, a odmienne w przypadku terminalnej choroby wywołującej kres oczekiwany, choć niechciany. W przypadku pierwszym brakuje czasu na oswojenie się ze zgonem, w drugim zaś mogą wystąpić oznaki zmęczenia wydłużoną agonią⁴⁸.

Zejsście nagłe jest zazwyczaj bardziej bolesne, gdyż zaskakuje i nie stwarza odpowiedniej możliwości do refleksji nad sensem i znaczeniem przemijania dla pozostałych osób z rodziny. Brak ich przygotowania na stratę kogoś bliskiego wywołuje reakcje gwałtowne i wydłuża po niej prekluzję cierpienia. Tymczasem utrata spodziewana, zdaniem Jana Szczepańskiego, rozciąga podczas choroby termin unieszczęśliwienia, ale po niej następuje krótszy okres żałoby⁴⁹.

Z badań socjologicznych wynika, że społeczne oswojenie się ze śmiercią zależy od wiedzy o chorobie, akceptacji umierania i stereotypu przypadłości prowadzącej do końca egzystencji⁵⁰. Niepomysłne rokowania lecznicze budzą zrazu nieufność, później załamanie psychiczne chorego i otoczenia, a w dalszej kolejności ich pogodzenie się z niedolą. Obok tego kobiety częściej niż mężczyźni zaprzeczają występowaniu choroby śmiertelnej, wyrażają niedowierzenie w jej istnienie i jej zaprzeczają. Mężczyźni natomiast liczniej ujawniają załamanie tragiczną wiadomością, przerażenie czy zrodzoną z choroby w rodzinie, apatię⁵¹. Kobiety bardziej odporne na wstrząsy emocjonalne w swych reakcjach obronnych nie akceptują śmiertelnej choroby i częściej niż mężczyźni nie przyjmują jej do wiadomości, a nawet poszukują możliwości jej przewyciężenia (niekoniecznie na drodze tradycyjnych terapii). Jednak w sytuacji wdowieństwa bardziej dramatycznie przeżywają rozstanie i dłużej obwieszczają lęki wywołane poczuciem osamotnienia⁵².

Wszelako czynnikiem wywierającym największy wpływ na oswojenie się ze śmiercią jest stereotyp choroby⁵³. Najczęstszą reakcją na stereotyp choroby śmiertelnej jest rezygnacja, oczekiwanie na cud terapeutyczny, odsuwanie myśli o utracie bliskiej osoby, a w końcu akceptacja rychłego rozstania. Pomimo sprzecznych odczuć i postaw wobec terminalnych stanów ludzkiej egzystencji wywołanych złym stanem zdrowia, ludzie chcą znać – nawet najgorszą – prawdę o rokowaniu swych najbliższych. Owe opinie w sondażach są uzasadniane możliwością przygotowania

⁴⁸ Zob. Z. Kaweczyńska-Butrym, *Funkcjonowanie rodziny a choroba*, Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1987.

⁴⁹ Por. J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Wyd. II, Czytelnik, Warszawa 1980, s. 246.

⁵⁰ Zob. M. Blaxter, *The Meaning of Disabilit*, Heinemann, London 1976; M. Radochoński, *Choroba a rodzina*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 1987; A. Ostrowska, J. Sikorska, Z. Sufin, *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce*, IFiS PAN, Warszawa 1994.

⁵¹ Por. M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 51-54.

⁵² Zob. eadem, *Wdowieństwo jako zjawisko społeczne*, „Annales UMCS” 1989/1990, Nr 1.

⁵³ Por. M. Jokiel, *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, OBOPiSP, Warszawa 1980, Nr 15; Z. Nęcki, *Postawy wobec chorób nowotworowych i ich przekształcanie*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego” 1984, Z. 1, s. 13-57.

się do rozstania, okazją do lepszego wykorzystania czasu, jaki pozostał bliskiej osobie, określają też względy moralne, czyli prawo do wiedzy o położeniu zdrowotnym członka rodziny będącej w opresji⁵⁴.

Wydarzeniem, które wyzwala szczególnie silny społeczny sprzeciw, jest umieranie ludzi młodych, szczególnie osób małoletnich⁵⁵. Śmierć dziecka jest zawsze bardziej dotkliwa od zejścia człowieka dorosłego. Dziecko nie poznało jeszcze smaku życia, a jego śmierć wywołuje często u opiekunów poczucie winy, nawet jeśli jest ono nieuzasadnione. Przedwczesna śmierć jest czymś sprzecznym z naturą, gdyż nie daje możliwości przygotowania się do niej. Akceptujemy bowiem kres kończący długie życie, ale nie godzimy się na umieranie ludzi niepełnoletnich⁵⁶.

W socjologii uważa się, że oto wskaźnik umieralności niemowląt jest szczególnie czułym miernikiem rozwoju cywilizacyjnego, mówi on bowiem o warunkach życia i poziomie zaspokojenia potrzeb ludności, tudzież o jakości świadczonych gdzieś usług medycznych⁵⁷. Na percepcję przemijania dziecka wpływ mają takie czynniki jak: rodzaj śmierci, dojrzałość emocjonalna rodziny (większe lub mniejsze przywiązanie do siebie), interpretacja w niej troski i piastowania, zrozumienie biologicznej i społecznej roli rodzicielstwa czy stan zamożności lub światopogląd rodziców (wiara w transcendencję ułatwia znoszenie cierpienia spowodowanego stratą potomka)⁵⁸.

Śmierć dziecka może mieć wiele postaci, począwszy od aborcji⁵⁹, poprzez zgon zaskakujący, skończywszy na kresie wywołanym chorobą terminalną.

Szczególnie silne przeżycia wywołuje zgon zaskakujący, zwany zespołem nagłej śmierci (w skrócie SIDS od: *Sudden Infant Death Syndrome*)⁶⁰, który z niespodziewanych przyczyn niweczy młode życie. Dramatyzm sytuacji polega na tym, że w sposób raptowny, „z dnia na dzień”, bez żadnej widocznej przyczyny dziecko nagle umiera. Zgony takie najczęściej występują w populacji niemowlęcej i stanowią 15-20% wszyst-

⁵⁴ Por. M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 54.

⁵⁵ Zob. H.S. Schiff, *The Bereaved Parent*, Crow Publishers, New York 1977.

⁵⁶ Por. Wł. Sapiński, *Poglądy na przyczyny spadku umieralności w krajach europejskich XIX i XX w.*, „Zdrowie Publiczne” 1973, T. 84, Nr 7, s. 675-683.

⁵⁷ Por. J. Elinson, *Socjomedyczne wskaźniki zdrowia*, (w:) *Socjologia a zdrowie*, pod red. M. Sokołowskiej, J. Hołówki i A. Ostrowskiej, PWN, Warszawa 1976, s. 371-372.

⁵⁸ Por. S. Yudkin, *Śmierć dziecka*, (w:) *Człowiek wobec śmierci*, pod red. A. Toynbee i in., przekł. D. Petsch, PIW, Warszawa 1973, s. 73-90; zob. także: D. Barton, *The Family of the Dying Person*, (w:) *Dying and Death: A Clinical Guide for Caregivers*, pod red. D. Bartona, William and Wilkins, Baltimore 1977.

⁵⁹ Por. D. Kornas-Biela, *Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje sztucznego przerywania ciąży*, „Przegląd Psychologiczny” 1983, T. 31, Nr 2, s. 467-487; J. Drażkiewicz, *Sztuczne poronienia i ruchy antyaborcyjne w Polsce*, (w:) *Dziecko we współczesnej Polsce*, pod red. J. Komorowskiej, Ośrodek Badań Społecznych, T. 2, Warszawa 1991, s. 149-189.

⁶⁰ Por. R.A. Kalish, *Death, Grief...*, op. cit., s. 248; a także: M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 95.

kich zejść dziecięcych⁶¹. Niespodziewana śmierć wprowadza w stosunki rodzinne cierpienie zakorzenione już nie tylko w jej gwałtowności, lecz także w przyczynach niemających związku z biologią, a raczej z pozycją ekonomiczną rodzin. Badania pokazują bowiem, że względy socjalne (np. bieda, brak wykształcenia) zwielokrotniają możliwość pojawienia się śmierci raptownej⁶².

Kres niespodziewany wywołuje w rodzinie obciążenia wywołane prawnymi aspektami śledztwa w sprawie przyczyn zgonu (np. domniemanie zabójstwa). Procedura dochodzeniowa zakładająca szereg czynności przykrych dla rodziny (np. sekcja zwłok czy przesłuchania) nie sprzyja znoszeniu cierpienia wywołanego stratą, ale koniecznie je pogłębia⁶³. Obok tego zazwyczaj za śmiercią nagłą kryją się podejrzenia towarzyszące opinii publicznej, które mogą imputować rodzinie dotkniętej dramatem winę za wydarzenie. Pochopne wnioski rodzą plotki i epitety, które stają się narzędziami oddziaływania społeczności lokalnej na ludzi podejrzanych o umyślne spowodowanie śmierci dziecka i niekiedy bywają środkiem do rozprawy z nimi⁶⁴.

Odmienne typ przeżyć i problemów wiąże się z utratą dziecka starszego w wyniku długotrwałej choroby. Związek z nim w rodzinie jest znacznie silniejszy niż w przypadku zmarłego niemowlęcia. Po pierwsze młody człowiek zdążył już utrwalić swoje miejsce w rodzinie, po drugie perspektywa jego odejścia u zarania drogi życiowej jest nie do przyjęcia, po trzecie jego nieobecności nie daje się niczym powetować (np. nowym lub drugim dzieckiem).

Jak pokazują badania, niezupełnie zaangażowany – wedle poglądów rodziny – stosunek do umierającego dziecka i jakość sprawowanej nad nim opieki medycznej jest głównym źródłem konfliktów pomiędzy otoczeniem chorego i szpitalem. Spięcia szczególnie się nasilają, gdy choroba nie trwa zbyt długo, a śmierć następuje szybko⁶⁵.

Zmagania z długotrwałym cierpieniem i perspektywą bliskiej śmierci dzieci wyczerpuje zwłaszcza rodziców, chociaż matki są bardziej niż ojcowie narażone na głębokie depresje, lęki, tudzież na rozluźnienie więzi emocjonalnych z pozostałymi (zdrowymi) członkami rodzin⁶⁶. Brak korelacji przeżyć współmałżonków wywołuje zakłócenia związków pomiędzy nimi, albo wręcz niweczy po śmierci dziecka dalsze

⁶¹ Por. np. R.A. Franciosi, *Perspective on Sudden Infant Death Syndrome*, (w:) *The Child and Death*, pod red. J. E. Scholwaltera i in., Columbia University Press, New York 1983, s. 332.

⁶² Por. H.J. May, F.J. Breme, *SIDS Family Adjustment Scale: A Method of Assessing Family Adjustment to Sudden Infant Death Syndrome*, „Omega” 1982-1983, Vol. 13, s. 59-74; M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 95.

⁶³ Por. H.J. May, F.J. Breme, *SIDS Family Adjustment Scale...*, op. cit., s. 69.

⁶⁴ Por. M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 96.

⁶⁵ Por. eadem, *Rodzina w obliczu śmierci*, op. cit., s. 139-140.

⁶⁶ Por. K. Osińska, *Twórcza obecność chorych*, PAX, Warszawa 1980, s. 75; J.M. Leventhal, B.F. Sabbeth, *The Family and Chronic Illness in Children*, (w:) *In Support of Families*, Harvard University Press, Cambridge-London 1986, s. 206.

wspólne życie. Socjologowie w poczet – nie zawsze koniecznych – trudności, wywołanych przewlekłą i śmiertelną chorobą osoby młodocianej, zaliczają osłabianie zdolności wzajemnego zrozumienia, zamykanie się w emocjach partnerów, narastanie w nich złości i niechęci, tworzenie pretensji, które niszczą w konsekwencji zdolność do wspierania się w trudnych chwilach i prowadzą niekiedy do rozkładu małżeństwa⁶⁷. Sytuacja taka sprzyja kreowaniu z jednej strony wzoru „supermatki”, przepełnionej uczuciami wobec umierającego dziecka, a z drugiej „chłodnego ojca”, pozorującego lub przejawiającego dystans wobec tego, co się dzieje wokół nieszczęsnego trafu⁶⁸.

Sztynne wyznaczenie tak pojętych ról społecznych w rodzinie oraz brak wzajemnego komunikowania się powoduje, że w otoczeniu chorego pojawia się dysfunkcyjny typ małżeństwa. Tymczasem w „konkurencyjnym”, funkcjonalnym rodzaju rodziny stosunki oparte są na wzajemnej otwartości i elastyczności spełnianych w domu obowiązków i świadczeń. W przypadku śmierci nieletniego w rodzinie dysfunkcyjnej następuje dezintegracja więzi i rozpad pożycia, natomiast w modelu funkcjonalnym tragiczne wydarzenie cementuje zbiorowość, umacnia wspólną komunikację, a tym samym ułatwia reakcje żałoby⁶⁹.

Z badań ponadto wynika, że rodziny wielodzietne w każdym przypadku i okolicznościach są bardziej odporne na stresy w sytuacjach kryzysowych, szybciej odzyskują równowagę, mają większe poczucie bezpieczeństwa oraz są bliższe wiarygodnego poczucia własnej wartości (brakuje tam zbytnej megalomanii i rozbudzonego egoizmu)⁷⁰.

Przeżywanie straty zależy od okoliczności, **w jakich następuje śmierć**, tudzież od wartości ludzi już nieobecnych. Wpływ na ocenę minionego życia ma bowiem jakość czynów i dyspozycji charakterologicznych osoby zmarłej. Na tym gruncie wyróżnia się cztery statystycznie uzasadnione reakcje na śmierć bliskich. Po pierwsze jest to podtrzymywanie więzi i koncentracja na przeżyciach związanych ze śmiercią. Po drugie poczucie fiaska w życiu i akceptacja zaistniałej sytuacji. Po

⁶⁷ Por. M. Ogryzko-Wiewiórowska, *Rodzina i śmierć*, op. cit., s. 98. M.A. Simpson podawał, że śmierć dziecka przyspiesza rozkład par małżeńskich do tego stopnia, że aż 75% – jeśli nie otrzymają one należytego wsparcia ze strony otoczenia (krewnych, znajomych, psychologa, duchownego) – jest zagrożonych separacją. Por. idem, *The Facts of Death. A Complete Guide for Being Prepared*, Prentice-Hall Incorporation, Englewood Cliffs NJ 1979, s. 139-140.

⁶⁸ Por. J.E. Gyulay, *The Dying Child*, McGraw – Hill Company, New York 1978, s. 102-105; I.C. Glick, R.S. Weiss, C.M. Parkes, *The First Year of Bereavement*, Wiley and Sons, New York–London–Sydney – Toronto 1974, s. 45.

⁶⁹ Por. B. Davies i in., *Manifestations of Levels Functioning in Grieving Families*, „Journal of Family Issues” 1986, Vol. 7, s. 297-313; S. Johnson, *Sexual Intimacy and Replacement Children After The Death of A Child*, „Omega” 1984-1985, Vol. 15, s. 109-118; L. Pincus, Ch. Dare, *Secrets in The Family*, Farber and Farber, London–Boston 1978, s. 139-140; J.E. Gyulay, *The Dying Child*, op. cit., s. 117-122.

⁷⁰ Zob. A. Titkow, *Miejsce dziecka w świecie wartości*, IFiS PAN, Warszawa 1982; K. Slany, *Wpływ wybranych czynników psychologicznych i biologicznych na postawy i zachowania prokreacyjne rodzin*, „Studia Socjologiczne” 1986, Nr 2, s. 192-216.

trzecie jest to świadomość straty, lecz z towarzyszącym mu uczuciem ulgi. Wreszcie czwartą reakcją jest sama ulga i przypisane jej uwolnienie się od żalu właściwe już dla końcowej fazy żałoby (8)⁷¹.

Najprostszym wyrażeniem zgubnych reakcji na przemijanie jest zachwianie równowagi psychicznej, która już sama w sobie dynamizuje niekorzystne z punktu widzenia grupy reperkusje i charakter społecznej zadumy nad sensem istnienia. Osoby niezależne, intelektualnie rozbudzone i dojrzałe emocjonalnie mają większą łatwość w przewycięzaniu żałoby niż te, które nie wykształciły w sobie owych zdolności. Wydaje się w końcu, że w sensie socjologicznym typ nastawienia do zmarłego, jego pozycja w społeczności (rodzinie), wywiązywanie się z przypisanych ról, tudzież charakter relacji podporządkowania oraz partnerstwa określa rodzaj więzi i z grubsza wyznacza okres opłakiwania i pamięci w gronie bliskich osób.

LITERATURA:

1. Z. BAUMAN, *Śmierć i nieśmiertelność*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
2. M. BLAXTER, *The Meaning of Disability*, Heinemann, London 1976.
3. H. BORTNOWSKA, *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Wyd. III, Wydawnictwo Znak, Kraków 1993.
4. J. BOWLBY, *Process of Mourning*, „International Journal of Psychoanalysis” 1961, Nr 42.
5. O.J. BRIMA, M. FREEMAN, S. LEVINE, *The Dying Patient*, Russell Sage Foundation, New York 1970.
6. CH. CHABANIS, *Śmierć, kres czy początek*, przekł. A.D. Tuszyńska, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1987.
7. K. DĄBROWSKI, *Zdrowie psychiczne a problem śmierci*, „Zdrowie Psychiczne” 1985, Nr 4.
8. T. DOMŻAL, *Ból*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
9. M. FEIFEL, A. BRAUSCOMB, *Who Afraid of Death?*, „Journal of Abnormal Psychology” 1973.
10. A. FERRUCCIO, *Oblicza śmierci*, przekł. J. Dembska, Wydawnictwo „m” – „Sandomierz”, Kraków 1995.
11. Z. FREUD, *Poza zasadą przyjemności*, przekł. J. Prokopiuk, PWN, Warszawa 1994.
12. E. FROMM, *Ucieczka od wolności*, przekł. O. i A. Ziemilscy, Czytelnik, Warszawa 1997.
13. C.A. GARFIELD, *Psychosocial Care of the Dying Patient*, MacGraw-Hill, New York 1978.
14. J. GODZIMIRSKI, *Bezsens i sens śmierci*, „Życie Katolickie” 1984.
15. G. GRISEZ, J. BOYLE JR., *Life and Death with Liberty and Justice: A Contribution to the Euthanasia Debate*, Indiana University of Notre Dame Press, Notre Dame 1979.
16. J.E. GYULAY, *The Dying Child*, McGraw – Hill Company, New York 1978.

⁷¹ Por. ibidem, s. 183-185; H.J. Parad, G. Caplan, *A Framework of Studing Families in Crisis*, (w:) H.J. Parad, *Crisis Intervention*, Family Service Association, New York 1965.

17. J. HINTON, *Dying*, Penguin Books, London 1967.
18. B. HOŁYST, *Na granicy życia i śmierci*, Agencja Wydawnicza „Cinderella Books”, Warszawa 1997.
19. B. HOŁYST (red.) *Człowiek w sytuacji trudnej*, PTHP, Warszawa 1991.
20. K. IMIELIŃSKI, *Uniwersalizm i medycyna. Program badań uniwersalizmu i ładu świata*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1992.
21. S. VON JANKOVICH, *Opowiem wam moją śmierć*, przekł. A. Nowak-Aprile, Interlibro, Warszawa 1993.
22. M. JOKIEL, *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*, OBOPiSP, Warszawa 1980, Nr 15.
23. Z. KAWCZYŃSKA-BUTRYM, *Funkcjonowanie rodziny a choroba*, KUL, Lublin 1987.
24. R.J. KASTENBAUM, *Death, Society and Human Experience*, The C.V. Mosby, St. Louis – Toronto – London 1981.
25. C. KEBERS, *Jak mówić o cierpieniu i śmierci*, przekł. A. Królikowska, Wydawnictwo WAM Księża Jezuici, Kraków 1994.
26. A. KĘPIŃSKI, *Lęk*, PZWL, Warszawa 1973.
27. A. KRUCZKOWSKA, *Dziecko wobec śmierci*, „Psychologia Wychowawcza” 1984, Nr 3.
28. A. KRUCZKOWSKA, *Ewolucja postaw wobec śmierci*, „Zdrowie Psychiczne” 1985, Nr 25.
29. J. KOMOROWSKA (red.), *Dziecko we współczesnej Polsce*, Ośrodek Badań Społecznych, T. 2, Warszawa 1991.
30. D. KORNAS-BIELA, *Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje sztucznego przerywania ciąży*, „Przegląd Psychologiczny” 1983, T. 31, Nr 2.
31. E. KÜBLER-ROSS, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przekł. I. Doleżak-Nowicka, Pax, Warszawa 1979.
32. D. LAMB, *Death, Brain Death and Ethics*, Croom Helm, London 1985.
33. E. LINDEMANN, *Symptomatology and Management of Acute Grief*, „American Journal of Psychiatry” 1944, Nr 101.
34. J. MAKSELON, *Struktura wartości a postawa wobec śmierci*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1983.
35. J. MAKSELON, *Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne*, Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków 1988.
36. Z. NĘCKI, *Postawy wobec chorób nowotworowych i ich przekształcanie*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego” 1984, z. 1.
37. J. NOWAK, *Cierpienie i śmierć*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992.
38. M. OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA, *Wdowieństwo jako zjawisko społeczne*, „Annales UMCS” 1989/1990, Nr 1.
39. M. OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA, *Rodzina w obliczu śmierci*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1992.
40. M. OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA, *Rodzina i śmierć*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1994.
41. K. OSIŃSKA, *Twórcza obecność chorych*, PAX, Warszawa 1980.

42. W. OTRĘBSKI, *Postawa wobec śmierci*, Wykłady z psychologii w KUL w 1985/86 Wydawnictwo KUL, Lublin 1988.
43. H.J. PARAD, *Crisis Intervention*, Family Service Association, New York 1965.
44. C.M. PARKES, *The first year of bereavement*, „British Medical Journal” 1964, Nr 2.
45. E.M. PATTISON, *The Experience of Dying*, Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ 1977.
46. L. PEARSON (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, przekł. B. Kamiński, PZWL, Warszawa 1973.
47. M.B. PECYNA, *Psychologiczny model tajemnicy życia i tajemnicy ludzkiego cierpienia*, „Zdrowie Psychiczne” 1991, Nr 1-2.
48. J.M. POHLER, *Wokół śmierci i umierania*, „Znak” 1974.
49. M. RADOCHOŃSKI, *Choroba a rodzina*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów 1987.
50. W. SAPIŃSKI, *Poglądy na przyczyny spadku umieralności w krajach europejskich XIX i XX*, „Zdrowie Publiczne” 1973, T. 84, Nr 7.
51. J.E. SCHOLWALTER (red.), *The Child and Death*, Columbia University Press, New York 1983.
52. H.S. SCHIFF, *The Bereaved Parent*, Crow Publishers, New York 1977.
53. R. SCHULZ, *The Psychology of Death. Dying and Bereavement*, Addison Wesley Publishing Co., Reading Mass 1979.
54. J. SIERADZ (red.), *Śmierć i umieranie*, Verbum, Katowice 1994.
55. P. SINGER, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, przekł. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, PIW, Warszawa 1997.
56. P. SKÓRZYŃSKI, *Jak spokojnie umrzeć*, „Albatros”, Gdańsk 1993.
57. K. SLANY, *Wpływ wybranych czynników psychologicznych i biologicznych na postawy i zachowania prokreacyjne rodzin*, „Studia Socjologiczne” 1986, Nr 2.
58. M. SOKOŁOWSKA, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.
59. S. STORKEBAUM, *Dar życia. Wszystko o przeszczepach narządów*, przekł. B. Kruk, Świat Książki, Warszawa 1999.
60. T. SZANIAWSKI, *Typy postaw wobec śmierci a osobowość*, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 1998.
61. J. SZCZEPAŃSKI, *O indywidualności*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1988.
62. J. SZCZEPAŃSKI, *Sprawy ludzkie*, Wyd. II, Czytelnik, Warszawa 1980.
63. K. SZEWCZYK, *Etyka i deontologia lekarska*, PAU, Kraków 1994.
64. A. TOYNBEE (red.), *Człowiek wobec śmierci*, przekł. D. Petsch, PIW, Warszawa 1973.
65. A. TITKOW, *Miejsce dziecka w świecie wartości*, IFiS PAN, Warszawa 1982.
66. K. DE WALDEN-GAŁUSZKO, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.

67. K. WILBER, *Śmiertelni nieśmiertelni*, przekł. A. Biała, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1995.
68. R.M. VEATCH, *The Impending Collapse of Whole-Brain Definition of Death*, „Hastings Center Report” 1993, Nr 7/8.
69. R. ZANER (red.), *Beyond Whole-Brain Criteria*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1988.

ON THE EXTENTS OF DISCUSSION ABOUT EXISTENTIAL SECURITY, OR THE INTERPRETATIONS OF DEATH IN SCIENCE

Abstract. The final conscious background for human security is death. Therefore, death as a fundamental issue for existence is a subject of discussion in many areas of human interests, as a matter of special importance and specific characteristics. In this sense the finality of being as a monolithic phenomenon presents itself in many different spheres of interests with various explanations. Death, as is stated by author, is the pure absolute, since in more ways than the others affects all of the beings. Its final contrast with the vital features of existence itself has been the canvas for many explanations making the sense of life as such and at the same time serving as a description for its purpose. For security studies adequate knowledge about conceptions of death allows the rationalization of other actions in different fields of interests.