

Trudne umieranie

Narracyjne przedstawienia choroby i śmierci
a doświadczenie osób terminalnie chorych

Piotr Szenajch

Instytut Slawistyki PAN

Fundacja Slawistyczna

TRUDNE UMIERANIE

INSTYTUT SŁAWISTYKI POLSKIEJ AKADEMII NAUK
FUNDACJA SŁAWISTYCZNA

Piotr Szenajch

TRUDNE UMIERANIE

Narracyjne przedstawienia choroby i śmierci
a doświadczenie osób terminalnie chorych

Warszawa 2015

Recenzje wydawnicze: Ewa Klekot, Stanisław Rosiek

Wydanie publikacji dofinansowane przez Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Projekt okładki: Fajne Chłopaki

Redakcja: Iwona Zarzycka

Korekta: Jakub Ozimek

Skład: DTP Beata Jankowska

Copyright by Instytut Sławistyki PAN, Fundacja Sławistyczna
& Piotr Szenajch, 2015

ISBN: 978-83-64031-24-3

Sławistyczny Ośrodek Wydawniczy Instytutu Sławistyki PAN
ul. Jaracza 6 m. 12, 00-378 Warszawa
tel. 22 827 17 41
sow@ispan.waw.pl
www.ispan.waw.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	11
Kluczowy termin – doświadczenie	15
Metoda	21
Fabularne przedstawienia śmierci i typy przedstawień	21
Analiza dyskursu	23
Wywiad narracyjny tematyczny	27
Opis treści wywiadów	30
Analiza systemu metaforycznego wywiadów	32
I. Obrazy śmierci	43
Ćwierć wieku milczenia?	43
Typy przedstawień choroby i śmierci	48
Śmierć-znak – śmierć „prawdziwa”	49
Śmierć jako metafora – metafory śmierci	51
Śmierć oswojona – śmierć dzika	53
Śmierć brudna – śmierć czysta	53
Wymiary śmierci	57
Przemiany w czasie	57
Zestaw tematów	66
Nauki z rewizji własnych pomysłów	70
Problemy z realizmem – czyli śmierć-znak i śmierć „prawdziwa”	70
Metafory, które zakrywają – czyli śmierć jako metafora i metafory śmierci	76
Książka zmieniająca wyobrażenia – czyli śmierć dzika i śmierć oswojona ..	81
Chore ciała i opowiadanie – czyli śmierć brudna i śmierć czysta	85
Podsumowanie	89

II. Dyskurs o śmierci	93
Emancypacja umierających	94
Kto jest emancypowany?	96
Od czego?	97
Przez kogo?	98
Polityka emancypacji	98
Polityka życia, albo „życiodajna śmierć”	103
Mit śmierci oswojonej	108
Umierający jako odmieniec	110
Podsumowanie	114
Śmierć jako klucz do człowieka	116
Historia ludzi w zwierciadle śmierci	117
Śmierć na obrazie (obrazy śmierci w dyskursie o przeszłości)	121
Śmierć o dwóch obliczach	130
Odwracanie doświadczenia	135
Doświadczenie antropologa	139
Śmierć u podstaw kultury	143
Podsumowanie	145
Tabu i brud	147
Teza o tabu i siedem alternatyw	149
Rytuał negatywny	154
Śmierć jako brud i doświadczenie śmierci	158
Śmierć jako anomalia (i metody obrony przed zagrożeniem)	163
Chaotyczne doświadczenie umierania jako brud	167
Podsumowanie	168
III. Doświadczenie umierających	173
Informacje o badaniu	174
Obszary doświadczenia	180
Trajektoria pacjenta	180
Lęk przed śmiercią	187
Wcześniejsze doświadczenie śmierci	189
Nie wiem, co mi jest	190
Komunikacja	195
Warunki pobytu w szpitalu i w hospicjum	197
Życie codzienne hospicjum	199

Rodzina – samotność, izolacja, usprawiedliwienia	201
Nadzieja: Nie chcę umierać	204
Chcę stąd wyjść.	206
Świadomość umierania	209
Chcę umrzeć	211
Wina	213
Doświadczenie fizyczne	215
Dezorganizacja i kontrola	219
Chaos czy demencja?	221
Religia	223
Podsumowanie	226
Piramida metafor	227
Pojedyncze wyrażenia metaforyczne	227
Metafory rozwinięte	246
Rozległe konstrukcje metaforyczne	262
Metametafory i doświadczenie umierających	273
Choroba to wojna (prywatna)	273
Chorowanie to wina, choroba to kara	274
Rodzina to pojemnik – chory to przedmiot – hospicjum to pojemnik	275
Ja to (pasywny) przedmiot – ja to (aktywny) podmiot	276
Życie i zdrowie to porządek – choroba i śmierć to dezorganizacja	279
Metametafory a analiza treści	281
Umieranie a metametafory dyskursu o śmierci	282
Doświadczenie umierających a jego fabularne przedstawienia	285
Doświadczenie zrekonstruowane?	289
Narracyjne przedstawienia a doświadczenie umierających	293
Zakończenie – doświadczenie badacza	303
Aneks – fabularne przedstawienia choroby i śmierci	311
Bibliografia	351

„Doświadczenie jest więc doświadczeniem ludzkiej skończoności. Doświadczony we właściwym sensie to ten, kto jest jej świadom, kto wie, że nie jest panem czasu i przyszłości. Doświadczony zna bowiem granice wszelkiego przewidywania i niepewność wszelkich planów. W nim realizuje się prawda doświadczenia”.

Hans-Georg Gadamer, *Prawda i metoda*

WSTĘP

Nie radzimy sobie z umieraniem – jest to chyba najważniejszy wniosek mojej pracy. Społeczne praktyki dotyczące choroby i umierania, sposoby przedstawiania śmierci i wreszcie szeroki dyskurs o współczesnej śmierci tylko w niewielkim stopniu biorą pod uwagę doświadczenie umierających osób.

W tej pracy chciałem zająć się umieraniem. Właśnie umieraniem, a nie śmiercią. Odniosłem wrażenie, już na wczesnym etapie myślenia o tym problemie, że słowo „śmierć” najczęściej towarzyszy pewnej figurze, idei, czy też *znakowi* kultury. Gdy patrzymy na malowidło przedstawiające Kostuchę grającą w szachy, gdy oglądamy film akcji, w którym „trup ściele się gęsto”, gdy widzimy na straganach plastikowe sygnety z czaszką – nie przychodzi nam na myśl to, co stanie się z nami, naszymi rodzicami i naszymi dziećmi pod koniec życia. Jak wskazuje część analiz mojej pracy – także ambitne wypowiedzi dyskursu publicznego czy ważne filmy fabularne i powieści zajmują się zwykle taką wyidealizowaną śmiercią.

Ta praca miała dotyczyć wyłącznie filmów, dramatów i powieści – narracyjnych, fabularnych przedstawień choroby i umierania. Mój pierwotny pomysł wychodził od spostrzeżenia, że w ostatnich latach XX wieku pojawiło się wiele takich tekstów kultury pokazujących współczesną śmierć, podczas gdy we wcześniejszych latach XX stulecia przedstawień takich było znacznie mniej. Zapoznając się z akademicką literaturą tanatologiczną, a następnie właściwie ze wszystkimi tekstami dotyczącymi choroby i śmierci, jakie znajdowałem, formułowałem kolejne hipotezy i pomysły interpretacyjne, by wreszcie stwierdzić, że pisanie tylko o fabularnych przedstawieniach byłoby błędem. Wokół śmierci wytworzył się bowiem współcześnie intensywny, wielopoziomowy dyskurs. Ostatecznie doszedłem do wniosku, że logiczną konsekwencją podjęcia te-

matu umierania jest przyjrzenie się temu zjawisku bez pośrednictwa publicznego dyskursu – zbadanie biograficznego doświadczenia umierających.

Praca składa się z trzech części, odpowiadających poszczególnym obszarom moich badań. Pierwsza to wielopoziomowy opis XX-wiecznych fabularnych przedstawień choroby i śmierci. Druga zawiera analizę kilku istotnych w moim przekonaniu nurtów publicznego dyskursu o śmierci, a także próby interpretacyjne ważne dla całości projektu. Trzecia to relacja z rozmów, jakie przeprowadziłem z pacjentami Hospicjum Stacjonarnego „Caritas” Archidiecezji Warszawskiej w 2007 roku.

Każda z części przybrała odmienny charakter. Różnią się one metodologią analiz, strategiami interpretacji, a nawet, w jakimś zakresie, stylem prowadzenia narracji. Każda część jest też w pewnym sensie oddzielną próbą powiedzenia czegoś o współczesnym umieraniu.

Jednym z elementów łączących poszczególne części wywodu jest problem relacji między doświadczeniem umierania a funkcjonowaniem śmierci jako figury, idei czy też znaku. Drugim elementem, pokrewnym pierwszemu, jest problem przedstawiania choroby i umierania oraz używania tych przedstawień do wypowiadania się o śmierci.

W tym rozumieniu poszczególne części pracy stopniowo zbliżają się do biograficznego doświadczenia umierania – od obszaru kultury, gdzie jest ono intensywnie przekształcane (w fabularnych przedstawieniach), przez sferę publicznego dyskursu, który chętnie korzysta z przedstawień, ale w którym pojawiają się też intymne relacje o doświadczeniu (i który próbuje to doświadczenie problematyzować), aż po sferę doświadczenia indywidualnego, które próbowałem przybliżyć, opierając się na wywiadach.

Jest jeszcze trzeci element, który łączy poszczególne partie pracy – wykorzystanie w interpretacjach kategorii chaosu, dezorganizacji i kulturowego brudu¹.

Cechą wspólną metod, z których korzystałem, jest opis – pracowałem nad opisem doświadczenia moich rozmówców oraz opisem formacji dyskursu o śmierci. Dlatego wolałbym uniknąć streszczania tu głównych

¹ Kategorie te łączy teoria brudu Mary Douglas – zob. rozdz. *Typy przedstawień choroby i śmierci* oraz *Tabu i brud*.

rozpoznać pracy, czego można by oczekiwać we wstępie. Zapowiem wszakże jedno z najważniejszych.

Zalew przedstawień śmierci niosącej kojące zwięźczenie, akcji wyzwalających nas od tabu śmierci czy uczonych wywodów o śmierci jako wytrychu do kondycji ludzkiej – rażąco nie przystaje do doświadczenia umierania, o jakim opowiedzieli mi moi rozmówcy. Te kulturowe ujęcia śmierci nie mogły ich przygotować na dezorganizację życia, cielesne i psychiczne cierpienie, zagrożenie dla ładu życia innych oraz niedostatek sensu związane z umieraniem. O śmierci estetyzowanej i napełnionej znaczeniem można mówić. Doświadczenie umierania niezmiennie otoczone jest kordonem milczenia i praktyk izolacji.

Sposób prowadzenia analiz oraz ich metodologiczne zaplecze szczegółowo omówiłem w rozdziale *Metoda*. Przedstawiam też koncepcje doświadczenia, które wpłynęły na moje rozumienie tego terminu (rozdział *Kluczowy termin – doświadczenie*). Najważniejsze interpretacje można znaleźć w podsumowaniach rozdziałów.

Książka wydana zostaje osiem lat po powstaniu oryginalnego tekstu, ukończonego w październiku 2007 roku. Pracując nad obecną wersją, starałem się, by tekst był bardziej precyzyjny i przystępny. Musiałem jednak zrezygnować z uzupełnienia pracy o wiedzę wytworzoną w ciągu tych kilku lat, a także z aktualizacji analiz o powstałe w tym czasie teksty kultury. Żywię jednak przekonanie, że zawarte tu przemyślenia nie zdezaktualizowały się znacznie, a zapoznanie się z nimi może przynieść czytelnikowi wiele korzyści.

Konieczne są jeszcze dwie uwagi odnośnie do używanych w tej pracy pojęć:

„Terminalne” stadium choroby to termin medyczny, używany najczęściej w onkologii, dotyczący etapu choroby, na którym kontynuowanie terapii nie daje nadziei na wyleczenie, a cel leczenia przesuwa się z „kontrolowania choroby” na łagodzenie jej objawów, próby ograniczenia cierpienia pacjenta i „zapewnienia maksymalnego komfortu życia i umierania”².

² Za: J. Jarosz, *Problemy medyczne w opiece terminalnej*, [w:] J. Drązkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii UW, Warszawa 1989, s. 9–30. Cytowane wyrażenia – ibidem, s. 10.

Określenie, które wykorzystałem w tytule pracy, nie pojawia się często w jej dalszych częściach. Stan, który opisuje, jest jednak bardzo bliski temu, co od początku wyobrażałem sobie jako umieranie, doświadczenie umierania – w opozycji do wszechobecnej śmierci. Definicja ta określa też dokładnie ten etap choroby, przez który przechodzili moi rozmówcy z hospicjum.

Staram się trzymać konsekwentnie rozróżnienia na śmierć i umieranie, ważnego dla autorów związanych z ruchem hospicyjnym, czasami tylko wracając do języka potocznego, gdy pozwala na to kontekst. Słowo „śmierć” rezerwuję zwykle dla abstrakcyjnego pojęcia ujmowanego w odniesieniu do systemu kulturowego, w którym funkcjonuje, oraz dla sfery przedstawień. Gdy mowa w tej pracy o „umieraniu” lub „doświadczeniu umierania” – mam na myśli proces biograficzny i krańcowy okres w życiu jednostki oraz związane z nim indywidualne, intymne doświadczenie. Gdy natomiast mowa jest o „doświadczeniu śmierci” lub też „ze śmiercią” – będzie zwykle chodziło o szerszy zakres doświadczeń, włączając w to przejście choroby grożącej zakończeniem biologicznego życia, bycie świadkiem nagłego zgonu innej osoby czy towarzyszenie odchodzeniu bliskich.

Podsumowując, w tej pracy staram się przekazać to, czego dowiedziałem się o współczesnym umieraniu. Próbuję odzwierciedlić proces kształtowania się moich refleksji, nie wzbraniając się przy tym przed opisywaniem hipotez, które odrzuciłem, i błędów, jakie popełniłem. Weryfikacja moich pierwotnych przypuszczeń, moich „przesądów” na temat śmierci, to bardzo ważny element pracy. Jest ona więc także świadectwem prób radzenia sobie przez stosunkowo niedoświadczonego badacza z tym krańcowo trudnym tematem i doświadczeniem jego rozmówców.

W zakończeniu opowiem też o moim własnym doświadczeniu ze śmiercią, w dużym stopniu nabytym dopiero w trakcie przygotowywania pracy.

KLUCZOWY TERMIN – DOŚWIADCZENIE

Doświadczenie jest w tej pracy terminem kluczowym. Przywołuję je w wielu jej miejscach: używam go, formułując wstępne hipotezy¹, podstawowe problemy, a także jej kluczowe rozpoznania². Odwołanie się do kategorii doświadczenia nie było jednym ze wstępnych założeń pracy. O użyciu tego pojęcia przy opisywaniu aspektów śmierci i umierania zdecydowałem dopiero po badaniach terenowych. Chciałbym w tym miejscu przedstawić kilka poglądów, które ukształtowały moje rozumienie tego terminu.

Pierwszym – i najważniejszym – z nich jest ujęcie Hansa-Georga Gadamera³. Gadamer, analizując w książce *Prawda i metoda* różne koncepcje i filozofie doświadczenia, dochodzi do sformułowania charakterystyki „właściwego procesu doświadczenia”, doświadczenia „w całości”⁴. To szczególne, podstawowe i uniwersalne doświadczenie jest różne od doświadczenia w rozumieniu naukowej empirii – każdy jest bezustannie na nie wystawiany; jest ono jednym z elementów ludzkiej kondycji⁵. Gadamer twierdzi, że doświadczenie (dalej nie będę opatrywał terminu dodatkowymi przymiotnikami) jest zawsze negatywne – jedyną drogą nabycia doświadczenia są „zawiedzione oczekiwania”⁶. Jednak

¹ Zob. część I mojej pracy.

² Zob. przede wszystkim: rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających oraz Narracyjne przedstawienia a doświadczenie umierających*.

³ H.G. Gadamer, *Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej*, przeł. B. Baran, Inter Esse, Kraków 1993, rozdz. *Zarys teorii doświadczenia hermeneutycznego*, s. 256–351.

⁴ Jak w różnych miejscach – m.in. ibidem, s. 329, 332 – określa fenomen, o którym pisze.

⁵ „Nie oznacza tylko doświadczenia w sensie nauk, jakich ono o tym lub owym dostarcza. Oznacza doświadczenie w całości. Jest to owo doświadczenie, które musi być ciągle nabywane i którego nikt nie może uniknąć. Doświadczenie jest tu czymś, co należy do dziejowej istoty człowieka” – ibidem, s. 332.

⁶ „[D]oświadczenie w całości nie jest czymś, co mogłoby komuś być oszczędzone. Doświadczenie w tym sensie zakłada raczej z konieczności wiele zawiedzionych oczekiwań, jako jedyną drogę nabywania doświadczenia” – ibidem, s. 332.

właśnie dzięki tej negatywności i wyłącznie dzięki niej możliwe jest rozumienie i poznanie⁷. Szczególnie samopoznanie jest, według Gadamera, nieodłącznym elementem doświadczenia⁸. Rozumienie, poznawanie, uczenie się na drodze doświadczenia jest również nieuchronnie związane z cierpieniem, którego wymiarami są między innymi złudzenia i rozczarowanie. Według Gadamera jest tak głównie dlatego, że właściwą, głęboką naturą doświadczenia jest uświadamianie sobie ludzkiej skończoności⁹.

Należy też dodać, że wyciągając wnioski z takiej definicji doświadczenia w ogóle, Gadamer kształtuje jeden z najważniejszych elementów swojej wizji hermeneutyki – kategorię *doświadczenia hermeneutycznego*. Odnosi się ona już konkretnie do ludzkiego, intencjonalnego poznawania. Gadamer opisuje ją, kładąc silny nacisk na językowy charakter poznania. Co istotne, rozszerza też tę fundamentalną według niego cechę poznania i doświadczenia na omówioną tu koncepcję doświadczenia „w ogóle”. Pisz na przykład:

Cóż bowiem nie należy do naszej językowo ukonstytuowanej orientacji w świecie? Wszelkie ludzkie poznanie świata jest zapośredniczone językowo. Pierwszą orientację w świecie uzyskujemy, ucząc się języka. Ale nie tylko to. Językowość naszego bycia-w-swiecie artykułuje w końcu całą dziedzinę doświadczenia¹⁰.

⁷ „Tylko przez negatywne przypadki dochodzi się, jak to już Bacon wiedział, do nowego doświadczenia. Każde doświadczenie, które zasługuje na to miano, przekreśla jakieś oczekiwanie. Tak więc jako swój istotowy moment dziejowy byt człowieka zawiera zasadniczą negatywność, która występuje w istotowej relacji doświadczenia i rozumienia” – ibidem, s. 332.

⁸ O zrozumieniu: „W tym sensie zawiera zawsze pewien moment samopoznania i stanowi konieczną stronę tego, co nazywaliśmy doświadczeniem we właściwym sensie” – ibidem, s. 332.

⁹ Ibidem, s. 333.

¹⁰ H.G. Gadamer, *Hermeneutyka*, przeł. A. Bronk, [w:] A. Bronk, *Zrozumieć świat współczesny*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1998, s. 297. Zob. też: H.G. Gadamer, *Prawda i metoda*, op. cit., s. 353–442, a zwłaszcza rozdz. *Język jako doświadczenie świata*, s. 399–414. Por. Ricoeur o doświadczeniu wyrażanym w języku – P. Ricoeur, *Teoria interpretacji. Dyskurs i nadwyżka znaczenia*, przeł. K. Rosner, [w:] P. Ricoeur, *Język, tekst, interpretacja. Wybór pism*, K. Rosner (wyb.), PIW, Warszawa 1989, s. 83–85; zob. cytaty w rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* mojej pracy.

Należy dodać, że Gadamer swoimi refleksjami o doświadczeniu wpisuje się w utrwaloną w niemieckiej tradycji filozoficznej¹¹ dyskusję o kategoriach doświadczenia (*Erfahrung*) i przeżycia (*Erlebnis*). Gadamer używa w swoich pracach obu tych pojęć¹², kładąc jednak nacisk na pierwsze z wymienionych. Według Gadamera przeżycie (*Erlebnis*) jest bardziej bezpośrednie, osobiste, przedrefleksyjne. Używa go, pisząc o przeżyciach estetycznych. Doświadczenie (*Erfahrung*) jest związane ze zmianą w czasie, uczeniem się, dojrzwaniem. Jest czymś, co zmienia podmiot. Jak wskazuje przywoływana nieraz przez filozofów niemiecka etymologia, doświadczenie należy kojarzyć z podróżą (*Fahrt*) i niebezpieczeństwem (*Gefahr*)¹³.

Właśnie te cechy kategorii doświadczenia – „niebezpieczeństwo”, procesualność, przymuszający wpływ na podmiot, następnie podkreślany przez Gadamera związek z jednej strony z cierpieniem, złudzeniami i rozczarowaniem, a z drugiej strony z samopoznaniem i rozumieniem, wreszcie jego językowy aspekt – będą najważniejszymi elementami mojego rozumienia tego terminu. Gdy w dalszej części pracy posługuję się kategorią doświadczenia, mam na myśli przede wszystkim ten właśnie – rozległy, ale jednak spójny – zestaw znaczeń¹⁴.

Poszukując różnych sposobów rozumienia doświadczenia, natknąłem się także na listę cech wymienianych przez historyczkę Joan Scott¹⁵. W jej ujęciu doświadczenie ma dyskursywną naturę, jest jednak

¹¹ Zob. M. Jay, *Songs of Experience. Modern American and European Variations on a Universal Theme*, University of California Press, Berkeley 2005. Książka ta zawiera szczegółową rekonstrukcję owej dyskusji. Zob. też odwołania do historii filozofii u Gadamera: H.G. Gadamer, *Prawda i metoda*, op. cit.

¹² Zob. H.G. Gadamer, *Prawda i metoda*, op. cit., s. 86–94 (o przeżyciu) i s. 324–337 i dalej (o doświadczeniu).

¹³ Za: M. Jay, op. cit., s. 66. Jay zwraca uwagę, że takie określenie doświadczenia można spotkać już u Immanuela Kanta.

¹⁴ Wspomniana wyżej gadamerowska kategoria doświadczenia hermeneutycznego i hermeneutyczna epistemologia, której jest elementem, były ważną częścią mojego myślenia także o badawczej stronie pracy. Zob. H.G. Gadamer, *Prawda i metoda*, op. cit. Zob. też: J. Tokarska-Bakir, *Hermeneutyka gadamerowska w etnograficznym badaniu obcości*, „Konteksty. Polska Sztuka Ludowa” 1992, nr 1, s. 3–17.

¹⁵ J.W. Scott, *The Evidence of Experience*, „Critical Inquiry” 1991, t. 17, nr 4, s. 773–797, http://www.jstor.org/stable/1343743?seq=1#page_scan_tab_contents [dostęp 10.12.2015].

związane z procesami produkcji tożsamości, bywa sporne i podlega politycznemu konstruowaniu¹⁶. Według Scott doświadczenie zawsze jest dostępne już jako interpretacja, ale jest też czymś, co wymaga (domaga się) interpretacji. Autorka pisze również, że doświadczenie „nie jest ani oczywiste, ani dane wprost (*neither self-evident nor straightforward*)”. Dodaje, że w postulowanym przez nią podejściu doświadczenie nie jest źródłem wyjaśniania, ale właśnie tym, co należy wyjaśnić.

Szczególnie ważne w mojej pracy są zwłaszcza dwie ostatnie refleksje Scott – o trudnej dostępności doświadczenia i o konieczności jego badania. Wchodzę bowiem w jej obręb – niejako zgodnie z postulatem Scott – na teren „wyjaśniania” czy też badania doświadczenia¹⁷.

W mniejszym stopniu zajmuję się podkreślanym przez autorkę politycznym aspektem doświadczenia. Bardzo ważne są za to dla mnie jego inne społeczne uwikłania.

Kilkakrotnie odwołuję się do prac brytyjskiej antropolożki Mary Douglas. Doświadczenie jest w teorii Douglas społecznie konstruowane i poddawane obróbce przez pewne kulturowe mechanizmy. Kluczowe wśród nich są szeroko rozumiane systemy porządkowania oraz związane z nimi rytuały. Wspólnie „organizują” one doświadczenie i zapewniają jego „jedność”¹⁸ (lub też spójność). Autorka sugeruje też, że rytuały mogą być dla kształtowania doświadczenia nawet ważniejsze – odgrywają bowiem kluczową rolę także w jego inicjalnym formułowaniu¹⁹. Douglas

¹⁶ To i kolejne przytoczenia oraz cytaty w tym akapicie – ibidem, s. 797.

¹⁷ Zob. rozdz. *Metoda i część 3 – Doświadczenie umierających* mojej pracy.

¹⁸ M. Douglas, *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, przeł. M. Bucholc, PIW, Warszawa 2007, s. 46.

¹⁹ „Rytuał ogniskuje zatem naszą uwagę, tworząc ramy, ożywia pamięć i wiąże te różnice z odpowiednią przeszłością. W ten sposób wzmaga on postrzeganie, czy raczej zmienia sposób postrzegania, ponieważ zmienia zasady selekcji. Nie wystarczy zatem powiedzieć, że rytuał pozwala nam doświadczać w sposób bardziej żywy, niż gdyby go nie było. To nie tylko coś w rodzaju rysuneków, które pomagają otwierać pudła i pudełka, ilustrując instrukcje słowne. Gdyby był on rodzajem dramatycznego diagramu czy mapy czegoś, co jest znane, rytuał zawsze postępowałby o krok za doświadczeniem. Jednak w istocie rytuał nie pełni jedynie takiej wtórnej roli. W formułowaniu doświadczeń może on wysuwać się na pierwsze miejsce. Może czynić dostępną wiedzę, której w inny sposób nie można by było uzyskać. Nie tylko eksternalizuje on doświadczenie, wydobywając je na światło dzienne, lecz również wyrażając w ten sposób doświadczenie, zarazem je modyfi-

pisze: „Pewnych rzeczy nie możemy doświadczyć bez rytuału”²⁰. W jednej ze swoich prac podkreśla też – tak jak Gadamer i Scott – związek doświadczenia z językiem (pisząc o tym, jak kształtują je różne „kody mowy”)²¹.

Na koniec tej listy poglądów dotyczących doświadczenia chciałbym wspomnieć o autorze, który zwraca uwagę na pewien do niedawna rzadko poddawany akademickiej refleksji wymiar tego pojęcia. Chodzi mi o Richarda Shustermana, który w swojej „filozofii somatycznej”²² zajmuje się doświadczeniem cielesnym (*somatycznym*). Podkreśla olbrzymią rolę, jaką koncepcje cielesności, cielesne praktyki, a także formująca ciało estetyka, odgrywają współcześnie (i zawsze odgrywały) w euroatlantyckiej kulturze. Proponując refleksję nad ciałem i cielesnym doświadczeniem, autor niejako przywraca te tematy akademickiej refleksji (przywraca jej też kategorię przeżycia).

Nie będę tu szerzej przedstawiał poglądów i analiz Shustermana; nie korzystam też z jego kategorii doświadczenia somatycznego w dalszej części wywodu. Chciałbym tylko zaznaczyć, że, choć rozważałem zajęcie się problematyką cielesności w mojej pracy już na wczesnych etapach jej powstawania, dopiero analiza materiału z wywiadów w hospicjum zwróciła moją uwagę na cielesny komponent doświadczenia. Odniosłem wrażenie, że w obrębie trudnego doświadczenia moich rozmówców, na tyle, na ile udało mi się je poznać, ów cielesny komponent był jednym z najbardziej znaczących.

Nie kończę tego rozdziału syntezą czy moją własną definicją – i powstrzymuję się od ich spisania świadomie. Przytaczając powyższe poglądy, chciałem pokazać tylko, na jakie aspekty doświadczenia byłem wyczulo-

kuje” – ibidem, s. 102. Por. z omówieniem rytualnego aspektu tabu śmierci w rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

²⁰ Ibidem, s. 102.

²¹ „Kody mowy” to termin socjologa edukacji Basila Bernsteina, zob. M. Douglas, *Symbol naturalne. Rozważania o kosmologii*, przeł. E. Dzurak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004, rozdz. *W stronę doświadczenia wewnętrznego*, s. 61–77.

²² Zob. R. Shusterman, *Somatoestetyka a problem ciała/media* oraz *Zwrot ku cielesności. Troska o ciało w kulturze współczesnej*, przeł. W. Małecki, [w:] R. Shusterman, *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*, wyb. W. Małecki, Alta 2, Wrocław 2007, s. 73–124.

ny, pisząc tę pracę, i które z nich nabrały w niej szczególnie dużego znaczenia. Chciałem też podkreślić, że pojęcie doświadczenia – a zwłaszcza doświadczenia choroby i umierania, którym się zajmuję – to problem wieloaspektowy i trudny do omówienia, a mierząc się z nim, jestem tej trudności świadomy.

W kolejnych częściach pracy używałem kategorii doświadczenia bez określania, o jaki jego aspekt czy wymiar chodzi. Uzupełniałem też przytoczone tu wizje doświadczenia refleksjami innych autorów²³.

²³ Mam na myśli refleksje George'a Lakoffa i Marka Johnsona w rozdz. *Metoda*, Renata Rosalda w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*, Anthony'ego Giddensa w rozdz. *Tabu i brud* i Paula Ricoera w rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

METODA

Poniżej przedstawiam podstawy metodologiczne moich badań i analiz. Starałem się też możliwie wyczerpująco opisać proces przygotowywania badań oraz przyjętą przeze mnie w kolejnych rozdziałach konwencję prezentacji wyników.

Fabularne przedstawienia śmierci i typy przedstawień

Typ idealny, według Maxa Webera,

[u]zyskuje się (...) przez jednostronne *spotęgowanie jednego lub kilku* punktów widzenia oraz przez złączenie w jednym wewnętrznym spójnym *myślowym* obrazie całego bogactwa rozproszonych i z trudem zauważalnych, ówdzie liczniejszych, ówdzie mniej licznych, miejscami w ogóle nieobecnych *jednostkowych* zjawisk, które dobrze pasują do owych jednostronnie uwypuklonych punktów widzenia. W swej pojęciowej czystości ten idealny obraz empirycznie nigdzie w rzeczywistości nie występuje, jest *utopią*, zaś dla historyka wyłania się zadanie ustalenia w każdym *poszczególnym przypadku*, jak dalece rzeczywistość zbliża się bądź odbiega od tego idealnego obrazu (...) [wyróżnienia – M.W.]¹.

W pierwszej części pracy proponuję rodzaj ćwiczenia intelektualnego, polegającego na konsekwentnym zastosowaniu tego słynnego założeń metodologicznego Maxa Webera, leżącego u źródeł tradycji socjologicznej. Prezentuję zestaw typów przedstawiania choroby i śmierci, który stworzyłem na podstawie przeglądu XX-wiecznej literatury pięknej,

¹ M. Weber, „Obiektywność” poznania w naukach społecznych, przeł. M. Skweciński, [w:] A. Chmielecki (red.), *Problemy socjologii wiedzy*, PWN, Warszawa 1985, s. 81.

dramatu i filmu. Następnie, postępując zgodnie z zaleceniami Webera, próbuję określić, na ile trafnie utworzone przeze mnie typy opisują analizowane przedstawienia².

Podstawą analizy było archiwum fabularnych przedstawień, które powstawało w trakcie moich badań. Jest to swoisty przekrój XX-wiecznych obrazów choroby i śmierci. Przedstawienia te odnalazłem – w powieściach, opowiadaniach, filmach, dramatach i serialach, w których pojawia się motyw śmierci – w wielu różnych postaciach.

Nie uwzględniłem tam filmów, takich jak *Terminator* czy *Człowiek-demolka*, w których „trup ściele się gęsto”, ale śmierć nie ma właściwie żadnej wagi. Wśród tych wybranych tekstów kultury, w których motyw śmierci odgrywa istotną rolę, znalazły się jednak zarówno takie, w których śmierć jest głównym tematem, jak i te, w których pojawia się zaledwie jako element fabuły.

Nie chciałbym, żeby czytelnik odniósł wrażenie, że prezentuję ten przegląd jako systematyczny i reprezentatywny dla przedstawień śmierci w euroatlantyckiej kulturze w XX wieku. Najuczciwszym opisem tego doboru byłoby stwierdzenie: są to dzieła, które ukształtowały mnie jako konsumenta kultury, które dotarły na polskie półki księgarskie, do polskich kin i telewizji, na które trafiłem przypadkowo w młodości spędzonej na pochłanianiu filmów i książek lub które udało mi się odszukać w ciągu kilkunastu miesięcy badań. Jestem świadom, że prawdopodobnie nie dotarłem do wielu cennych tekstów kultury, które były w zasięgu polskiego widza lub czytelnika. Jeszcze więcej nigdy nie wyszło poza lokalne pola produkcji kulturowej, popadło w zapomnienie lub też znane jest tylko literaturoznawcom i filmoznawcom.

Chciałbym także zaznaczyć, że raport, który przedstawiam w części pierwszej, nie ma ambicji pogłębionej analizy literaturoznawczej. Nie skupia się też na poszczególnych dziełach, choć wiele z nich na to zasługuje. Jest raczej pobieżnym przeglądem historycznym, traktującym materiał zbiorczo, mającym na celu weryfikację hipotez dotyczących przedstawiania śmierci, które sformułowałem u początków analizy, a w uchwyceniu których pomogły mi właśnie weberowskie typy.

Spisując raport z tego historycznego przeglądu, starałem się skupiać na tym, co świadczyło o nieadekwatności moich typów do opisu zebranych

² Rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów* mojej pracy.

przedstawień – tym samym dokonując weryfikacji trafności typów jako pierwotnych kategorii interpretacyjnych o statusie hipotetycznych wyjaśnień. Sądzę, że w połączeniu z krótkimi opisami poszczególnych powieści, dramatów, filmów i seriali (w aneksie)³ oraz ich obszerniejszym wstępnym omówieniem w rozdziale *Wymiary śmierci* daje to ciekawy efekt.

Fabularne przedstawienia choroby i śmierci, które poddaję analizie, a także powieści, dramaty czy filmy, w których je odnalazłem, można moim zdaniem scharakteryzować jako współtworzące współczesny dyskurs o śmierci.

Moje rozumienie kategorii dyskursu przedstawię, omawiając zaplecze teoretyczne oddzielnej, poświęconej *dyskursowi o śmierci* części pracy. Już w tym miejscu chciałbym jednak wyjaśnić, czemu postrzegam przedstawienia w narracjach fabularnych jako elementy tegoż dyskursu. Narracyjne przedstawienia same stanowią dyskursywne zdarzenia, są rodzajem dyskursywnych praktyk, a w ich pojawianiu się można dostrzec pewne regularności. Włączają się w (sub)dyskursy o poszczególnych wymiarach współczesnego umierania: o „śmiertelnych” chorobach, o eutanazji, o aborcji, żałobie i tak dalej. Mogą inspirować lub wywoływać inne dyskursywne zdarzenia w różnych nurtach dyskursu (na przykład ważny film może zainspirować debatę medialną lub akademicką). Wreszcie, same stanowią nieraz reakcję na wypowiedzi z innych obszarów dyskursu (na przykład powieść może poruszać tematy na bieżąco omawiane w mediach).

Analiza dyskursu

W drugiej części pracy przedstawiłem opis trzech nurtów czy też fragmentów współczesnego euroatlantyckiego dyskursu o śmierci.

Założyłem, że zarówno utrwalone w kulturze i przetwarzane od wieków wypowiedzi o śmierci, jak i wypowiedzi współczesne – te w mediach,

³ Na podstawie dzieł, z którymi udało mi się zapoznać, sukcesywnie sporządzałem krótkie notatki zawierające informacje o utworze oraz charakterystykę zawartych w nim przedstawień śmierci. Przytaczałem w nich elementy fabuły i inne obserwacje, które uznałem za istotne. Pierwotnie opisy te miały stanowić zaledwie brudnopis, będący etapem analizy. Zdecydowałem się jednak zamieścić te opisy w pracy, po odpowiednim ich przeformułowaniu i chronologicznym uporządkowaniu, jako stanowiące same w sobie istotny do niej wkład i jako uzupełnienie prowadzonych analiz.

jak i teksty akademickie czy teksty popularnonaukowe, wreszcie fabularne przedstawienia śmierci – tworzą jeden rozległy dyskurs, który nazywam *dyskursem o śmierci*. Do dyskursu o śmierci należy włączyć też teksty w szerszym, semiotycznym rozumieniu⁴. Elementami tego dyskursu są także przedmioty materialne (jak tablice nagrobne czy żałobny ubiór) oraz społeczne praktyki związane z umieraniem (sposoby pochówku, składanie kondolencji, specjalne placówki medyczne)⁵.

Bazuję na rozumieniu dyskursu Michela Foucaulta – jako zjawiska o charakterze ponadindywidualnym, realizującego się w obrębie społecznych pól, przez dyskursywne praktyki⁶, które, wiążąc słowa ze strategiami działania wobec rzeczy i osób i myślenia o nich, produkują znaczenia, ale także determinują sposoby postrzegania i przedstawiania społecznej rzeczywistości. Owo przedstawianie w obrębie dyskursu staje się częścią strategii ustanawiania dominujących interpretacji rzeczywistości, a tym samym – narzędziem władzy (sprawowanej przez produkowanie wiedzy). Zwłaszcza kategoryzacje i oceny zawarte w dyskursywnym nazywaniu i przedstawianiu przez swoją twórczą, „ontologizującą” właściwość wpływają na strategie myślenia i działania. Dzieje się tak wtedy, gdy kategorie zaczynają być postrzegane raczej jako „naturalne” niż skonstruowane i zdeterminowane przez społeczne praktyki⁷.

⁴ Zob. np. J. Łotman, B. Uspieński, *O semiotycznym mechanizmie kultury*, przeł. J. Faryno, [w:] E. Janus, M. R. Mayenowa (red.), *Semiotyka kultury*, PIW, Warszawa 1977, s. 177–201.

⁵ Por. szczegółowa charakterystyka historycznego dyskursu o śmierci, a także propozycja metodologiczna jego historycznych badań – M. Vovelle, *Historia ludzi w zwierzciadłe śmierci*, przeł. M. Ochab, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 31–57. Tezy zawarte w eseju Vovelle’a omawiam w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

⁶ Co odróżnia rozumienie Foucaulta np. od bliższego tradycyjnemu językoznawstwu rozumienia Paula Ricoeura: jako dialektycznej jedności lub też związku między zdarzeniem a znaczeniem („Dyskurs to zdarzenie plus sens”). Zob. P. Ricoeur, *Teoria interpretacji. Dyskurs i nadwyżka znaczenia*, przeł. K. Rosner, [w:] P. Ricoeur, *Język, tekst, interpretacja. Wybór pism*, K. Rosner (wyb.), PIW, Warszawa 1989, s. 75–89.

⁷ Definicja za: R. Diaz-Bone, A.D. Bührmann, Gutiérrez E. Rodriguez, W. Schneider, G. Kendall, F. Tirado, *The Field of Foucaultian Discourse Analysis. Structures, Developments and Perspectives*, „Forum: Qualitative Social Research” 2007, t. 8, nr 2, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/234/517> [dostęp 10.12.2015]. Por. historia pojęcia dyskursu i charakterystyka głównych teorii dyskursu: M. Zirk-Sadowski, *Pojęcie dyskursu*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 2, s. 61–72.

Każdy z elementów tej definicji okazał się bardzo istotny dla przedstawionych w mojej pracy refleksji.

Opis i interpretację fragmentów dyskursu o śmierci oparłem również – w pewnym zakresie – na obserwacji praktyki badań i strategii pisarskiej Foucaulta. Ściśle mówiąc: opierałem się w większym stopniu na znajomości efektów pracy Foucaulta niż na jego teoretycznym komentarzu, dotyczącym analizy dyskursów⁸. Nie postępuję więc zgodnie z kolejnymi etapami analizy, jakie Foucault zaleca. W maksymalnym uproszczeniu etapy te prezentują autorzy artykułu *The Field of Foucaultian Discourse Analysis*⁹: Foucault „wpierw pyta, jakie przedmioty lub dziedziny wiedzy są dyskursywnie produkowane; następnie pyta, według jakiej logiki jest skonstruowana terminologia; po trzecie pyta, kto ją legitymizuje/uprawnia (*who authorises it*); i wreszcie pyta, jakie strategiczne cele są realizowane w ramach danego dyskursu”¹⁰. Mimo iż nie naśladowałem podobnej sekwencji analizy, w mojej pracy pojawiają się refleksje, które można określić jako odpowiedzi na niektóre z zawartych w niej pytań.

Postępuję też zgodnie z bardziej podstawowymi zaleceniami Foucaulta odnośnie do analizy dyskursów¹¹. W *Archeologii wiedzy* każe on między innymi: podawać w wątpliwość utrwalone tradycją, służące do opisu dyskursów kategorie ciągłości, nie polegać na wierze w nieokreślenie odległe początku dyskursów i nie wierzyć w to, że każdy jawny dyskurs opiera się na czymś już kiedyś powiedzianym; nie powstrzymywać się od traktowania dyskursu jako nagłego zdarzenia (a więc też nie bać się poszukiwać historycznych uwarunkowań i początków dyskursu), a wreszcie: zdarzenia dyskursywne ujmowane jako materiał badawczy traktować „w ich pierwotnej neutralności”, „jako populację zdarzeń ogólnej przestrzeni dyskursu”¹². Foucault podstawowy

⁸ Zob. M. Foucault, *Archeologia wiedzy*, przeł. A. Siemek, De Agostini, Warszawa 2002. Zob. też: M. Foucault, *Porządek dyskursu. Wykład inauguracyjny wygłoszony w Collège de France 2 grudnia 1970*, przeł. M. Kozłowski, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2002.

⁹ R. Diaz-Bone i in., op. cit.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Por. M. Foucault, *Archeologia wiedzy*, op. cit., s. 23–30.

¹² Ibidem, s. 30.

element swojej metody określa po prostu jako „opis zdarzeń dyskursywnych”¹³.

Moje badania polegały, w najprostszym ujęciu, na gromadzeniu możliwie obszernej literatury na interesujący mnie temat, następnie na szukaniu porządku w zbiorze tekstów, skupieniu się na pewnych fragmentach (czy też nurtach) dyskursu wyłaniającego się z tychże tekstów, a wreszcie opisaniu owych fragmentów dyskursu w formie swoistej rekonstrukcji połączonej z interpretacją¹⁴.

Dodam, że to, co nazywam *fragmentami* czy *nurtami* dyskursu (używając charakterystycznej dla mówienia o dyskursach ontologicznej metaforyki¹⁵), opisywane jest przez Foucaulta jako *formacje dyskursywne*: czyli „regularności w obrębie przedmiotów, sposobów wypowiadania, pojęć i wyborów tematycznych”¹⁶, które można odnaleźć nie dzięki szukaniu spójności w zbiorach wypowiedzi, ale – skupiając się na niespójnościach, nieregularnościach, podziałach w obrębie badanego zbioru tekstów¹⁷. W taki też sposób przebiegało moje szukanie porządku w materiale.

W trakcie niepewnego poruszania się po obszarze okrzepłej już dyscypliny badań dyskursów¹⁸, nasunęło mi się wiele wątpliwości. Po pierwsze, muszę zaznaczyć, że część, w której opisałem wybrane fragmenty współczesnego dyskursu o śmierci, zaplanowana jako swobodny, kulturoznawczy esej, znacznie odbiega od drobiazgowych, wielopoziomowych analiz Foucaulta. Po drugie, w poszczególnych rozdziałach przechodzę swobodnie między rekonstrukcją dyskursów a ich interpretacją w kategoriach wobec tych dyskursów zewnętrznych i obcych. Po trzecie, w opisie skupiałem się na tym, co w danym „fragmentcie” dyskursu o śmierci wydało mi się najistotniejsze – na niejawnym, logicznym zasadach strukturyzujących wypowiedzi¹⁹, na strategiach przedstawiania i stylu pisarskim

¹³ Ibidem, s. 30–31. Zalecenia te stosuję także, opisując przemiany w przedstawianiu śmierci w rozdziale *Wymiary śmierci*.

¹⁴ Etap rekonstrukcji (sub)dyskursu będzie widoczny zwłaszcza w rozdz. *Emancypacja umierających* mojej pracy.

¹⁵ Por. z opisem kognitywnej teorii metafory – poniżej w niniejszym rozdziale.

¹⁶ M. Foucault, *Archeologia wiedzy*, op. cit., s. 43–44.

¹⁷ Czyli tym, co Foucault nazywa *systemami rozproszenia* – ibidem, s. 43.

¹⁸ Zob. R. Diaz-Bone i in., op. cit.

¹⁹ Zwłaszcza w rozdz. *Emancypacja umierających*.

tych wypowiedzi²⁰ lub na próbach teoretycznego wyjaśniania pewnych zjawisk w obrębie dyskursu²¹ (podczas gdy mógłbym prowadzić analizy w sposób bardziej systematyczny). Jestem świadomy, że każda z tych właściwości analiz zawartych w mojej pracy może się stać dla wnikliwego czytelnika powodem do krytyki.

Wywiad narracyjny tematyczny

Technika wywiadu narracyjnego tematycznego posłużyła mi do przeprowadzenia serii 15 wywiadów z pacjentami Hospicjum Stacjonarnego Caritas Archidiecezji Warszawskiej. Wyniki tego badania opisałem w trzeciej części.

Technika ta jest wariantem tak zwanego *wywiadu narracyjnego* (lub też „narracyjnego biograficznego”), który został wyróżniony w ramach *metody badań biograficznych*²².

Koncepcja wywiadu narracyjnego jest w jakimś zakresie konsekwencją krytyki wywiadów standaryzowanych, które, według autorów metody, nie pozwalały w wystarczającym stopniu na umiejscowienie „subiektywnych znaczeń” w kontekście opisywanych w narracji zdarzeń i procesów²³. Koncepcję wywiadu narracyjnego w formie, w jakiej zastosowałem ją w moim badaniu, sformalizował Fritz Schütze. Technika ta „jest próbą rozwiązania problemu trafności przez konsekwentne stosowanie znanych prawidłowości dotyczących komunikatywnej aktywności opowiadania historii (...)”²⁴, a konkretnie pewnych „przymusów działających w toku narracji”²⁵.

²⁰ Zwłaszcza w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

²¹ W rozdz. *Tabu i brud*.

²² Zob. np. I.K. Helling, *Metoda badań biograficznych*, przeł. K. Drożdżiał, J. Włodarek, [w:] J. Włodarek, M. Ziółkowski, *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Poznań 1990, s. 13–37.

²³ Por. *ibidem*, s. 23–25.

²⁴ *Ibidem*, s. 26.

²⁵ A. Rokuszewska-Pawelek, *Miejsce biografii w socjologii interpretatywnej. Program socjologii biografistycznej Fritza Schütze*, „ASK” 1996, nr 1, s. 44. Chodzi o „przymus zamykania form, przymus kondensacji, przymus wchodzenia w szczegóły”.

Wywiad narracyjny składa się z trzech etapów. Są to kolejno:

Etap 1: badacz inicjuje rozmowę, dając rozmówcy „bodziec narracyjny” w postaci pytania. Rozmówca, w odpowiedzi na pytanie, rozpoczyna spontaniczną, improwizowaną narrację, której – co bardzo istotne – badacz nie przerywa w żaden sposób, „dbając jedynie o podtrzymanie narracji i okazywanie zainteresowania tym, czego słucha”²⁶. Pierwsza faza wywiadu kończy się dopiero, gdy „rozmówca zaznaczy, że opowiedział swoją historię (przez taki wskaźnik, jak: «tak właśnie było», «to wszystko»)»²⁷. Ta faza uważana jest za najbardziej istotną, ponieważ to wtedy rozmówca bez interwencji badacza, a więc „według jego własnych ujęć”, opowiada o ważnym dla siebie biograficznym momencie. To właśnie w tej fazie: „[r]ekonstruuje on swoje doświadczenie”.

Etap 2: badacz zadaje pytania, opierając się na pierwotnym fragmencie narracji i niejako prosząc rozmówcę o „wypełnienie” zarysowanego w niej schematu zdarzeń. „[P]ytania (...) dotyczą porządku chronologicznego i mają zachęcać do dodatkowej narracji; prosi się badanego o dodatkowe informacje, rozwinięcie i uzupełnienie pewnych fragmentów opowiadania, a także o wyświetlenie niejasnych punktów relacji, w szczególności zaś tych, które stwarzają wrażenie mało prawdopodobnych”²⁸.

Etap 3: „odwołuje się do zdolności informatora jako teoretyka własnego życia”²⁹ – badacz zadaje tu pytania o treści ideologiczne, wyjaśnienia i opinie, które pojawiły się wprost w dotychczasowej relacji, lub o „teorie leżące u podłoża narracyjnej relacji respondenta”. W tej fazie badacz może być aktywny w większym stopniu, prosząc o „rozwinięcie oraz o opisanie prawidłowości i zależności w tych dziedzinach doświadczeń, które odnoszą się do relacji informatora”.

Po tym etapie wywiad jest właściwie zakończony, lecz badacz nie powinien nagle urywać rozmowy, ale raczej przejść na bardziej swobodne tematy, co łagodnie wyprowadzi rozmówcę ze stresującej sytuacji badania.

²⁶ Ibidem, s. 46.

²⁷ I.K. Helling, op. cit., to i kolejne przytaczane sformułowania ze s. 27. Mówiąc ściślej, badacz czeka z zadaniem każdego następnego pytania, aż rozmówca zakończy wypowiedź, także w kolejnych częściach wywiadu.

²⁸ A. Rokuszewska-Pawełek, op. cit., s. 47.

²⁹ I.K. Helling, op. cit., s. 27 i dalej.

Specyfiką wywiadu *tematycznego* jest to, że pytanie inicjujące pierwotną narrację nie dotyczy całego życia badanego czy rozległych obszarów jego biografii, a tylko określonego, interesującego badacza tematu.

W przypadku moich wywiadów inicjujące pytanie dotyczyło życia moich rozmówców od czasu zdiagnozowania choroby. Uznałem, że wysoce niestosowne byłoby zaczynać rozmowę od pytania o „umieranie”, „śmierć”, a nawet o „raka”. Pytanie, jakie zadawałem pacjentom, by wywołać narrację, miało postać formuły:

Czy mógłby/mogłaby pan/i opowiedzieć o swoim życiu od momentu, kiedy się pan/i dowiedział/a o chorobie?

Za radą pracującej w hospicjum psycholożki pytanie to poprzedzałem pytaniem wstępnym, które miało niejako „zwiększyć dostępność” tematu (jednocześnie nie uruchamiając dłuższej narracji). Brzmiało ono:

Czy pamięta pan/i, kiedy się pan/i dowiedział/a o swojej chorobie?

Oba pytania poprzedzone były „formułą wstępną”, w której między innymi przedstawiałem się i zapewniałem o zachowaniu reguł anonimowości³⁰.

Przebieg wywiadu szczegółowo opisałem w rozdziale *Informacje o badaniu* w trzeciej części mojej pracy. Podałem tam też informacje o organizacyjnej stronie badania.

Ze względu na specyfikę sytuacji, w jakiej znajdowali się moi rozmówcy, wprowadziłem do techniki wywiadu pewne obostrzenia:

- Rozmówca był na wstępie informowany, że w każdej chwili może przerwać wywiad (gdyby gorzej się poczuł lub z jakiegokolwiek innego powodu).
- Dopuszczałem sytuację, w której wywiad byłby przeprowadzany w więcej niż jednej turze (zdarzyło się tak w jednym przypadku).
- Przyjąłem, że rozmowa powinna mieć możliwie nieformalny i swobodny charakter.

³⁰ Zob. rozdz. *Informacje o badaniu*.

- Zadając pytania, nie używałem pojęć, takich jak „śmierć”, „zgon”, „pogrzeb”, „rak” (ani nawet „hospicjum”), zanim rozmówca sam nie użył ich w swojej wypowiedzi.
- Zadając pytania, starałem się trzymać możliwie blisko wyrażen używanych przez rozmówców w ich wypowiedziach (notowałem je hasłowo – wbrew zaleceniom techniki – na kartce).

Przed rozpoczęciem rozmów z pacjentami przeprowadziłem pięć wywiadów „przygotowawczych” z pracownikami hospicjum. Chciałem w ten sposób jak najlepiej przygotować się do właściwej części badania. Posłużyłem się w tych rozmowach techniką wywiadu swobodnego ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji³¹. Mimo że już w tych rozmowach uzyskałem wiele ciekawych informacji, zdecydowałem się nie włączać tego materiału do analiz w mojej pracy (jako mniej istotnego dla jej głównego tematu).

Opis treści wywiadów

W trzeciej części pracy analizuję materiał zgromadzony podczas moich wywiadów z pacjentami hospicjum. Podstawą analiz był dla mnie tekst transkrypcji wywiadów, uwzględniłem jednak także własne obserwacje terenowe.

Analiza tekstów wywiadów składa się z dwóch części: rodzaju sprawozdania ze wstępnej, niesystematycznej lektury treści oraz z analizy językowej, przeprowadzonej za pomocą metody analizy systemu metaforycznego zbioru tekstów, zaproponowanej przez Barbarę Fatygę i Przemysława Zielińskiego³².

Mimo pierwotnych planów bardziej złożonej, jakościowo-ilościowej analizy treści wywiadów, pozwoliłem sobie ostatecznie na większą swo-

³¹ Zob. np. K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.

³² B. Fatyga, „Myślenie metaforyczne jako odbicie świadomości potocznej młodych Polaków”, maszynopis niepublikowany; B. Fatyga, P. Zieliński, *Tempus fugit. Analiza metafor czasu – propozycja metodologiczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2006, nr 1, s. 5–32 http://www.qualitativesociologyreview.org/PL/Volume2/PSJ_2_1_Fatyga_Zielinski.pdf [dostęp 10.12.2015].

bodę w omówieniu ich lektury. Sposób opisu, jaki przyjąłem, jest rodzajem opowieści o najbardziej charakterystycznych dla całości materiału – bo powtarzających się i wzajemnie powiązanych – emocjach, uczuciach i doświadczeniach³³ moich rozmówców (na tyle, na ile odzwierciedliły się one w tekście wywiadów). Jest to rodzaj idiograficznego przedstawienia, zapis hermeneutycznej lektury tekstów wywiadów³⁴. W owej idiografii wywiadów skupiłem się na tym, co uznałem w materiale za najważniejsze. Przyjmując hermeneutyczne nastawienie, starałem się pamiętać, że piszę w istocie o tym, jak przedmiot badań zmienił mnie jako poznający podmiot³⁵. Traktowałem to jako próbę nieuprzedmiotawiającego podejścia do omawianego materiału, a zarazem – do moich rozmówców³⁶.

To między innymi z powodu zastosowania idiograficznego podejścia zamieściłem w tekście obszernie fragmenty wypowiedzi, które uznałem za szczególnie charakterystyczne dla zbioru wywiadów i istotne dla tematu mojej pracy. Jednocześnie starałem się informować o dostrzeżonych przeze mnie wypowiedziach sprzecznych ze składającymi się na dominujący w materiale obraz³⁷. Na zbiór tekstów wywiadów patrzyłem przede wszystkim całościowo, często jednak wspominałem o indywidualnych cechach poszczególnych tekstów³⁸. Choć analizując wspólne wątki, traktowałem materiał całościowo, starałem się pamiętać, że opisuję przede wszystkim indywidualne doświadczenie.

³³ Por. R. Rosaldo, *Introduction. Grief and a Headhunter's Rage*, [w:] R. Rosaldo, *Culture and Truth. The Remaking of Social Analysis*, Beacon Press, Boston 1993, s. 1–21; por. z moimi wnioskami z tekstu Rosalda w zakończeniu rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

³⁴ Por. J. Tokarska-Bakir, *Hermeneutyka gadamerowska w etnograficznym badaniu obcości*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty” 1992, nr 1, s. 3–17; H.G. Gadamer, *Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej*, przeł. B. Baran, Inter Esse, Kraków 1993, s. 256–351.

³⁵ Por. H.G. Gadamer, *Prawda i metoda*, op. cit., s. 256–276. Por. rozdz. *Zakończenie – doświadczenie badacza w tej pracy*.

³⁶ Por. J. Tokarska-Bakir, *Hermeneutyka gadamerowska*, op. cit., s. 13.

³⁷ Co w połączeniu z podkreśleniem idiograficznego charakteru tej części pracy pozwala według mnie na uniknięcie błędu tzw. *metody egzemplifikacji* czy też *metody ilustracyjnej*, który polega na uzasadnianiu hipotez przykładami z materiału bez szukania przykładów fałsyfikujących przyjęte twierdzenia lub z ich pominięciem – por. J. Szczepański, *Odmiany czasu teraźniejszego*, Książka i Wiedza, Warszawa 1973, s. 640.

³⁸ Por. np. opis wątku *Chcę stąd wyjść*.

Przedstawiając poszczególne grupy wypowiedzi, jednocześnie dokonywałem ich interpretacji (nieraz w nawiązaniu do kategorii używanych w innych częściach pracy).

Analiza systemu metaforycznego wywiadów

W dalszej części sprawozdania z badań dokonałem analizy systemu metaforycznego tekstów wywiadów. Analiza ta opiera się na *kognitywnej teorii metafor* wywodzącej się z prac George'a Lakoffa i Marka Johnso-
na³⁹, a przeprowadzona jest według technik *warstwowego zdejmowania metafor z tekstu i rekonstrukcji piramidy metafor* stworzonych przez Bar-
barę Fatygę i Przemysława Zielińskiego⁴⁰.

Kognitywną teorię metafor przedstawiam niżej, cytując jej dzie-
więć podstawowych tez zebranych i doprecyzowanych przez Olafa Jä-
kela⁴¹:

1) Teza o wszechobecności

Metafora językowa nie jest wyjątkowym zjawiskiem poetyckiej kreatywności czy przesadnej retoryki. Konwencjonalne metaforę powszechnie występują zarówno w całkiem zwyczajnym języku codziennym, jak i w specjalistycznych debatach ekspertów.

2) Teza o domenach

Wyrażenia metaforyczne należy z reguły rozpatrywać nie w wyizolowaniu, lecz jako językowe realizacje *metafor pojęciowych*: te zaś polegają na systema-
tycznym powiązaniu dwóch różnych *domen pojęciowych*, z których jedna działa
jako *domena docelowa* (X), druga zaś jako *domena źródłowa* (Y) metaforycznego

³⁹ Zob. G. Lakoff, M. Johnson, *Metaforę w naszym życiu*, przeł. T.P. Krzeszowski, PIW, Warszawa 1988.

⁴⁰ B. Fatyga, op. cit.; B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit.

⁴¹ O. Jäkel, *Metaforę w abstrakcyjnych domenach dyskursu. Kognitywno-lingwistyczna analiza metaforycznych modeli aktywności umysłowej, gospodarki i nauki*, przeł. M. Banaś, B. Drąg, Universitas, Kraków 2003, s. 42–45. Wszystkie dziewięć zamieszczonych tez, a także ich nazwy, to cytaty z pracy Jäkela. Wyróżnienia kursywą – O.J.; podkreślenia i skróty – P.Sz.

rzutowania. Tym sposobem X rozumiane jest jako Y, co czyni domenę pojęciową dostępną dla poznania, poprzez odwoływanie się do innego obszaru doświadczenia.

3) Teza o modelach

Metafory pojęciowe częstokroć tworzą spójne *modele kognitywne*: złożone struktury organizacji wiedzy, posiadające charakter postaciowy, będące pragmatycznymi uproszczeniami bardziej złożonej rzeczywistości. Owe wyidealizowane modele kognitywne (...) mogą uchodzić za kulturowe modele myślowe, nieświadomie określające obraz świata danej wspólnoty językowej.

4) Teza o diachronii

Również w badaniach nad historycznym rozwojem języka kognitywno-seman-tyczne badania nad metaforami stwierdzają rozszerzenie znaczenia metaforycznego nie tylko na przykładzie pojedynczych wyrażen, lecz także jako przejaw pojęciowo-metaforycznych przeniesień między całymi domenami pojęciowymi. Kognitywna teoria i analiza metafory może zatem z pożytkiem dołączyć wymiar diachroniczny.

5) Teza o jednokierunkowości

Metafora („X to Y”) z reguły łączy abstrakcyjną i złożoną domenę celową (X) jako eksplanandum, z bardziej konkretną, prosto strukturyzowaną oraz poznawalną zmysłowo domeną źródłową jako eksplanansem. Ponadto relacja elementów X oraz Y jest nieodwracalna, co oznacza, że projekcja metaforyczna ma jednoznaczny kierunek.

6) Teza o inwariancji

W przypadku projekcji pojęciowo-metaforycznej, określone schematyczne elementy strukturalne domeny źródłowej ulegają przeniesieniu, bez wprowadzenia jakichkolwiek zmian, do domeny docelowej. Te prekonceptualne *schematy wyobrażeniowe* zapewniają tym samym zakotwiczenie nawet najbardziej abstrakcyjnych domen pojęciowych.

7) Teza o niezbędności

Ogólnie rzecz biorąc, metafora pełni funkcję wyjaśniającą oraz funkcję ułatwiającą rozumienie. Niektóre obszary przedmiotowe są dostępne dla naszego

myślenia wręcz tylko za pośrednictwem metafory pojęciowej. (...) Metafory pojęciowe zapewniają zatem somatyczno-biofizyczne podstawy poznania poprzez wsteczne powiązanie myślenia abstrakcyjno-pojęciowego z postrzeganiem zmysłowym, gwarantując tym samym spójność i jednolitość naszego doświadczenia.

8) Teza o kreatywności

Potencjalna obfitość znaczeniowa metafory nie realizuje się w żadnej parafrazie, jej zawartości nie można w pełni zredukować do niemetaforycznego przedstawiania w kształcie propozycji. Tu zatem leży przyczyna *kreatywności*, którą to kreatywność metafora przejawia nie tylko w dyskursie poetyckim: w życiu codziennym metafora potrafi nadać nową strukturę utartym wzorcom myślowym. W kontekście naukowym zaś pełni funkcję heurystyczną.

9) Teza o ogniskowaniu

Metafory dostarczają jedynie częstkowego opisu danej domeny docelowej, który pewne aspekty uwydatnia, a inne ukrywa. Co się dotyczy *ogniskowania*, alternatywne metafory dla jednej i tej samej domeny docelowej różnią się pod względem ogniskowania.

Każda z tych tez rzuca światło na wiele treści zawartych w niniejszej książce. Aby uczynić zamieszczoną wyżej charakterystykę teorii bardziej przystępną, wymienię najważniejsze dla mojej pracy aspekty kognitywnej teorii metafory:

- Metafory są powszechnie obecne, zarówno w języku „codziennym”, „mówionym”, jak i w języku eksperckich debat. Obecne są także w innych, potocznie uznawanych za niejęzykowe przejawach ludzkiego myślenia. Używanie metafor jest niezbędnym i powszechnie występującym w ludzkim myśleniu narzędziem rozumienia i wyjaśniania.
- Metafory z reguły służą do przedstawiania bardziej abstrakcyjnych pojęć za pomocą pojęć bliższych ludzkiemu doświadczeniu. Zapewnia to spójność i jednolitość ludzkiego doświadczenia⁴².

⁴² Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

- Metafory obecne w języku można rekonstruować i przedstawiać za pomocą wyidealizowanych modeli⁴³.
- Metafora, choć służy wyjaśnianiu, ze swej natury ukrywa niektóre elementy wyjaśnianego pojęcia lub zjawiska⁴⁴.

Dodam jeszcze, że niektórych elementów kognitywnej teorii metafory, a także niektórych pomysłów zawartych w opisie metody *warstwowego zdejmowania metafor z tekstu* użyłem także w innych częściach mojej pracy⁴⁵.

Metoda analizy metafor, opisana przez Fatygę i Zielińskiego, opiera się na następujących założeniach, które przyjmuję za tymi autorami:

- „Doświadczenie zbiorowe odbija się w rodzaju i ilości kategorii językowych, używanych do jego wyrażania.
- Narzędziem służącym do uchwycenia sposobu, w jaki język autorów tekstów kategoryzuje i porządkuje doświadczenie, jest w tym przypadku system metaforyczny języka naturalnego.
- Badając przekaz autobiograficzny, można odtworzyć podstawowy system metafor, przy pomocy którego (...) ludzie artykułują swoje doświadczenia”⁴⁶.

Metoda *warstwowego zdejmowania metafor z tekstu* opiera się na wielokrotnej lekturze materiału z badań. Kolejne „odczytania” polegają na analizie różnych aspektów systemu metaforycznego tekstu, a dokładniej na wyodrębnieniu w materiale badawczym, skatalogowaniu i opisanu różnych typów metafor. Wyniki analizy prezentuje się dla podstawowego pojęcia lub zjawiska będącego przedmiotem zainteresowania badacza⁴⁷

⁴³ Przykładem takiego modelu jest wyrażenie „CHOROBA TO WRÓG”.

⁴⁴ Por. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

⁴⁵ Zob. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów* w części 1 i podrozdz. *Umieranie a metametafory dyskursu śmierci* w rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* w części 3 mojej pracy.

⁴⁶ B. Fatyga, op. cit., s. 45. Na liście założeń w tekście znajdowało się jeszcze jedno założenie, nieodnoszące się jednak bezpośrednio do mojej pracy: „Język codzienny autorów dzienników jest zbliżony do wypowiedzi autobiograficznej, jaka jest tutaj poddawana analizie”.

⁴⁷ Zob. B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit.

lub według dziedzin życia codziennego, do których metafory zawarte w materiale najczęściej się odnoszą⁴⁸.

Pierwsza lektura polega na „zapoznaniu się z tekstem oraz próbie zrozumienia jego szczególnych właściwości, głównie językowych”⁴⁹. Podczas tego etapu badania zwraca się uwagę na zasoby leksykalne, naleciałości slangowe i oryginalność języka wypowiadających się.

Druga lektura polega na sporządzeniu „inwentarzy prostych (pojedynczych) wyrażeń metaforycznych”⁵⁰. W mojej analizie sporządziłem inwentarze metafor dotyczących wyróżnionych przeze mnie najważniejszych dziedzin życia codziennego pacjentów hospicjum. Inwentarze wykonałem na podstawie całego materiału potraktowanego zbiorczo, a nie oddzielnie dla poszczególnych informatorów, jak robili to autorzy metody⁵¹. Klucz do klasyfikacji metafor znajduje się na końcu rozdziału (s. 40–41) w formie poręcznej tabeli zawierającej definicje i przykłady z dzieła Lakoffa i Johnsona⁵².

Trzecia lektura nakierowana jest na „wyszukanie i zinwentaryzowanie *złożonych wyrażeń metaforycznych*”⁵³. Chodzi o większe jednostki tekstu, rozbudowane frazy lub równoważniki zdań, które jako całość są strukturami metaforycznymi. Zdania takie „opisywały na ogół sytuacje albo zdarzenia, które bez zastosowania zabiegu metaforyzacji trzeba przedstawiać w dłuższych wypowiedziach”⁵⁴. Konstrukcje te powstają przez „rozbudowanie prostej metafory o dodatkowe znaczenie, będące wynikiem opisanego tzw. zakrytej części danej metafory”⁵⁵. Przyjmują też często postać „zbitki” kilku prostszych metafor⁵⁶. Analiza tego typu wyrażeń metaforycznych polega na określeniu ich znaczenia na podstawie kontekstu, w jakim występują, oraz za pomocą rozłożenia danego wyrażenia na prostsze metafory w nim zawarte.

⁴⁸ Zob. B. Fatyga, op. cit., s. 48.

⁴⁹ B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit., s. 13.

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ W pracy „Myślenie metaforyczne...” inwentarze były tworzone dla każdego tekstu oddzielnie. Por. B. Fatyga, op. cit., s. 47.

⁵² G. Lakoff, M. Johnson, op. cit.

⁵³ B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit., s. 13; podkreśl. – P.Sz.

⁵⁴ Ibidem, s. 13.

⁵⁵ Por. B. Fatyga, op. cit., s. 59.

⁵⁶ Por. ibidem, s. 55.

Kolejna lektura polega na wyszukaniu w materiale *rozległych konstrukcji metaforycznych*⁵⁷, czyli większych fragmentów wypowiedzi, które jako całość stanowią rodzaj konstrukcji metaforycznej – swoistej „metafory wyższego rzędu”⁵⁸. Konstrukcje te powstają najczęściej jako krótkie dygresje, nacechowane emocjonalnie refleksje lub anegdoty – „historyjki”. Zawierają najczęściej wiele prostszych wyrażen metaforycznych, połączonych ze sobą w „ciągi metaforyczne”⁵⁹.

Konstrukcje takie można wyodrębnić z tekstu za pomocą zaproponowanego przez autorów metody pojęcia *ramy metaforycznej* – rekonstruowanej przez badacza lub odnajdywanej bezpośrednio w tekście metafory-etykiety, stanowiącej rodzaj podsumowania całego fragmentu. Te „metafory wyższego rzędu” najczęściej wcale nie są dostrzegane przez ich autora⁶⁰ – cały zabieg identyfikacji ram opiera się na interpretacji dokonanej przez badacza.

Ostatnia lektura polega na próbie odczytania *metametafor tekstowych*⁶¹, czyli wskazaniu (lub rekonstrukcji) metafor organizujących całość systemu metaforycznego analizowanych tekstów⁶². Autorzy metody proponują wykorzystanie w tym celu „zasady koherencji systemu metaforycznego” (albo, prościej, jego spójności) opisanej przez Lakoffa i Johnsona⁶³. Polega ona na stwierdzeniu, że „metafory i metonimie nie są przypadkowe, lecz (...) tworzą koherentne systemy, według których konstruujemy pojęcia, opierając się na naszym doświadczeniu”⁶⁴. Koherentne są metafory, które „pasują do siebie”, ponieważ użyczają swojej semantycznej struktury temu samemu pojęciu⁶⁵ (na przykład dwie metafory wykorzystujące różne *domeny źródłowe*, by uczynić dostępniejszym to samo pojęcie abstrakcyjne).

⁵⁷ Ibidem, s. 57.

⁵⁸ Por. ibidem, s. 58.

⁵⁹ B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit., s. 22.

⁶⁰ Por. B. Fatyga, op. cit., s. 59.

⁶¹ Zob. B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit., s. 14.

⁶² Autorzy proponują odszukiwanie metametafor zarówno w całości materiału, jak i w poszczególnych tekstach, z których materiał się składa. W mojej pracy postanowiłem ograniczyć się do wskazania metametafor charakteryzujących całość materiału z moich wywiadów.

⁶³ B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit., s. 14.

⁶⁴ G. Lakoff, M. Johnson, op. cit., s. 64.

⁶⁵ Por. „Gdy jakieś pojęcie otrzymuje strukturę od więcej niż jednej metafory, rozmaite struktury metaforyczne zwykle pasują do siebie w sposób koherentny” – ibidem, s. 112.

Warto dodać, że spójność zachodzi nie tylko między elementami systemu metaforycznego (poszczególnymi metaforami), lecz także między systemem metaforycznym a jego „podstawą doświadczeniową”: fizycznym (cielesnym) i kulturowym doświadczeniem. Ta ostatnia myśl jest ważnym elementem kognitywnej teorii metafory⁶⁶.

Fatyga w tekście o „młodych Polakach” proponuje analizowanie spójności systemu i wyłanianie metametafor właśnie przez odwołanie się do doświadczenia – scharakteryzowanie metafor najczęściej występujących w badanych tekstach i jednocześnie opisujących podstawowe obszary życia codziennego⁶⁷. Charakterystyki dokonała przez zamieszczenie w tekście pracy opisu *pól semantycznych*⁶⁸ powstałych dzięki skatalogowaniu metaforycznych wyrażen w inwentarzach. Ja także wykorzystałem ten sposób analizy.

Druga, nieodłączna część opisywanej tu metody analizy to *rekonstrukcja piramidy metafor*. Ten tajemniczy i sam w sobie metaforyczny zwrot określa po prostu sposób prezentacji analiz dokonywanych w trakcie „warstwowego zdejmowania”. Opis stopniowo „wnika w coraz głębsze sensory” struktury metaforycznej tekstu: przez prezentowanie metafor od najprostszych, pojedynczych wyrażen metaforycznych (w tym zakrzepłych w języku „martwych” metafor), przez metafory rozwinięte oraz rozległe metafory „historyjkowe”, a kończąc na metametaforach zrekonstruowanych przez badacza. Umożliwia to – jak piszą autorzy metody – „rekonstrukcję całościowego znaczenia w postaci struktury”⁶⁹, czyli piramidy.

⁶⁶ Zob. 7 teza O. Jäkela; G. Lakoff, M. Johnson, op. cit., s. 45–47; B. Fatyga, op. cit., s. 70. Dla mnie istotne jest zwłaszcza spostrzeżenie Lakoffa i Johnsona o koherencji systemu metaforycznego z podstawowymi wartościami występującymi w danej kulturze: „Najbardziej podstawowe wartości w danej kulturze są koherentne z metaforyczną strukturą najbardziej podstawowych pojęć występujących w tej kulturze. (...) Wydaje się więc, że wartości, jakie uznajemy, nie są niezależne, lecz mogą tworzyć koherentny system z pojęciami metaforycznymi, według których żyjemy” – G. Lakoff, M. Johnson, op. cit., s. 45–46.

⁶⁷ Zob. B. Fatyga, op. cit., s. 70–74. Zaznaczam, że Lakoff i Johnson, a także Fatyga posługują się rozumieniem doświadczenia nieco odmiennym od Gadamerowskiego, które jest istotniejsze dla mojej pracy.

⁶⁸ Ibidem, s. 48. Por. z inną metodą jakościowej analizy opartej na pojęciu *pola semantycznego*, opisaną w artykule: M. Kłosiński, *Semantyczna analiza pojęć „bezrobocie” i „bezrobotny” („bezrobotni”) w wypowiedziach prasowych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1994, nr 3, s. 151–161.

⁶⁹ B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit., s. 14.

Powyższa charakterystyka metody jest stworzoną przeze mnie syntezą nieznacznie się od siebie różniących opisów, zamieszczonych w dwóch różnych tekstach. Staralem się trzymać blisko podstawowego pomysłu, jednak moje podejście w niektórych momentach odbiega od postulowanego w cytowanych pracach. Co istotne, w ostatecznym opisie analizy starałem się, aby omówienie skomplikowanej metody nie przesłoniło wyników badania. Dlatego w dalszej części pracy ograniczyłem do minimum komentarze odnośnie do tej metody.

Ten niekonwencjonalny sposób analizy ma swoje uzasadnienie. Na wstępie zazaczyłem, że jednym z najistotniejszych w niej pojęć będzie *doświadczenie*. Jak twierdzi Hans-Georg Gadamer, doświadczenie ma naturę językową, dyskursywną. Joan Scott dodaje: mamy do niego dostęp tylko w postaci dokonanej uprzednio interpretacji. Nie są to jedyni autorzy, którzy podkreślają związki doświadczenia z językiem. Uważam, że analiza językowa jest jakimś sposobem wglądu w ten trudno dostępny poznaniu obszar, jakim jest ludzkie doświadczenie. Zwłaszcza analiza skupiająca się na tym elemencie języka, który, jak twierdzą twórcy kognitywnej teorii metafory: 1) jest niezbędny dla ludzkiego rozumienia; 2) ułatwia rozumienie przez odwołanie się do tego, co bliskie doświadczeniu; 3) zapewnia temu doświadczeniu spójność.

Metoda analizy systemu metaforycznego może się okazać wyjątkowo cenna, tym bardziej w sytuacji, gdy interesuje nas doświadczenie jednostkowe (a o takim jest mowa w tej pracy, choć w analizach będę patrzył na wywiady zbiorczo).

Tematem mojej pracy jest ponadto doświadczenie trudne samo w sobie – traumatyczne doświadczenie umierania⁷⁰. O takim doświadczeniu mówi się nieco inaczej niż o jakimkolwiek innym – ostrzega przed tym wiele diagnoz, wskazujących na tabu i „milczenie” związane z tematem, który wzięłem na warsztat. Mam nadzieję, że analiza metafor umożliwiła mi dotarcie do tych warstw materiału, które nie są widoczne podczas po-
bieżnej lektury – dotarcie do sensów ukrytych „między słowami”.

⁷⁰ W mojej pracy nie zmieściły się planowane początkowo rozważania oparte na pojęciu traumy i *trauma studies*. Zob. np. C. Caruth, *Unclaimed Experience. Trauma, Narrative, and History*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 1996; także: D. LaCapra, *Writing History, Writing Trauma*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 2001.

Tabela 1. Klasyfikacja, definicje i przykłady wyrażen metaforycznych według Lakoffa i Johnsona*

metafory ontologiczne „Metafory ontologiczne służą rozmaitym celom i różne rodzaje metafor, jakie istnieją, odzwierciedlają te cele”; „mówienie o czymś (de-sygnacja)”; „kwantyfikowanie”; „rozpoznawanie aspektów”; „rozpoznawanie przyczyn”; „ustalenie celów i motywowanie działań”; „Takie metafory ontologiczne są niezbędne przy każdej próbie racjonalnego traktowania naszych doświadczeń” (s. 49–50).	dotyczące rzeczy i substancji „Rozumienie doświadczeń w kategoriach rzeczy i substancji pozwala nam wyróżnić fragmenty tych doświadczeń i traktować je jako odrębne rzeczy lub substancje jednolitego rodzaju. Kiedy potrafiemy zidentyfikować nasze doświadczenia jako rzeczy lub substancje, wówczas potrafimy o nich mówić, kategoryzować je, a także grupować i kwantyfikować. Dzięki temu możemy też dokonywać na nich operacji rozumowych” (s. 48). metafory pojęnnika „Jesteśmy istotami fizycznymi, oddzielonymi od reszty świata przez powierzchnię naszej skóry, i postrzegamy świat jako coś, co znajduje się na zewnątrz nas. Każdy z nas jest pojęnnikiem z powierzchnią ograniczającą i z orientacją w–poza. Przenosimy tę naszą orientację w–poza na inne przedmioty fizyczne, również ograniczone powierzchniami. Postrzegamy je jako pojęnniki z przestrzenią wewnętrzną i zewnętrzną. (...) Ale nawet wówczas, gdy nie ma naturalnej granicy, którą można postrzegać jako ograniczenie pojęnnika, narzucamy takie granice (...)” (s. 52–53). personifikacje „Pozwalają nam one pojmować wielką rozmaitość zdarzeń z udziałem bytów i zjawisk niebędących ludźmi – w terminach motywacji, właściwości i działalności ludzkiej” (s. 56).	UMYSŁ TO PRZEDMIOT ŁAMLIWY On ma <i>kruchą</i> psychikę. <i>Zalał</i> się podczas przesłuchania. Czuje się <i>zdruzgotany</i>. (s. 51)	POLE WIDZENIA TO POJEMNIK Statek <i>wchodzi</i> w zasięg wzroku. Nie ma <i>nic</i> w zasięgu wzroku. To jest w <i>centrum</i> mojego pola widzenia. (s. 53–54)	INFLACJA TO OSOBA, INFLACJA TO PRZECIWNIK Inflacja <i>przechytrzyła</i> najlepsze umysły ekonomiczne kraju. Inflacja <i>zaatakowała</i> podstawy naszej gospodarki. Inflacja <i>przyparła nas do muru</i>. (s. 56–57)
--	---	---	---	---

	orientacyjne „[P]rzygadki, kiedy cały system pojęć nadaje strukturę innemu systemowi. Takie metafory nazywać będziemy <i>metaforami orientacyjnymi</i>, gdyż większość z nich ma związek z orientacją przestrzenną: <i>wzwyż–w dół, do–z, przód–tył, na–od, głęboko–płytko, centralny–peryferyjny</i>. Te ukierunkowania przestrzenne powstają na skutek tego, że mamy takie a nie inne ciała i że funkcjonują one w naszym otoczeniu fizycznym. (...) Takie ukierunkowania metaforyczne nie są arbitralne. Mają one podstawę w naszym doświadczeniu, zarówno fizycznym, jak kulturowym” (s. 36).	SZCZĘŚLIWY TO W GÓRĘ; SMUTNY TO W DÓŁ Czuję się <i>uniesiony</i>. To <i>podniosło</i> mnie na duchu. Czuję się <i>dennie</i>. <i>Wpadłem</i> w depresję (s. 37)
	strukturalne „[O]bejmujące te przypadki, kiedy jedno pojęcie nadaje strukturę metaforyczną innemu pojęciu” (s. 36). „[J]eżeli mówimy, że jakies pojęcie otrzymuje jakąś strukturę za pośrednictwem metafory, mamy wówczas na myśli to, iż jest to struktura częściowa i że zakres tego pojęcia można poszerzać w taki a nie inny sposób” (s. 35).	ARGUMENTOWANIE TO WOJNA Twoje twierdzenia nie dają się <i>obronić</i>. <i>Zaatakował wszystkie słabe punkty</i> mojego rozumowania. <i>Zburzyłem</i> jego argumentację. (s. 26)
metonimie	„Metafora i metonimia to dwa różne procesy. Metafora to, zasadniczo, poimowanie jednej rzeczy w terminach innej, a jej podstawową funkcją jest rozumienie”. Metonimia natomiast pełni głównie funkcję desygacyjną, co pozwala nam używać pewnego pojęcia tak, aby zastąpić inne” (s. 59).	PRZEDMIOT ZA UŻYTKOWNIKA <i>Saksofon</i> ma dziś grypę. <i>Hala maszyn</i> ma dzisiaj wolne. To najlepsza <i>rakieta</i> turnieju. (s. 61)

* G. Lakoff, M. Johnson, op. cit., s. 26–56. Numery stron cytatów podano w nawiasach w tabeli.

I. OBRAZY ŚMIERCI

Poszczególne rozdziały tej części są kolejnymi próbami opisanego XX-wiecznych przedstawień choroby i śmierci. Każda próba odwołuje się do tego samego zbioru filmów, powieści i dramatów, za każdym razem jednak skupia się na innym aspekcie przedstawień i jest bardziej wnikliwa – stopniowo zagęszczając opis.

Zaczynam od przedstawienia swoich najwcześniejszych hipotez i pomysłów interpretacyjnych (*Ćwierć wieku milczenia?* i *Typy przedstawień choroby i śmierci*). Następnie analizuję przedstawienia choroby i śmierci, z którymi udało mi się zapoznać w trakcie moich badań: najpierw w perspektywie chronologicznej, potem przez omówienie głównych tematów przedstawień (*Wymiary śmierci*), wreszcie weryfikując adekwatność utworzonych wcześniej typów przedstawień do opisu konkretnych powieści, dramatów i filmów (*Nauki z rewizji własnych pomysłów*).

Wiele problemów ważnych dla całości mojego projektu jest tutaj tylko zarysowanych. Rozwijam je w częściach, które dotyczą innych sposobów mówienia o doświadczeniu śmierci. Jak się jednak okaże, omawiane tu fabularne obrazy są jednym ze sposobów najbardziej brzemiennych w skutki.

ĆWIERĆ WIEKU MILCZENIA?

Moje badania wyszły od obserwacji, że w XX wieku w literaturze i w filmie przez długi czas nie podejmowano tematów choroby i śmierci, następnie zaś, w dość krótkim czasie, powstało stosunkowo wiele ważnych dzieł poruszających te tematy.

Okres „milczenia” wydawał mi się łatwy do zidentyfikowania. Jego początków doszukiwałem się w latach 50. Był to okres, kiedy przebrzmiewały już dzieła bezpośrednio nawiązujące do doświadczeń II wojny

światowej. Końca okresu milczenia szukałem pod koniec lat 80., kiedy w USA i w Europie zaczynano otwarcie mówić o raku i rozszerzającej się „epidemii” AIDS.

Rozwahałem potencjalne przyczyny pomijania tematu śmierci w narracjach fabularnych. Wszystkie pochodziły z debat publicznych i zwykle stanowiły „utarte”, wielokrotnie przywoływane wyjaśnienia różnych innych zjawisk stawianych jako problemy. Były to:

- **Trauma po II wojnie światowej** – pamięć śmierci milionów, doświadczenie bliskiego kontaktu z chorobą i śmiercią w okresie wojennym spowodowały rodzaj wyparcia tematu śmierci z kultury popularnej. Stwierdzenie to powiązane jest z tezą Dominicka LaCapry o powstaniu w Europie po II wojnie światowej „kultury posttraumatycznej”¹ oraz z tezą o istnieniu „tabu historycznych”² – strategii obronnych, podobnych do psychologicznego wyparcia trudnych wspomnień.
- **Półwiecze dobrobytu i „kultura konsumpcyjna”** – powojenny świat, po obu stronach Atlantyku, doświadczył nieznanego wcześniej, wyjątkowo długiego okresu błyskawicznego rozwoju ekonomicznego i przyrostu bogactwa. Miało to związek z olbrzymim wzrostem konsumpcji przy jednoczesnym rozwoju mechanizmów bezpieczeństwa socjalnego, a także, w sferze idei politycznych, z „bezprecedensowym triumfem świadomości liberalnej”³. Wszystko to nie mogło nie spowodować zmian w mentalności odbiorców, a także twórców narracji fabularnych. Przyczyną milczenia byłoby istnienie w ramach kultury konsumpcyjnej pewnych mechanizmów, które spowodowały, że zaprzestano poruszania problemu śmierci.

¹ Zob. D. LaCapra, *Writing History, Writing Trauma*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 2001. Zob. J. Tokarska-Bakir, *Historia jako fetysz*, [w:] J. Tokarska-Bakir, *Rzecz mgliste. Eseje i studia. Pogranicze*, Sejny 2004, s. 95–115.

² Zob. A. van den Braembusse, *The Silenced Past. On the Nature of Historical Taboos*, [w:] W. Wrzosek (red.), *Świat historii. Prace z metodologii historii i historii historiografii dedykowane Jerzemu Topolskiemu z okazji siedemdziesięciolecia urodzin*, Instytut Historii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1998, s. 98, [za:] J. Tokarska-Bakir, *Historia jako fetysz*, op. cit.

³ Zob. np. M. Król, I. Białecki, A. Leder, J. Sadowski, M. Zaleski, *Kolejny koniec naszego świata*, dyskusja redakcyjna, „Res Publika” 2006, nr 4, s. 3 (wypowiedź Marcina Króla).

- „**Kult cielesności**” – jest jednym z takich, powiązanych z kulturą konsumpcyjną, mechanizmów. Piękno, młodość, witalność, seksualność (choć z pewnością cenione zawsze i w każdej kulturze⁴), w oczach XX-wiecznych komentatorów stały się wartościami, które po latach „represji” zawładnęły na nowo kulturą euroatlantycką⁵. Społeczeństwo, w którym nadrzędną wartością jest piękne, zdrowe ciało, nie chce kulturowych przedstawień choroby i śmierci.
- „**Kultura obrazu**” – według wielu komentatorów nowe media spowodowały głęboką zmianę sposobu, w jaki późnonowoczesne społeczeństwa opisują świat. Kultura słowa drukowanego odeszła, zastąpiła ją kultura obrazu, widzialności⁶. Przemiany te zapoczątkowało upowszechnienie się telewizji, który to proces rozpoczął się w połowie lat 50. O ile trudno jest słuchać lub czytać o chorobie i śmierci, o tyle dużo trudniej jest oglądać chore lub martwe ciała – to też jeden z powodów unikania tych tematów.
- **Medykalizacja** – w XX wieku wprowadzono wiele nowych, skutecznych technologii medycznych: leków, instrumentów, maszyn, rozwiązań logistycznych⁷. Systematyczne badania znacznie poszerzyły wiedzę medyczną w porównaniu z początkami wieku. Jak każda nowa technologia, nowoczesna technologia medyczna zmieniła kulturę, do jakiej została wprowadzona⁸. Jedną ze zmian były głębokie przeobrażenia w postrzeganiu choroby i umierania, zbieżne z daleko idącymi przemianami w praktykach społecznych⁹.

⁴ Por. cytaty z *Cząstek elementarnych* M. Houellebecqa – część 2, przyp. 63, s. 109 i rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

⁵ Por. krytyka „hipotezy represji” w: M. Foucault, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Czytelnik, Warszawa 1995, s. 22–51.

⁶ Por. N. Postman, *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, przeł. A. Tanalska-Dulęba, PIW, Warszawa, 1995, s. 70–86. Por. A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 33–39.

⁷ Por. M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.

⁸ Por. N. Postman, op. cit.

⁹ Por. P. Ariès, *Człowiek i śmierć*, przeł. E. Bąkowska, PIW, Warszawa 1989, s. 549–590. Wprowadzenie do użytku respiratorów i defibrylatorów w latach 50. doprowadziło do

One również musiały mieć pewien wpływ na zniknięcie tematów choroby i śmierci z narracji fabularnych.

Większość tych zjawisk jest ze sobą powiązana: odbudowa powojennego świata napędza aktywność gospodarczą, rosnące zatrudnienie napędza konsumpcyjny optymizm, co sprzyja powstawaniu nowych technologii, zarówno medialnych, jak i medycznych. Nowa widzialność, jaką funduje społeczeństwu telewizja, niechętna jest brzydkim, słabym i chorym ciałom, których optymistyczni konsumenci kulturowych produkcji nie chcą już oglądać. Nie chcą ich oglądać między innymi dlatego, że w społeczeństwach powojennych ciągle żywa jest traumatyczna pamięć o potwornościach wojny.

W analogiczny sposób szukałem wśród wyjaśnień obecnych w dyskursie publicznym hipotetycznych przyczyn „powrotu” tematów choroby i śmierci:

- **Wojna w Wietnamie (1965–1973)** i powrót tematu wojny do publicznych debat w USA. Doświadczenia wojenne walczących, masowe protesty i publiczna żałoba po ginących amerykańskich żołnierzach znajdują odzwierciedlenie zwłaszcza w powstających już od końca lat 70. głośnych produkcjach filmowych¹⁰.
- **Pojawienie się AIDS w USA**, początek publicznych debat na ten temat w latach 80., a zwłaszcza wiadomość, że choroba ta nie dotyczy tylko mniejszości seksualnych. Świadomość istnienia nowej, „śmiertelnej” i „nieuleczalnej” choroby wywołuje szeroką debatę publiczną, która znajduje odzwierciedlenie w fali książek, filmów, sztuk teatralnych podejmujących ten problem.
- **Rak w dyskursie publicznym** – zaczęto zwracać uwagę na wydłużenie średniej długości życia ludzkiego i towarzyszący mu stały wzrost zachorowań na raka. Pojawiają się publikacje na temat

potrzeby opracowania nowej definicji śmierci. W 1968 r. specjalnie powołana komisja na Harvard Medical School stworzyła kryteria tzw. śmierci mózgu. Zob. np. D. DeGrazia, *The Definition of Death*, [w:] E.N. Zalta (red.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, jesień 2011, <http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/death-definition/> [dostęp 10.12.2015].

¹⁰ Na przykład: *Łowca jeleni* z 1978 r., *Czas apokalipsy* z 1979 r., *Urodzony czwartego lipca* z 1989 r. Zob. rozdz. *Wymiary śmierci*.

kulturowego obrazu tej choroby (mitów, wyobrażeń, przesądów), między innymi słynny esej *Choroba jako metafora* Susan Sontag (1977)¹¹.

- **Początek ruchu hospicyjnego** – seria szeroko dyskutowanych publicznych rozmów z umierającymi (od 1965 roku) i analizująca je książka Elisabeth Kübler-Ross *On Death and Dying*¹² oraz otwarcie pierwszego zakładu opieki paliatywnej, Hospicjum Św. Krzysztofa w Sydenham (dzielnica Londynu), przez Cicely Saunders w 1967 roku¹³. Wydarzenia te zapoczątkowały powstawanie na całym świecie placówek wykorzystujących te doświadczenia.
- **Koniec powojennej prosperity** – tak zwany kryzys naftowy (pierwszy na skutek wojny Jom Kipur w 1973 roku i drugi w latach 1979–1982) stanowił pierwszą poważną „korektę” powojennego boomu gospodarczego, od razu wywołując ogólnoświatowy (choć w większym stopniu dotyczący świata kapitalistycznego) kryzys ekonomiczny i walutowy. W następnych latach w USA i w Europie Zachodniej rozpoczęto reformy ekonomiczne znane pod hasłami taczeryzmu i reagonomiki, które osłabiły pozycję rynkową i bezpieczeństwo socjalne pracowników. Powiązanie zjawisk gospodarczych z problematyką choroby i śmierci nie jest bezpośrednie, jednak analogicznie do przyczyn milczenia można rozważać je wśród przyczyn „powrotu” tych tematów, już choćby ze względu na wyraźny związek chronologiczny.

Przytaczam zapis swojego pierwszego starcia z przemianami przedstawiania śmierci, ponieważ wszystkie te wyjaśnienia są obecne we współczesnym dyskursie o śmierci, jeśli nie jako rdzeń argumentacji, to jako jej tło. Nie należy ich odrzucać pochopnie. Jednak szybko uznałem je za niewystarczające, a samo założenie o „okresie milczenia” – za wymagające weryfikacji.

¹¹ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 5–90.

¹² E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Media Rodzina, Poznań 1998. Wydana w Polsce po raz pierwszy w 1979 r.

¹³ Zob. E. Sikorska, *Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie*, [w:] J. Drążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 65–90.

Po półtorarocznym zbieraniu i opisywaniu dzieł literackich i filmów stwierdziłem, że przedstawienia śmierci pojawiały się w XX-wiecznych narracjach fabularnych zaskakująco często, również w okresie, który uważałem za czas ich zaniku. Zauważyłem też, że ramy czasowe rozważanych przeze mnie wyjaśnień obejmują okres od początku lat 50. do początku lat 70. Okres milczenia zatem jest dosyć krótki – trwa najwyżej 20–25 lat. Nawet jeśli potraktujemy wymieniane przeze mnie daty jako początki procesów, a nie ostre cezury, przedział ten wydaje się mało znaczący w zestawieniu z ambitną diagnozą o głębokich przemianach w obrębie kultury. Trudno też mówić o zjawisku charakterystycznym dla całego wieku. Spostrzeżenie to uzmysłowiło mi konieczność zweryfikowania pierwszych pomysłów badawczych. Jednocześnie nie dawało mi spokoju przeświadczenie, że niezwykle rzadko spotykałem teksty kultury przedstawiające śmierć w sposób, który można uznać za próbę zgłębiania jej istoty, za refleksję na temat śmierci, za poruszanie tego tematu.

W tej części pracy starałem się poddać głębszej refleksji to, jak w XX wieku przedstawiano chorobę i śmierć oraz jak o nich opowiadano.

TYPY PRZEDSTAWIEŃ CHOROBY I ŚMIERCI

Do naświetlenia pewnych ciekawych, w moim przekonaniu, aspektów XX-wiecznych przedstawień choroby i śmierci w kulturze euroatlantyckiej posłużyły mi kategorie opisowe sformułowane w postaci *typów przedstawień* – wyidealizowanych zestawów cech, które można odnaleźć w sposobie przedstawiania choroby i śmierci w określonych dziełach literackich, teatralnych czy filmowych.

Od momentu rozpoczęcia mojego projektu badawczego wyszukiwałem, katalogowałem i opisywałem te fabularne przedstawienia. W tej części pracy próbowałem wykorzystać między innymi zaproponowane niżej *typy przedstawień*, by opisać tę kolekcję.

Zaznaczam, że utworzone przeze mnie typy nie są tylko narzędziami do analizy narracji fabularnych. Ich rolą jest przede wszystkim zwrócenie uwagi na pewne atrybuty przedstawiania śmierci, wspólne wielu dziełom, jednak w jednych dostrzegalne silniej, a w innych słabiej. Są właśnie próbą „uwypuklania” pewnych aspektów przedstawiania, zgodnie z definicją weberowską. Nie są więc jedynie środkiem czy etapem metody poszukiwań – są jednym z efektów.

Śmierć-znak – śmierć „prawdziwa”

Śmierć w narracjach fabularnych XX wieku przedstawiana była pod postacią: śmierci na wojnie, morderstwa, samobójstwa, tragicznej śmierci dziecka, kary śmierci, katastrofy naturalnej, ataku terrorystycznego, czasem wypadku. Jest zwykle niespodziewana, sensacyjna, tragiczna i prawie zawsze stanowi narzędzie udratyzowania narracji – świadomie użyty element konstrukcji fabuły, bardzo często punkt zwrotny akcji. Dotyczy raczej ludzi młodych niż starych, ukazana zaś jest w sposób udratyzowany, romantyczny. Rzadko można powiedzieć, że jest tematem utworu – częściej pojawia się właśnie jako rodzaj fabularnego „środka stylistycznego” czy „udziwnienia” lub wpłata się w fabułę jako wątek poboczny.

Choć powyższe „sensacyjne” przyczyny śmierci zdarzają się w świecie życia codziennego nie tak znowu rzadko (zwłaszcza wszelkiego rodzaju wypadki), odstają od tego, jak umiera większość ludzi. Wymienione wyżej sytuacje nie są częste i między innymi to właśnie czyni je dramatycznymi. Jednak ich artystyczna atrakcyjność przyczynia się do sytuacji, w której konsument kultury rzadko trafia na przedstawienie śmierci podobnej do tej, jakiej sam najprawdopodobniej doświadczy. Z tej obserwacji zrodził się pierwszy z moich typów przedstawień śmierci.

Śmierć-znak jest pojęciem pokrewnym figurze literackiej. Słowa „znak” w tym wyrażeniu nie należy rozumieć tak, jak rozumieją je semiotycy, choć istnieją z tym rozumieniem pewne zbieżności¹⁴. Używam słowa „znak”, bo tego rodzaju przedstawienia używane są jak standardowy element komunikacji. Śmierć-znak występuje jako element kompozycji narracji fabularnych i innych gatunków wypowiedzi. Bywa używana jako moment przełomowy, jako standardowe bolesne wspomnienie, jako środek dramatyzujący, jako przywołanie utrwalonej w europejskiej kulturze figury śmierci z całym bagażem znaczeń. Jest więc w pewnym sensie znakiem języka zawodowych opowiadaczy historii, znakiem z repertuaru używanych przez nich środków wyrazu.

Śmierć-znak opisuje przedstawienia śmierci sensacyjnej, nagłej, tragicznej, młodej, romantycznej, estetyzowanej, w dramatycznych okolicz-

¹⁴ Zob. np. U. Eco, *Nieobecna struktura*, przeł. A. Weinsberg, P. Bravo, Wydawnictwo KR, Warszawa 1996, s. 35–98.

nościach – i przez to odległej od doświadczenia większości uczestników kultury.

Badając narracje fabularne, kategorię tę będę przypisywał przedstawieniom, które są w większym stopniu środkiem konstrukcji fabuły, prowadzenia akcji, dramatyzacji, czy kreowania atmosfery niż głównym problematyzowanym zagadnieniem, tematem utworu. Ze śmiercią-znakiem mamy do czynienia, gdy przedstawienie śmierci pełni funkcję służebną w stosunku do fabuły, a nie odwrotnie.

Opozycją pojęcia śmierci-znaku jest śmierć, którą – z zachowaniem wszelkiej ostrożności – można nazwać „prawdziwą”, „rzeczywistą”, „właściwą”.

Pisząc o „prawdziwej” śmierci, nie chcę dać świadectwa wiary w realizm – możliwość wiernego przedstawienia rzeczywistości obiektywnej, ani też w występowanie takiej rzeczywistości. „Rzeczywistość” przedstawianej śmierci należy, tak jak czynię to w tym tekście, brać w cudzysłów.

Opozycja ta przypomina mi rozróżnienie Baudrillarda¹⁵ między obrazem, który przez kilka stadiów odrywał się od rzeczywistości, a ową „rzeczywistością właściwą”, której istnienia – między innymi dzięki refleksji nad przedstawianiem – przestaliśmy być pewni, której jednak wciąż kompulsywnie szukamy. Kontrowersyjna nazwa typu to odwołanie do pewnej obietnicy, nadziei czy ambicji uchwycenia tej prawdy.

Śmierć „prawdziwa” wskazuje na śmierć, której się boimy. Tę śmierć, o której myślimy, kiedy wyobrażamy sobie śmierć własną albo kogoś bliskiego, i co do której wiemy, że jest bardziej prawdopodobna niż śmierć w wypadku płonącego jumbo jeta lub od postrzału terrorystów (choć na początku XXI wieku wiedza ta mogła ulec zachwianiu). Nie mam jednak na myśli po prostu faktu umierania konkretnej jednostki. Pojęcia tego, tak jak pojęcia *śmierć-znak*, używam do opisu pewnego sposobu przedstawiania choroby i śmierci zawartego w narracjach fabularnych.

Chodzi mi o takie przedstawienia, które zdradzają ambicję pokazania śmierci w sposób bliski dominującemu doświadczeniu biograficznemu chorych, umierających, ich rodzin i które mają ambicję poruszenia tematu śmierci, a nie tylko wykorzystania go jako elementu konstrukcji fabuły.

¹⁵ Zob. J. Baudrillard, *Symulakry i symulacja*, przeł. S. Królak, Sic!, Warszawa 2005, s. 11–12.

Nie twierdzę, że jeden z tych typów przedstawień jest lepszy, właściwszy czy też że pozwala tworzyć lepszą sztukę. Ograniczam się na razie do zaproponowania tych typów jako przydatnych przy rozważaniu i opisie XX-wiecznych przedstawień choroby i śmierci. W podobny sposób rozumiem też pozostałe, opisane niżej pary typów.

Do kategorii „śmierci-znak” i problematycznego pojęcia śmierci „prawdziwej” wracam w tej pracy wielokrotnie¹⁶.

Śmierć jako metafora – metafory śmierci

Do stworzenia następnych dwóch typów przedstawień zainspirował mnie esej Susan Sontag *Choroba jako metafora*¹⁷. Zauważyłem, że Sontag, analizując liczne metaforyzacje związane z chorobą (w tym zwłaszcza z tak zwanymi „śmiertelnymi” chorobami), nie czyni istotnego, w moim przekonaniu, rozróżnienia między wykorzystywaniem pojęcia choroby jako metafory czegoś innego a metaforami opisującymi pojęcie choroby¹⁸. Podobnie jak choroba, również śmierć, jako pojęcie, w europejskiej kulturze wyjątkowo często wchodzi w związki metaforyczne. Nie dzieje się tak tylko w obrębie języka naturalnego, lecz także w ramach rozbudowanych konstrukcji narracyjnych, jak analizowane przeze mnie filmy, powieści i dramaty. Dlatego zdecydowałem się stworzyć do opisu przedstawień śmierci typy zwracające uwagę na metaforyczny sposób myślenia o śmierci, a zarazem czyniące rozróżnienie między metaforyzacjami śmierci a używaniem pojęcia śmierci do (metaforycznego) opisu innych pojęć.

By precyzyjnie sformułować tę różnicę, odwołam się do języka kognitywnej teorii metafory, którą przybliżyłem w rozdziale *Metoda* odnośnie do badania systemu metaforycznego wywiadów. W tym miejscu przypomnę jedno z założeń teorii, które staje się tu szczególnie istotne:

Metafory pojęciowe powstają jako skutek systematycznego powiązania dwóch różnych domen pojęciowych, z których jedna (X) funkcjonuje

¹⁶ Zob. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów, Emancypacja umierających, Śmierć jako klucz do człowieka, Tabu i brud oraz Narracyjne przedstawienia a doświadczenie umierających*.

¹⁷ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, op. cit.

¹⁸ Por. ibidem, s. 76–90 (por. z wcześniejszymi partiami eseju).

jako *domena docelowa*, druga (Y) zaś jako *domena źródłowa* metaforycznego rzutowania. Tym sposobem X rozumiana jest jako Y, co czyni domenę pojęciową dostępną poznawczo, poprzez odwołanie się do innego obszaru doświadczenia. (...) Metafora, w tego rodzaju „empirycznym” rozumieniu, jest procesem, za pomocą którego pojmujemy i strukturyzujemy daną domenę doświadczenia w kategoriach innej domeny *odmiennego rodzaju* [wyróżnienie kursywą – O.J., rozstrzeleniem – P.Sz.]¹⁹.

Przypominam też, że metafora w kognitywnej teorii metafory nie jest jedynie częścią języka, ale jest zjawiskiem charakterystycznym dla całości ludzkiego myślenia, również w jego pozajęzykowych przejawach²⁰.

Typy przedstawień sformułowałem więc w następujący sposób:

Śmierć jako metafora to przedstawienie, w którym pojęcie śmierci wykorzystane jest jako *domena źródłowa* metafory. Chodzi zatem o przedstawienie, w którym za pośrednictwem metafory coś jest ukazane jako śmierć. Dzięki ukazaniu w obrębie metafory danego pojęcia (X) w kategoriach związanych ze śmiercią czyni się to pojęcie bardziej dostępnym poznawczo. Pojęciu X nadane są znaczenia związane z pojęciem śmierci.

Metafora śmierci to przedstawienie, w którym pojęcie śmierci jest *domeną docelową* metafory pojęciowej. Chodzi o przedstawienie, w którym za pośrednictwem metafory śmierć jest ukazana w kategoriach jakiegoś innego zjawiska (Y). Dzięki ukazaniu śmierci w kategoriach tego pojęcia (Y) śmierć czyni się bardziej dostępną poznawczo. Pojęciu śmierci nadane są znaczenia związane z pojęciem Y.

Rozróżnienie to wyjaśnia w moim przekonaniu przynajmniej po części sytuacje, gdy patrzymy na przedstawienia śmierci, ale czujemy, że o śmierci nic one nie mówią²¹.

¹⁹ O. Jäkel, *Metafory w abstrakcyjnych domenach dyskursu. Kognitywno-lingwistyczna analiza metaforycznych modeli aktywności umysłowej, gospodarki i nauki*, przeł. M. Banaś, B. Dąg, Universitas, Kraków 2003, s. 22.

²⁰ Por. tezy 7 i 8 u O. Jäkela: *teza o niezbędności i teza o kreatywności* – zob. rozdz. *Metoda* mojej pracy; O. Jäkel, op. cit., s. 42–45. Por. też G. Lakoff, M. Johnson, *Metafory w naszym życiu*, przeł. T.P. Krzeszowski, PIW, Warszawa 1988, s. 25–28 i dalej.

²¹ Por. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów* mojej pracy.

Śmierć oswojona – śmierć dzika

Następne rozróżnienie i zarazem dwa typy przedstawień to nawiązanie do książki *Człowiek i śmierć* Phillipe'a Arièsa. Nie będę w tym miejscu zamieszczał rozbudowanego wprowadzenia – do książki Arièsa wrócę jeszcze kilkakrotnie²². Do stworzenia kolejnych typów przedstawień wykorzystałem jedną z podstawowych tez tego autora – o istnieniu różnych w różnych okresach postaw wobec śmierci, z których Ariès tworzy alternatywne modele umierania²³.

Śmierć oswojona – to typ przedstawienia, w którym śmierć ukazana jest jako normalne i dlatego akceptowane zjawisko życia ludzkiego. W przedstawieniu tym śmierć jest związana ze świadomością umierania i jest przyjmowana ze zgodą i spokojem. Jest czymś bliskim i znanym człowiekowi, nie budzi silnych emocji, jest także w jakimś zakresie upubliczniona, co wynikać może z obecności bliskich umierającego, którzy są świadomi jego kondycji.

Śmierć dzika – to typ przedstawienia, w którym śmierć ukazana jest jako coś trudnego do zaakceptowania, niezgodnego z normalnym biegiem wydarzeń, godzącego w ład życia codziennego, co powoduje silne emocje, takie jak lęk, gniew, frustrację, agresję. W tym przedstawieniu śmierć jest związana z izolacją umierającego, z zaprzeczaniem jego stanu i niezgodą – aż do samego końca – na jego umieranie.

Powyższe typy stworzyłem, by opisać kolejne z moich spostrzeżeń – iż motyw *śmierci oswojonej* opisany przez Arièsa nie występował w badanych przeze mnie narracjach fabularnych bardzo długo, do lat 90. XX wieku, potem zaś pojawił się w licznych przedstawieniach²⁴.

Śmierć brudna – śmierć czysta

Zanim zaproponuję ostatnią opozycję typów, chciałbym przytoczyć dwa cytaty. Pierwszy z nich pochodzi z eseju Geoffreya Gorera – jednego

²² Zob. podrozdz. *Mit śmierci oswojonej* w rozdz. *Emancypacja umierających* oraz rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka* mojej pracy.

²³ Przekształcam nieznacznie modele Arièsa. Ich postać zgodną z oryginalną charakterystyką omówiłem w rozdz. *Emancypacja umierających*.

²⁴ Tezę tę omówiłem w rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

z pierwszych tekstów, które zwracały uwagę na to, że zachodnia kultura ma pewien problem ze śmiercią:

Naturalne procesy rozkładu i gnicia stały się odrażające, tak jak odrażające były przed wiekiem naturalne procesy narodzin i kopulacji; zajmowanie się takimi procesami jest (czy było) czymś chorobliwym i niezdrowym, powinno być odradzane wszystkim, a karane u młodzieży. Naszych pradziadków uczono, że dzieci znajduje się w krzakach agrestu lub w kapuście; naszym dzieciom prawie mówi się, że ci, którzy odeszli (aby nie użyć ordynarnego słowa „zmarli”), zmieniają się w kwiaty lub odpoczywają w pięknych ogrodach. Szkaradne fakty są bezlitośnie ukrywane; sztuka balsamowania polega na zupełnym wyparciu się [podkreśl. – P.Sz.]²⁵.

Drugi cytat pochodzi z książki Mary Douglas, brytyjskiej antropolożki, która w swojej pracy poddała analizie kulturowe koncepcje nieczystości i tabu. Jako podstawową kategorię analityczną przyjęła pojęcie brudu, ujmowane jednak w sposób dalece odmienny od potocznego:

[B]rud to w istocie zaburzenie porządku. Nie ma czegoś takiego jak brud absolutny. Brud istnieje tylko „w oku patrzącego”. Nie unikamy brudu z tchórzostwa ani tym bardziej pod wpływem grozy wywołanej przez świętą bojaźń. Również nasze wyobrażenia o chorobach nie wyjaśniają wielości naszych zachowań związanych z usuwaniem i unikaniem brudu. Brud to wykroczenie przeciw porządkowi. Wyeliminowanie go nie stanowi działania negatywnego, lecz pozytywny wysiłek mający na celu organizację doświadczenia [podkreśl. – P.Sz.]²⁶.

Pojęcie brudu u Mary Douglas zawiera w sobie całą gamę znaczeń: „po prostu brud”, ale też nieczystość, splamienie-zanieczyszczenie, zmaza-skałanie, skażenie²⁷. Znaczenia te łączy definicja: brud to zaburzenie

²⁵ G. Gorer, *Pornografia śmierci*, przeł. I. Sieradzki, „Teksty” 1979, nr 3, s. 200.

²⁶ M. Douglas, *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, przeł. M. Bucholc, PIW, Warszawa 2007, s. 46.

²⁷ Por. J. Tokarska-Bakir, *Energia odpadków* (wstęp), [w:] M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., przyp. 8 na s. 8.

porządku. Ściślej: „to produkt uboczny systematycznego porządkowania i klasyfikacji rzeczy, o tyle, o ile porządkowanie wymaga odrzucenia nieprzystających elementów”²⁸.

Zestawiam te dwa cytaty, ponieważ chciałbym zinterpretować umiowanie jako rodzaj kulturowego brudu.

Gorer w swoim tekście *Pornografia śmierci* określa śmierć jako nową obrzydliwość, sprośność. Śmierć zastąpiła seks w roli naturalnego zjawiska, które w zachodniej kulturze jest „niewymawialne” – odrażające i wstydlive. W przytoczonym cytacie autor przywołuje tę nieczystość śmierci: jej symbolika, tak jak bezpośrednie doświadczenia ze śmiercią, nie pozwala zapominać o jej związkach z gniciem, rozkładem, wydzielinami chorego ciała, ziemią – z brudem.

O związkach śmierci z brudem pisze sama Mary Douglas, podając jeden z przykładów rytualnego wykorzystania brudu (u ludu Niakiusa): „Niezależnie od unikania go na co dzień, centralny akt w rytuale żałobnym obejmuje aktywną akceptację brudu. Na żałobników zamięta się śmierci: «Te śmierci to śmierci śmierci, brud. Niechaj przyjdzie»”²⁹.

Koncepcja brudu służy Mary Douglas między innymi do analizowania tabu. Cóż zaś, według krytyków nowoczesnej kultury, jest większym tabu niż śmierć?³⁰ Do problemu „tabu śmierci” wracam w dalszych częściach. Rozwijam także porównanie śmierci do brudu według koncepcji Mary Douglas, gdyż stało się ono ważnym elementem teoretycznych rozstrzygnięć tej pracy³¹. W tym miejscu chciałbym jednak użyć owego porównania do stworzenia ostatnich dwóch typów przedstawień:

Śmierć brudna to typ przedstawienia, w którym śmierć ukazana jest, po pierwsze, przez pryzmat swojego „naturalnego” i symbolicznego związku z brudem – tak jak jest on rozumiany potocznie w euroatlantyckiej kulturze. Będą to więc przedstawienia, w których pojawia się rozkład, wydzielin, wyniszczenie ciała (to także rodzaj brudu), niemiły zapach, fizjologia choroby i umierania; to, co powszechnie uważane jest

²⁸ M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 77.

²⁹ Ibidem, s. 206. Przykład zaczerpnięty z: M. Wilson, *Rituals of Kinship among the Nyakyusa*, Oxford University Press, London 1957, s. 53.

³⁰ Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

³¹ Zob. ibidem, podrozdz. *Śmierć jako brud i doświadczenie śmierci* oraz *Chaotyczne doświadczenie umierania jako brud*. Por. rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierania*.

za nieprzyjemne, odrażające, nieestetyczne. Po drugie, śmierć ukazana jest tu przez pryzmat tych aspektów choroby i śmierci, które, nawet jeśli nie stanowią brudu w potocznym rozumieniu, stanowią zaprzeczenie różnych rodzajów porządku. Będą to więc te przedstawienia śmierci, w których pojawiają się – na różne sposoby rozumiane – nieład, chaos, niezgodność z obowiązującymi schematami i konwencjami, rozbieżność, dezorganizacja.

Śmierć czysta to typ przedstawienia, w którym śmierć ukazana jest, po pierwsze, w sposób nieuwzględniający „naturalnych” związków śmierci z brudem (brudną fizjologią umierania), niewybiegający poza konwencjonalną estetykę zakazującą przedstawiania rzeczy „odrażających” (tak jak jest to rozumiane w kulturze euroatlantyckiej). Po drugie, w sposób, który wpisuje śmierć w różnego rodzaju porządku. Chodzi o te przedstawienia śmierci, które na rozmaite sposoby „pozytywnie” organizują śmierć: ujmując ją w schematy interpretacyjne, przypisując jej wartość estetyczną (porządek reguł estetycznych) lub etyczną (porządek wartości), nadając sens umieraniu, wyjaśniając je. Śmiercią czystą nazwiemy więc śmierć bohaterską, śmierć romantyczną, „piękną” śmierć, śmierć altruistyczną, a także śmierć wpisaną w mit (gdy można w ten sposób zinterpretować dane przedstawienie)³².

To, być może nieintuicyjne, połączenie kategorii brudu z nieładem i chaotycznością w obrębie typu będącego kategorią opisową jest związane z jednym z moich wstępnych spostrzeżeń: o współwystępowaniu motywu dezorganizacji życia codziennego z przedstawieniami fizjologii choroby i śmierci w obrębie tych samych narracji fabularnych.

Z rozróżnieniem *śmierci czystej* i *śmierci brudnej* w tej właśnie postaci związane jest też inne moje spostrzeżenie – o istotnej, w kontekście przedstawiania śmierci, roli estetycznych reguł (czy raczej konwencji) kompozycji narracji³³.

³² *Śmierć czysta* zachodzi w pewnym zakresie na typ *śmierci-znaku* (gdy mowa jest o estetyzacji), nie jest jednak z nim tożsama.

³³ Tę tezę również omawiam szerzej w dalszej części pracy, zob. rozdz. *Narracyjne przedstawienia a doświadczenie umierających*.

WYMIARY ŚMIERCI

Zanim wrócę do opisanych wyżej typów, omówię moje wstępne spostrzeżenia na temat zebranej kolekcji przedstawień. Po pierwsze, chciałbym zwrócić uwagę na chronologiczne przemiany w przedstawianiu choroby i śmierci. Śledząc te zerwania ciągłości, staram się w pewnym sensie scharakteryzować „atmosferę epoki” – określić, co łączyło przedstawienia powstałe w podobnym czasie³⁴. Po drugie, chciałem określić zamknięty zbiór tematów, motywów czy też aspektów śmierci, jakie pojawiły się i powtarzały w analizowanych przedstawieniach.

Omawiane dzieła są szeroko znane i czytelnik, który miał szansę z wieloma z nich się zapoznać, skorzysta z tego przeglądu najwięcej. Wtedy wspomniany tu pośpiesznie tytuł filmu czy powieści nie będzie tylko hasłem, ale przeżytkiem obrazów, atmosfery dzieła, specyficznego stylu opowiadania, a nawet emocji na twarzach aktorów. Pomocny w lekturze może się stać zestaw notatek zamieszczony w aneksie.

Przemiany w czasie

Na podstawie mojej kolekcji można wyciągnąć wniosek, że w różnych momentach XX wieku wyobraźnię twórców rozbudzały różne powody umierania. Można zaryzykować wskazanie pewnej regularności między epoką a przyczyną śmierci, która pojawia się w narracyjnych przedstawieniach częściej niż inne. Na podobny kulturowy trend zwróciła uwagę Susan Sontag, pisząc o tym, jak różne „śmiertelne” choroby ogniskowały zbiorową wyobraźnię w różnych epokach³⁵. Nietrudno wskazać powody takich przemian – są one związane z czasem odkrywania skutecznych sposobów leczenia poszczególnych chorób i okresami, w których zagrożenie nimi przybierało na sile. To dlatego kolejne choroby w historii zbiorowych wyobrażeń przejmowały pozycję tej najstrasz-

³⁴ Zaznaczam, że pomijam w opisie granice geograficzne i kulturowe. Wspominam miejsce powstania dzieła tylko wtedy, gdy jest to szczególnie istotne. O badaniu „atmosfery epoki” – por. omówienie przeglądu metodologicznego historycznych badań śmierci Michela Vovelle’a w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

³⁵ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, op. cit. Choroby, wokół których, według Sontag, nabudowano najwięcej metaforycznych i mitycznych znaczeń, to gruźlica (w XIX wieku) i rak (w wieku XX).

niejszej, której nazwy nie wymawiano i która stawała się synonimem śmierci.

Ważne w tej refleksji jest dla mnie przede wszystkim zwrócenie uwagi na zależność między kształtowaniem się sfery przedstawień, wyobrażeń, opowieści a przygodnością historii. W ten sposób konstytuują się swoiste „epoki” w przedstawianiu śmierci. „Epoka” jest tu oczywiście słowem umownym – chodzi o grupy narracji fabularnych, które stworzono w podobnym czasie i w których pojawia się podobny motyw, a zarazem przyczyna śmierci. Zachodzą też między nimi pewne podobieństwa w sposobie przedstawiania. Choć przemiany te mają związek z historycznymi wydarzeniami, to trudno określić tu dokładne ramy czasowe. Narracje fabularne powstają wszak powoli, mogą też komentować odległe wydarzenia.

Na początku XX wieku przyczynami śmierci są „stare” choroby – cholera (*Śmierć w Wenecji* – 1912), gruźlica (*Czarodziejska góra* – 1924, *Brzezina* – 1933), dżuma (*Dżuma* – 1947) i syfilis (*Doktor Faustus* – 1947)³⁶. W pierwszych dekadach XX wieku ukazują się także *Proces* Kafki (1925) i *Kiedy umieram* Faulknera (1930). W większości tych przedstawień choroba i śmierć pojawiają się jako wątki poboczne, punkty zwrotne fabuły, podstawy metafor. Raczej nie można powiedzieć, że są głównymi tematami utworu. Co ciekawe, śmierć wraz ze swymi przyczynami jest w tych przedstawieniach zwykle niejasna, niedopowiedziana, niedookreślona. Jednocześnie jednak nigdy nie przychodzi nagle, niezapowiedziane³⁷.

Wraz z I i II wojną światową pojawiają się przedstawienia śmierci „wojennej” – chaotycznej, dzikiej, przerażającej, zagrażającej bezustannie, przychodzącej nagle i w momencie, który czyni ją bezsensowną. Opisy stają się bardziej plastyczne, obrazowe. Niezmiennie mowa jest o doświadczeniach jednostki – młodego mężczyzny, żołnierza, który podaje w wątpliwość sens wojny. Śmierć staje się też dużo ważniejszym – bo

³⁶ W tym i następnym rozdziale pozwalam sobie nie wymieniać nazwisk autorów i nie podawać adresów bibliograficznych dzieł, dla których stworzyłem notatki zamieszczone w aneksie. Nieliczne dzieła nieomówione w aneksie opisuję bez pełnego adresu bibliograficznego, zgodnie z konwencją przyjętą tamże: podaję nazwisko autora lub reżysera, datę produkcji lub pierwszego wydania i informację, czy jest to P(owieść), F(ilm), S(erial) czy O(powiadanie), np. T. Mann, *Czarodziejska góra*, 1924, P.

³⁷ Wyjątek stanowią jedynie realistyczne przedstawienia gwałtownie postępującej choroby z *Dżumy*.

wszechobecnym i powtarzanym – elementem fabuły. Mam tu na myśli utwory: *Na zachodzie bez zmian* (1929), *Podróż do kresu nocy* (1932), *Czas życia i czas śmierci* (1954), *Popiół i diament* (1958). W tym samym czasie powstaje też *Komu bije dzwon* (1941) – tym razem akcja rozgrywa się podczas hiszpańskiej wojny domowej.

Pojawiają się także *Medaliony* (1946) Zofii Nałkowskiej³⁸, opowiadania Tadeusza Borowskiego (1947–1948), a w Europie Zachodniej między innymi relacje Primo Leviego (*Czy to jest człowiek* – 1947 i 1958)³⁹. Tu przedstawienia śmierci stają się jeszcze bardziej przerażające – chodzi bowiem o zorganizowaną, planową Zagładę. Jednostka jest zawsze bezsilna, horror ją przytłacza (co widać zwłaszcza w relacjach z obozów koncentracyjnych). Przedstawienia te mają pewną ciekawą cechę: choć pisane są oszczędnym językiem, dramaturgia jest w nich budowana w taki sposób, jakby celem piszącego było jeszcze silniejsze podkreślenie potworności zagłady – wywołanie w czytelniku szoku. Zapada w pamięć puenta opowiadania *Ludzie, którzy szli* Borowskiego, gdzie opisany jest mecz piłki nożnej w obozie:

Znów poszedłem po nią. I podnosząc z ziemi znieruchomiałem: rampa była pusta. Nie pozostał na niej ani jeden człowiek z barwnego, letniego tłumy. (...) Wróciłem z piłką i podałem na róg. Między jednym a drugim kornerem za moimi plecami zagazowano trzy tysiące ludzi⁴⁰.

W kolejnych latach XX wieku powstało jeszcze wiele przedstawień II wojny światowej, niejako uzupełniających jej obraz. Wydaje mi się, że tylko niewiele z nich zachowało atmosferę tych pierwszych dzieł, pisanych przez świadków bezpośrednio po wojnie. Zauważyłem ją głównie w drukowanych z opóźnieniem i ekranizowanych wspomnieniach – na przykład powieść *Pianista* Władysława Szpilmana, sfilmowana przez Romana Polańskiego (w 2002 roku)⁴¹ czy *Europa Europa* – wspomnienia Salomona Perela, sfilmowane przez Agnieszkę Holland (w 1990 roku)⁴².

³⁸ Z. Nałkowska, *Medaliony*, 1946, O. (zbiór opowiadań).

³⁹ P. Levi, *Czy to jest człowiek?*, 1946, 1958, wspomnienia.

⁴⁰ T. Borowski, *Pożegnanie z Marią i inne opowiadania*, Siedmioróg, Wrocław 2003, s. 146.

⁴¹ W. Szpilman, *Pianista*, 1998, P.; *Pianista*, reż. R. Polański, 2002, F.

⁴² S. Perel, *Hitlerjunge Salomon*, 1989, wspomnienia; *Europa Europa*, reż. A. Holland, 1990, F.

Inne przedstawienia wojny, zwłaszcza w popularnych od lat 60. filmach i serialach „wojennych” (*Most na rzece Kwai* – 1957, *Parszywa dwunastka* – 1967, *O jeden most za daleko* – 1977, *Szeregowiec Ryan* – 1998)⁴³ – tracą ten oddziałujący na wyobraźnię specyficzny charakter. W jego miejsce pojawia się sensacyjna „akcja”.

Lata 60. XX wieku to epoka eksperymentów formalnych: to wtedy powstała *Gra w klasy* (1963) – powieść, którą autor pozwala nam komponować, samodzielnie dobierając rozdziały; *Z zimną krwią* (1965) – jak twierdził autor: „pierwsza powieść dokumentalna”; a także będąca eksperymentem w konstruowaniu fabuły powieść *Zestaw do śmierci* (1967). W kontekście przedstawiania śmierci bardziej interesujące jest jednak to, że powstały w tym czasie trzy fabuły na swój sposób przełomowe – w tym sensie, że każda z nich proponowała coś nowego i każdą wielokrotnie naśladowano. Mam na myśli, po pierwsze, wspomnianą „powieść dokumentalną” *Z zimną krwią*; naśladowano nie tylko jej dokumentalne podejście do tematu, reporterski sposób zbierania materiału, styl pisanie, ale i (przede wszystkim) dobór tematów: morderstwo, losy morderców i kara śmierci. Po drugie, powieść *Oddział chorych na raka* Aleksandra Sołżenicyna (opublikowaną na emigracji w USA i Wielkiej Brytanii w 1968). Jest ona pierwszą znaną mi narracją fabularną poruszającą temat raka – opisany od razu w sposób wiernie przedstawiający doświadczenia szpitalne chorego pacjenta. Choć książka odczytywana była głównie jako alegoria totalitarnego Związku Radzieckiego, którą w istocie była, warto zauważyć, że pojawiła się ona w anglojęzycznym świecie w tym samym niemal czasie, co *Rozmowy o śmierci i umieraniu* Elisabeth Kübler-Ross⁴⁴ (1969) i pierwsze hospicjum założone przez Cicely Saunders (w 1967 roku)⁴⁵; czyli w momencie, który rozważałem jako początek końca „okresu milczenia”. Nie znalazłem powstałych przed tą powieścią przedstawień pokazujących umieranie na raka w tak realistyczny i bezpośredni sposób. Po trzecie, w tym samym niemal czasie powstał film *Love Story* (1970) – wielki kinowy hit i jeden z najbardziej znanych łzawych filmowych romansów

⁴³ *Most na rzece Kwai*, reż. D. Lean, 1957, F.; *Parszywa dwunastka*, reż. R. Aldrich, 1967, F.; *O jeden most za daleko*, reż. R. Attenborough, 1977, F.; *Szeregowiec Ryan*, reż. S. Spielberg, 1998, F.

⁴⁴ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit.

⁴⁵ Zob. E. Sikorska, op. cit.

ze śmiercią w tle. Śmierć w historiach miłosnych pojawiała się od zawsze (jako archetyp można tu chyba wskazać *Romea i Julię*), jednak wydaje się, że ten film wprowadził nową jakość. Jedno z kochanków umiera tu bowiem na raka (choć nazwa choroby nie pada ani razu wprost), a śmierć młodej bohaterki jest tak przejmująca, bo w powszechnym odbiorze – prawdopodobna.

Lata 70. i 80. przyniosły powrót „śmierci wojennej”. Bezpośrednim źródłem inspiracji i powodem powrotu tematu wojny stało się zaangażowanie USA w wojnę wietnamską (1965–1973). Pojawiły się takie filmy, jak *Johnny poszedł na wojnę* (1971), *Łowca jeleni* (1978), *Czas apokalipsy* (1979), *Ofiary wojny* (1989) i *Urodzony czwartego lipca* (1989). Losy żołnierzy z wojny wietnamskiej opisywał też nietypowy w tym zestawieniu film *Rambo. Pierwsza krew* (1982) i powstały nieco później *Forrest Gump* (1994). Powracają w tych filmach przedstawienia śmierci pojawiającej się niespodziewanie, czyhającej za każdym zakrętem, w chaotycznych, szokujących scenach. Znowu śledzimy losy rzuconych w wojenny wir jednostek, tym razem jednak także po powrocie do domu (co może być spowodowane faktem, że dopiero wtedy twórcy fabularnych przedstawień spotykali żołnierzy – w przypadku powieści o I i II wojnie światowej mieliśmy do czynienia z relacjami świadków). Widzimy, jak zmagają się z kalectwem (*Johnny poszedł na wojnę*, *Urodzony czwartego lipca*, *Forrest Gump*) i społeczną degradacją (*Łowca jeleni*, *Rambo*). Co ciekawe, w niektórych z tych filmów zastosowano narracyjny schemat, w którym najpierw obserwujemy sielankowe, „zwyckie” życie bohatera przed wojną (lub przynajmniej dowiadujemy się o nim), potem widzimy, jak potworności wojny go zmieniają (przede wszystkim psychicznie, ale czasem również fizycznie); wreszcie jesteśmy świadkami tego, jak bohater nie może się ponownie zaadaptować do społeczeństwa – jak wojenna trauma (związana głównie z doświadczeniami śmierci) uniemożliwia mu dalsze normalne funkcjonowanie. W amerykańskich filmach o wojnie wietnamskiej, tak jak w relacjach z I i II wojny światowej, pojawiają się także cywilne ofiary – tym razem jednak główni bohaterowie stoją po stronie oprawców.

W latach 90. mamy do czynienia z aż trzema powtarzającymi się, a niespotykanymi wcześniej (lub występującymi rzadko) motywami: pierwszym z nich jest umieranie na AIDS, drugim kara śmierci, trzecim zaś – przedstawienia procesu leczenia, chorowania i umierania w szpitalu.

Wspominałem już o książce Trumana Capote *Z zimną krwią* z lat 60. – wtedy była ona, według mojej wiedzy, ewenementem. W 1987 roku Krzysztof Kieślowski nakręcił słynny (również w Europie Zachodniej) *Krótki film o zabijaniu*. W połowie lat 90. w USA powstają (niemal w tym samym czasie): *Przed egzekucją* (1995), *Cena nadziei* (1996) i *Czas zabijania* (1996). Nieco później zaś przełamujące konwencje *Zielona Miła* (1999) i *Tańcząc w ciemnościach* (2000). W każdym z tych filmów pokazana jest zbrodnia (choć nie zawsze popełniona przez skazanego), następnie czas oczekiwania na karę, wreszcie – niezmiennie – brutalna i realistycznie przedstawiona scena egzekucji⁴⁶. W hollywoodzkich produkcjach z lat 1995–1996 występuje dodatkowy element – głębokie współczucie dla zbrodniarza; w dwóch z nich zaś – także motyw prawniczej batalii o ułaskawienie. Powstanie tych, podobnych w wielu warstwach, produkcji w jednym czasie pozwala podejrzewać, że stanowią one echo zintensyfikowanej debaty publicznej na temat stosowania kary śmierci w USA. Wszystkie wymienione dzieła można odczytywać jako wypowiedzi przeciwko tej praktyce.

Lata 90. przyniosły też wiele fabularnych przedstawień chorowania na AIDS. Choroba ta w latach 80. stała się w USA kolejną (po raku), którą opisywano za pomocą metafor plagi, zarazy, kary boskiej, inwazji – nową najstraszniejszą chorobą⁴⁷. Jednakże dopiero w latach 90. w USA pojawiły się sztuki teatralne, a następnie produkcje filmowe, w których pojawia się temat AIDS⁴⁸. W 1993 roku po raz pierwszy wystawiono w całości sztukę Tony’ego Kushnera *Anioły w Ameryce. Gejowska fantazja na motywach narodowych*. W tym samym roku powstał głośny film *Filadelfia*, a kilka lat później telewizyjny film *Gia* o znanej w latach 80. modelce, która zmarła na AIDS. Wypada zauważyć, że w fabułach tych – być może za sprawą powstałego w latach 80. stereotypu – na AIDS umierają zawsze homoseksualiści. Co również istotne, w przedstawieniach choroby, zwłaszcza w filmach, pojawia się odrażająca cielesność: obra-

⁴⁶ Wyjątkiem jest film *Cena nadziei*, w którym egzekucja się nie odbywa.

⁴⁷ Por. S. Sontag, *AIDS i jego metafory*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 91–181.

⁴⁸ Por. Rozmowy z Tonym Kushnerem zamieszczone w: T. Kushner, *Anioły w Ameryce. Gejowska fantazja na motywach narodowych*, przeł. J. Poniedziałek, Wydawnictwo TR, Warszawa 2007, s. 384–397.

zy wyniszczonych i zdeformowanych chorobą ciał bohaterów. AIDS ma jeszcze jeden ważny aspekt: wystawia bliskich chorej osoby na poważne dylematy moralne; od chorego na AIDS (upokarzającą, noszącą piętno występkę i zaraźliwą chorobę) każdy chce uciec.

Lata 90. wprowadziły jeszcze jeden rzadko podejmowany wcześniej temat, a może raczej tło narracyjnych przedstawień. Tym tłem i zarazem pobudzającym wyobraźnię miejscem akcji jest szpital. Pojawia się w pojedynczych scenach w filmach o AIDS. Pojawia się – i pozostaje miejscem akcji przez cały czas jej trwania – w serialu *Ostry dyżur* (kręconym od 1994 roku) i w licznych, zainspirowanych nim, podobnych serialach (w Polsce *Na dobre i na złe* – od 1999; ostatnio *Chirurdzy*, w oryginale *Grey's Anatomy* – od 2005). Szpitalne tło jest też w takich filmach, jak *Patch Adams* (1998) i *Ciemna strona miasta* (1999), gdzie uwaga skupia się już nie na życiu osobistym lekarzy, lecz na ich rozterkach związanych z wykonywanym zawodem (akurat w tych dwóch filmach na zupełnie różne sposoby). Przedstawienia umierania w szpitalu pojawiają się jeszcze liczniej po roku 2000 (*Udław się* – 2001, *Dowcip* – 2001, *Oskar i pani Róża* – 2002, *Inwazja barbarzyńców* – 2003, *Za wszelką cenę* – 2004, *Pozytywni* – 2005).

Owe przedstawienia szpitala i umierania w szpitalu można podzielić na dwie grupy: w pierwszej jest on neutralnym miejscem akcji, tylko scenografią (w serialach, ale też w filmie *Patch Adams* czy powieści *Oskar i pani Róża*). W drugiej jest noszącym głębokie znaczenie „miejscem-znakiem” – budzącym trwogę miejscem cierpienia, upokorzenia i izolacji, niemal przedsionkiem zaświatów (*Ciemna strona miasta*, *Dowcip*, *Udław się*, *Inwazja barbarzyńców*, *Za wszelką cenę*).

Należy dodać, że w latach 90. (a tak naprawdę w całym XX wieku) szczególnego znaczenia nabrał motyw wywołanego depresją samobójstwa (*Dzienniki Sándora Máraiego* – 1997, *Psychosis 4.48* Sarah Cane – 1999, *Genialny klan* – 2001). Pojawiły się osobiste, intymne relacje opisujące stany psychiczne związane z depresją i chorobą dwubiegunową, a zbiorową wyobraźnię pobudzały postaci słynnych twórców-samobójców (przykładem z lat 90. może być lider zespołu *Nirvana* Kurt Cobain i właśnie Sarah Cane)⁴⁹.

⁴⁹ Notabene w 2005 roku powstał opowiadający o samobójstwie Cobaina film fabularny: *Last Days* w reżyserii Gusto van Santa.

Wreszcie przełom wieków, a zwłaszcza pierwsze lata po roku 2000, przyniosły prawdziwą falę narracji fabularnych wykorzystujących motyw umierania na raka: *Ukryte pragnienia* (1996), *Magnolia* (1999), *I twoją matkę też* (2001), *Życie jak dom* (2001), *Genialny klan* (2001), *Oskar i pani Róża* (2002), *Inwazja barbarzyńców* (2003), *Czas, który pozostał* (2005), *Ballada o Jacku i Rose* (2005), *Źródło* (2006). Przedstawienia umierania na raka są bez wyjątku bardzo emocjonalne. Fabuły skupiają się najczęściej na relacjach bohaterów z umierającą bliską osobą (*Magnolia*, *Ballada o Jacku i Rose*, *Ukryte pragnienia*, *Źródło*) lub relacjach z bliskimi umierającego bohatera (*Życie jak dom*, *Inwazja barbarzyńców*, *Czas, który pozostał*). We wszystkich jednak to nie relacje zawiązujące akcję, ale właśnie emocje i psychologiczne przemiany bohaterów są najważniejsze. Ponadto, obok motywu raka pojawia się szczególnie typ narracji fabularnych, w którym tematem są uczucia głównego bohatera, borykającego się ze świadomością umierania. Przedstawienia umierania na raka są bardzo zróżnicowane, zaliczają się do wszystkich wyodrębnionych przeze mnie typów. Pojawienie się dużej liczby przedstawień zawierających motyw raka odczytuję jako przesłankę, że AIDS tylko przez krótki czas trwało na miejscu choroby najbardziej rozbudzającej wyobraźnię. Pozycja raka wydaje się niezagrożona.

W ostatnich latach duże emocje w debatach publicznych wywołały inne motywy: eutanazja (*Ciemna strona miasta* – 1999, *Porozmawiaj z nią* – 2002, *Inwazja barbarzyńców* – 2003, *W stronę morza* – 2004, *Za wszelką cenę* – 2004); zaskakująco nielicznie reprezentowany wśród fabularnych przedstawień motyw aborcji⁵⁰ (*Vera Drake* – 2004); motyw przeżywania żałoby po śmierci bliskiej osoby (*Między piekłem a niebem* – 1998, *Wszystko o mojej matce* – 1999, *Pokój syna* – 2001, *Mila księżycowego światła* – 2002, *Co kochałem* – 2003). Następnie motyw śmierci dziecka, który pojawia się także w: *Patch Adams* (1998), *Oskar i pani Róża* (2002) (co ciekawe, nie natrafiłem na fabuły, które podejmowałyby na przykład temat żałoby po zmarłych rodzicach). Kolejne motywy to: przedstawienie zaświatów (*Następna historia* – 1991⁵¹, *Między piekłem a niebem* – 1998, *Elisabeth Costello* – 2003); kalectwo niespowodowa-

⁵⁰ Określanej nieraz w publicznej debacie, głównie przez konserwatywnych komentatorów i katolickich duchownych, jako śmierć człowieka, a ponadto morderstwo.

⁵¹ C. Nooteboom, *Następna historia*, 1991, P.

ne ranami na wojnie (*Za wszelką cenę* – 2004, *W stronę morza* – 2004). Nie znalazłem żadnych jednoznacznych przedstawień śmierci ze starości (o starości pisał wiele Sándor Márai w *Dziennikach*, ale biorąc pod uwagę, że wspominał w nich też o planowanym przez siebie samobójstwie, jest to przykład wysoce nietypowy). Ostatnim motywem, o którym chciałem wspomnieć, a który pojawia się w filmie z 2006 roku (czyli na rok przez napisaniem tej pracy), jest mit poszukiwania źródła wiecznego życia i młodości (*Źródło* – 2006).

Powyższy chronologiczny opis przemian w przedstawianiu śmierci sporządziłem na podstawie dominujących motywów – powodów zgonu szczególnie pobudzających zbiorową wyobraźnię w danym historycznym momencie. Owe przemiany w zbiorowej wyobraźni były spowodowane nie tylko tym, że zmieniały się sposoby chorowania i przyczyny umierania, lecz także tym, że w debacie publicznej szczególne znaczenie nadawano różnym powodom śmierci. Ludzie umierali wszak na raka też przed latami 60., także przed książką Trumana Capote stosowano karę śmierci, a AIDS nie stało się w ostatnich latach mniejszym zagrożeniem. Jak wspominałem w części metodologicznej, uważam, że fabularne przedstawienia same w sobie współtworzą dyskurs o śmierci. W tym rozumieniu opisane wyżej przemiany można zinterpretować jako *formacje dyskursywne* – „regularności w obrębie przedmiotów, sposobów wypowiedzania, pojęć i wyborów tematycznych”⁵² w ramach szerszego euroatlantyckiego dyskursu o śmierci.

Dodam jednak, że także bardziej uchwytnie wydarzenia historyczne wpływały na wybór przedstawianych tematów: mam tu na myśli wojnę w Wietnamie i relacje z I i II wojny światowej. Zwłaszcza relacje przedstawiające doświadczenia ze światowych wojen w niewielkim stopniu są zapośredniczone przez publiczne debaty – były prawie zawsze osobistymi opisami bezpośrednich doświadczeń śmierci.

Przemiany w przedstawianiu śmierci mogą mieć także bardziej „praktyczne” i prozaiczne przyczyny – przychodzi mi na myśl polityka hollywoodzkich wytwórni filmowych: niejednokrotnie w jednym czasie wypuszczały one wiele produkcji na wspólny „gorący temat”, co wyjaśnić

⁵² M. Foucault, *Archeologia wiedzy*, przeł. A. Siemek, De Agostini, Warszawa 2002, s. 43–44. Zob. rozdz. *Metoda* mojej pracy.

może na przykład powstanie w tym samym mieście, w przeciągu dwóch lat, trzech wysokobudżetowych filmów o karze śmierci.

Niniejszy rozdział stanowi jedną z prób odpowiedzi na pierwotne pytanie o okres „milczenia”. Na ile można wywnioskować ze stworzonej przeze mnie listy przedstawień śmierci (która jest, jak zaznaczałem, tylko niekompletnym wyborem), nie było w XX wieku okresu, w którym w ogóle nie tworzone przedstawień śmierci. Jednak da się wyciągnąć wnioski, że pod koniec XX wieku liczba tych przedstawień, a także zakres ich form i poruszanych w nich tematów znacznie wzrosły. Pozostaje pytanie, na ile jest to związane z kulturowymi przemianami w radzeniu sobie ze śmiercią, a na ile choćby z przyspieszeniem powstawania nowych tekstów kultury, słabnącą pamięcią o tekstach powstałych dawniej, czy wreszcie momentem, w którym dokonałem tego przeglądu; robiąc to na początku XX wieku, prawdopodobnie łatwiej dostrzegałbym zróżnicowanie powstających wówczas tekstów. Temat kulturowych uwarunkowań dyskursu o śmierci rozwinąłem w rozdziale *Tabu i brud*, próbując po raz kolejny wrócić do pytania o „milczenie o śmierci”.

Zestaw tematów

Jako alternatywne podsumowanie zamieszczonego wyżej przeglądu chciałbym jeszcze raz zebrać motywy czy też *wymiary* śmierci, które pojawiają się w badanych przeze mnie narracjach fabularnych. Są one tylko w pewnym zakresie zbieżne z listą „powodów zgonu”. Chodzi tym razem o zestaw szczególnych wyborów tematycznych, charakterystycznych dla omawianego zbioru narracji fabularnych. Próby uchwycenia tych powracających tematów są w pewnym sensie kolejną listą *typów przedstawień* – wyłonioną teraz nie według sposobu przedstawiania, ale według tego, co jest przedstawiane. Jednakże każdy z tych tematów zdaje się powoływać pewną konwencję – można z nim skojarzyć zestaw wyborów stylistycznych, kierunek refleksji czy szczególną atmosferę:

1) **śmiertelna choroba** – choroba, o której się wie, że kończy się zgonem, która rozbudza wyobraźnię, tworząc mity i inspirując metafory, i która (między innymi tą właśnie drogą) powoduje napiętnowanie chorego. W XX wieku takimi chorobami były: dżuma, gruźlica, rak i AIDS. Jednakże szczególnego znaczenia, które odzwierciedliło się tu w liczbie fabularnych przedstawień, nabrały dwie ostatnie.

2) **śmierć wojenna** – nagła, przerażająca, wszechobecna i bezsensowna, zagrażająca zarówno jednostkom (zwłaszcza żołnierzom), jak i rodzinom, społecznościom, cywilom, a nawet całym kulturom (*Doktor Faustus*). W XX wieku odbicie w narracjach fabularnych najczęściej znajdowały I i II wojna światowa oraz amerykańska wojna w Wietnamie. Da się wyróżnić dwa typy przedstawień śmierci wojennej – w jednych pokazywana jest przez pryzmat doświadczeń jednostki (są to z reguły fabuły powstałe niedługo po wojnie); w innych (drugiego typu) – śmierć przychodzi podczas wielkich, masowych operacji wojennych lub heroicznych, brawurowych akcji i dotyka wiele pobieżnie przedstawionych lub anonimowych postaci (mam tu na myśli zwłaszcza fabuły przedstawiające II wojnę światową powstałe wiele lat po tej wojnie).

3) **kara śmierci** – stanowiąca budzącą trwogę groźbę podczas procesu, poprzedzona długim uwięzieniem, nieraz dopuszczająca nadzieję na wybawienie, mimo to jednak nieuchronna (i – co ciekawe – tylko w pojedynczych przypadkach niezawiniona). Sama egzekucja zawsze przedstawiona jest z dbałością o szczegóły, w sposób, który ma poruszyć odbiorcę i najczęściej także wywołać sprzeciw. W fabułach traktujących o karze śmierci z reguły pojawiają się też przedstawienia brutalnych morderstw, za które bohaterowie zostali skazani.

4) **samobójstwo** – zawsze w wyniku długotrwałych cierpień wywołanych stanami depresyjnymi (choć rzadko nazywanymi „depresją” jako chorobą). Gdy pojawia się w autobiograficznych, intymnych wyznaniach, jawi się jako coś, co zbliża się nieuchronnie, czego nie można powstrzymać i co jest raczej koniecznością niż czymś wyczekiwanym (*Dzienniki, Psychosis 4.48*); gdy samobójczą śmiercią giną bliskie osoby, śmierć ta jest czymś niezrozumianym, może wręcz stać się wielką tajemnicą, która dręczy przez resztę życia (*Samobójczynie*).

5) **eutanazja** – szczególny przypadek samobójstwa, w którym życie zostało już w pewnym sensie raz odebrane. W tych przedstawieniach śmierć nie jest groźbą, ale raczej wybawieniem, jest oczekiwana. Ma być skróceniem cierpień związanych ze stanem zdrowia. W szczególności całkowity paraliż powoduje pragnienie śmierci. Bohater, który nie godzi się na to, jak wygląda jego życie z chorobą lub po wypadku, sam decyduje się na śmierć (to zawsze jego wola); może nawet walczyć o prawo do eutanazji w sądzie (*W stronę morza*); ostatecznie jednak musi prosić bliskich o pomoc. Decyzja o udzieleniu takiej pomocy jest trudna, ale bliscy

w końcu ją podejmują; a wybór ten jest dla nich tyleż poświęceniem, co wyrazem miłości.

6) **śmierć bliskiej osoby** – przeżywana przez bliskich umierającego, powoduje zaburzenie porządku ich dotychczasowego życia (zarówno gdy śmierć jest nagła – wtedy opowieść skupia się na psychologii bliskich, jak i wtedy, gdy bliskie osoby towarzyszą umierającemu przed śmiercią – wtedy opowieść skupia się na przemianach w ich wzajemnych relacjach). Śmierć bliskiej osoby wymaga zwykle pewnego wysiłku, by przywrócić ład w życiu codziennym, a także w psychice. Ową bliską osobą bywa przyjaciel (*Ukryte pragnienia*, *Co kochałem*), mąż (zona) (*Brzezina*, *Między niebem a piekłem*, *Niebieski*), narzeczona (*Mila księżycowego światła*), może nią być też współwzięcie lub klient (w filmach o karze śmierci); szczególnym przypadkiem jest jednak:

7) **śmierć (własnego) dziecka** – która jawi się jako w największym stopniu zaburzająca dotychczasowe życie, powodująca największe psychiczne obciążenie i ból. Wymaga ona też szczególnego wysiłku na rzecz reorganizacji życia i przywrócenia psychicznej równowagi.

8) **żałoba** – w części opisanych dzieł fabuła skupia się konkretnie na wspomnianym wyżej procesie tracenia i przywracania ładu w życiu zapoczątkowanym przez śmierć bliskiej osoby. Po szoku, atakach histerii i rozpacz, zaprzeczaniu następują próby „odnalezienia się” w nowej rzeczywistości, przedstawione jako proces emocjonalnego dojrzewania, połączonego z praktycznymi zabiegami (mającymi jednak symboliczny czy też rytualny charakter), takimi jak zmiana miejsca zamieszkania, pozbywanie się rzeczy zmarłego, porzucenie dotychczasowej pracy, rozstanie z małżonkiem (gdy zmarło dziecko – na przykład w *Co kochałem*), czy szukanie bliskości nowego partnera⁵³.

9) **śmierć szpitalna** – jak wspomniałem już w opisie chronologicznym, szpital może być tylko miejscem akcji, tłem wydarzeń, może też jednak nabierać doniosłego znaczenia – „miejsca, w którym się umiera”, które budzi strach i repulsję, które jawi się niemal jako przedsiónek zaświatów. Szpital, wraz z jego wnętrzami, powstającymi w jego obrębie społecznymi relacjami, jego życiem codziennym i organizacją medycznej pracy, nabiera rangi dodatkowego, ukrytego tematu (zwłaszcza w najnowszych fabu-

⁵³ Por. rozdz. *Tabu i brud* – gdzie nawiązuję do kategorii *trajektorii cierpienia* i *modelu przebiegu procesów trajektoryjnych* Gerharda Riemanna i Fritza Schützego.

larnych przedstawieniach). *Śmiercią szpitalną* nazwałem przedstawienia śmierci, w których szpitalne otoczenie odgrywa szczególną rolę⁵⁴.

W omówionych przeze mnie przypadkach pojedynczo pojawiały się też tematy takie, jak: śmierć w zamachu terrorystycznym, wizje zaświatów, aborcja, kalectwo, starość. Nie opisałem ich oddzielnie jako rzadkich i nietypowych.

Nie rozważałem tutaj przedstawień śmierci o przyczynach takich, jak: bójka lub pojedynek, morderstwo na zlecenie, postrzał w wojnie gangów, katastrofa naturalna, epidemia, atak atomowy, najazd kosmitów, atak istoty nadprzyrodzonej (na przykład wampira, ducha), apokalipsa. Na wstępie postanowiłem je wykluczyć, jako typowe przedstawienia-„znak”, zbyt dalece odbiegające od dominującego doświadczenia śmierci.

Na koniec chciałbym opisać jeszcze jeden spośród „wymiarów śmierci” w fabularnych przedstawieniach XX wieku. Postanowiłem go wyodrębnić, ponieważ uważam go za w pewnym sensie wyjątkowy:

10) **moja śmierć** – to śmierć ukazana z perspektywy umierającej osoby. Mam tu na myśli przedstawienia, w których to główny bohater umiera i w których ma on świadomość umierania (na przykład wie o swojej „śmiertelnej” chorobie – dlatego motyw ten współwystępuje zwykle z motywem raka)⁵⁵. Opowiadana historia skupia się na psychologicznych stanach bohatera, a także na jego relacjach z otoczeniem, w tym szczególnie z bliskimi osobami. Powtarzają się elementy schematu „dojrzewania” do śmierci: zaprzeczanie i izolacja, gniew, targowanie się, depresja, pogodzenie się (opisane w *Rozmowach o śmierci i umieraniu* przez Elisabeth Kübler-Ross)⁵⁶. Istotną rolę odgrywa tu motyw „załatwiania ważnych spraw”⁵⁷, czyli godzenia się z bliskimi, ostatnich pożegnań, dokonania oceny własnego życia. Nieraz pojawia się szpitalna sceneria (*Inwazja barbarzyńców*, *Dowcip*, *Oskar i pani Róża*). W finale fabuły rozgrywa się

⁵⁴ Por. opis trajektorii pacjenta w rozdz. *Obszary doświadczenia* w empirycznej części mojej pracy.

⁵⁵ Por. rozdz. *Obszary doświadczenia* i *Metametafory i doświadczenie umierających* w empirycznej części mojej pracy.

⁵⁶ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit. Por. rozdz. *Obszary doświadczenia* w empirycznej części mojej pracy.

⁵⁷ Por. E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, przeł. E. Stahre-Godycka, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005.

czasem symboliczna scena, w której zmarły już bohater przemawia do nas z *offu*, jakoby z zaświatów, i metaforycznie podsumowuje swoje życie (*Gia*, *Dowcip*, *Życie jak dom*, *W stronę morza*). Finał może też zawierać symboliczną scenę lub przynajmniej sugestię zmartwychwstania (*Gia*) lub odrodzenia (*Czas, który pozostał*, *Filadelfia*).

NAUKI Z REWIZJI WŁASNYCH POMYSŁÓW

Max Weber w następnym kroku po utworzeniu typów idealnych zachęcał do „ustalenia w każdym poszczególnym przypadku, jak dalece rzeczywistość zbliża się bądź odbiega od tego idealnego obrazu (...)”⁵⁸.

W tym rozdziale spróbuję zdać sprawę z mojej uważnej lektury poszczególnych fabularnych przedstawień choroby i śmierci przez pryzmat utworzonych uprzednio typów idealnych.

Dla zrozumienia tego zabiegu istotny jest moment sformułowania typów: zrobiłem to bliżej początku badania, na podstawie kluczowych dla mojego projektu lektur i znanych mi dobrze powieści, filmów i dramatów. Były moimi pierwszymi autorskimi narzędziami intelektualnymi, które umożliwiły zaplanowanie kolejnych etapów badania. Poniższy raport zdaje sprawę z mojego powrotu do tych pierwotnych narzędzi, gdy zebrana przeze mnie kolekcja przedstawień choroby i śmierci była już o wiele bogatsza. Ma on za zadanie wskazać, na ile trafnie moje typy opisywały badane, tym razem uważniej, powieści, filmy i dramaty, kiedy napotykałem problemy z zastosowaniem typów (i w jakim zakresie), kiedy zaś okazywały się one nieadekwatne. Główną korzyścią, jaka płynie z takiej analizy, będą pojawiające się przy weryfikacji tych pierwotnych pomysłów interpretacyjnych nowe spostrzeżenia.

Problemy z realizmem – czyli śmierć-znak i śmierć „prawdziwa”

Spośród wszystkich utworzonych przeze mnie typów przedstawień właśnie te dwa określiłem jako najważniejsze. Również te dwa sprawiły

⁵⁸ M. Weber, „Obiektywność” poznania w naukach społecznych, przeł. M. Skweciński, [w:] A. Chmielecki (red.), *Problemy socjologii wiedzy*, PWN, Warszawa 1985, s. 81.

mi najwięcej kłopotów. Chciałbym krótko przypomnieć, jak je zdefiniowałem, dla jasności podając tym razem przykłady:

Śmierć-znak opisałem jako przedstawienie śmierci służące konstrukcji fabuły, stanowiące raczej środek dramatyzacji i kreowania atmosfery dzieła (służebny w stosunku do fabuły) niż próbę uczynienia śmierci tematem refleksji. Tworząc ten typ, miałem na myśli przede wszystkim takie dzieła, jak *Love Story* – w którym to nie śmierć bohaterki w finale jest tematem, ale wielka miłość jej i jej męża. Bez śmierci bohaterki film nie byłby dramatem, a miłość nie byłaby tak tragiczna i wzniosła, ale to nie o śmierć w tym filmie chodzi. Innym przykładem może być film *I twoją matkę też*, w którym dorosła przyjaciółka dwójki nastoletnich bohaterów dostaje wiadomość o swojej śmiertelnej chorobie (co zawiązuje akcję), jednak film nie opowiada o umieraniu, ale o młodzieńczej namiętności, zazdrości, przyjaźni i dojrzewaniu. Dopiero w finale widzowie poznają treść tejże wiadomości (informowała o raku) i dowiadują się, że bohaterka zmarła. Jeszcze innym przykładem jest serial *Sześć stóp pod ziemią*, w którym cała akcja dzieje się w domu pogrzebowym, w każdym odcinku ktoś umiera i jest grzebany, jednak nie o śmierci opowiadają poszczególne odcinki, a o relacjach (uczuciowych, rodzinnych) ludzi żyjących w tym dziwnym środowisku. Inne tego rodzaju dzieła to: *Śmierć w Wenecji*, *Komu bije dzwon*, *Śmierć komiwojażera*, *Mur*, *Gra w klasy*, *Genialny klan*, *Rambo* – na różne sposoby wykorzystany jest tu motyw śmierci, z reguły odgrywa zresztą ważną rolę (śmierć zawsze jest ważna), jednak w każdym z tych przypadków wykorzystuje się go przy okazji mówienia o czymś innym.

Śmierć „prawdziwa” miała oznaczać z jednej strony poważne potraktowanie tematu śmierci, postawienie go w centrum refleksji, a z drugiej strony próby odzwierciedlenia tego, jak ludzie „rzeczywiście” doświadczają śmierci. Tworząc ten typ, miałem na myśli takie przedstawienia choroby i śmierci, jak zawarte w fabułach: *Oddział chorych na raka*, *Filadelfia*, *Inwazja barbarzyńców*, *W stronę morza* czy *Dowcip* – w których bohaterowie skonfrontowani są z praktyką służby zdrowia, nie jest pominięta nieprzyjemna cielesność choroby, wiarygodnie oddana jest psychologia chorujących osób, a także wpływ choroby na ich życie, co razem każe przypuszczać, że przedstawienia te są, w jakimś zakresie, oparte na doświadczeniach twórców z ich własnego życia.

Jednakże adekwatność typu *śmierci „prawdziwej”* narzucała mi się również w stosunku do utworów pokazujących inne wymiary śmierci niż

te zawarte w dziełach z najbardziej typowej grupy. Było tak, z różnych powodów, choćby w przypadku: *Na Zachodzie bez zmian*, *Z zimną krwią*, *Krótki film o zabijaniu*, *Urodzony czwartego lipca*, *Dziennik Máraiego*, *Psychosis 4.48*, *Windows on the World*.

Pierwszym wnioskiem z systematycznego przeglądu utworów literackich i filmowych w optyce typów było to, że moje pierwotne, dość intuicyjne opisanie typów było niespójne, a przez to wprowadziło sporo zamieszania.

Zauważyłem także, że moja lektura dzieł była w istocie ich klasyfikowaniem (jako przynależących do jednego z dwóch opozycyjnych typów), w trakcie którego stosowałem kategorię *śmierci „prawdziwej”* w kilku dość łatwych do wskazania przypadkach: 1) gdy przedstawienia zdradzały ambicję uczynienia śmierci głównym tematem (a ściślej – gdy ja sam tak je interpretowałem); 2) gdy śmierć była w nich przedstawiana w sposób, który uznałem za realistyczny (czyli *de facto* zgodny z moim własnym jej wyobrażeniem i doświadczeniem⁵⁹); 3) gdy były w jakimś zakresie oparte na doświadczeniu twórców (czego mogłem się tylko domyślać, ewentualnie czerpiąc przypuszczenia ze znajomości ich biografii).

Doszedłem także do wniosku, że w mojej strategii porównywania typów z przedstawieniami śmierci, a także już w pierwotnej definicji *śmierci „prawdziwej”*, kryją się pewne normatywne założenia. Po pierwsze, że skuteczna próba podjęcia tematu śmierci powinna zawierać realistyczne przedstawienie umierania. Po drugie, że owa realność umierania, której poszukiwałem w przedstawieniach, jest zgodna z pewną jego wizją, odzwierciedlającą moje osobiste przekonania o tym, jak wygląda „dominujące” doświadczenie umierania⁶⁰. Ponadto, przekonania te sam mogłem wyrobić sobie w dużej mierze właśnie na podstawie narracyjnych przedstawień.

Spostrzeżenia te miały duży wpływ na moją decyzję o przeprowadzeniu badania w hospicjum (zazaczyłem już, że decyzję tę podjąłem dopiero na pewnym etapie zaawansowania prac i że była ona konsekwencją wstępnych poszukiwań). Te wstępne wnioski miały też wpływ na spo-

⁵⁹ Por. rozdz. *Doświadczenie badacza* mojej pracy.

⁶⁰ Nie oznacza to jednak, że moje pierwotne intuicje były zupełnie chybione. W dalszej części pracy pozostają przy tym terminie, będąc jednak świadomym jego problematyczności.

sób, w jaki rekonstruowałem dyskurs o śmierci – zauważyłem, że w dużej mierze oparty jest on właśnie na fabularnych przedstawieniach, obrazach śmierci, a nie na kontakcie z umierającymi w życiu codziennym⁶¹.

Poniżej krótko opisuję przypadki, w których przyporządkowanie typów nie było oczywiste, a zwłaszcza gdy jednemu przedstawieniu można było przypisać oba typy (zbudowane wszak na zasadzie opozycji). Sytuacje te na różne sposoby podważały związek realistycznej konwencji przedstawiania ze skutecznym problematyzowaniem śmierci.

Po pierwsze: również realistyczne i sprawiające wrażenie zakorzenionych w doświadczeniu przedstawienia śmierci, występowały w roli „znaków” – elementów konstrukcji fabuły, których głównym tematem nie była śmierć (choć z reguły odgrywała w nich ważną rolę). Było tak w przypadku dzieł: *Gia*, *Anioły w Ameryce*, *Wszystko o mojej matce*, *Ciemna strona miasta*, *Podziemny krąg*, *Tańcząc w ciemnościach*, *Za wszelką cenę*, *Co kochałem*, *I twoją matkę też*, *Mała miss*, *Pusty dom*. Takie realistyczne przedstawienia w roli „znaków” pojawiały się często jako wątki poboczne lub elementy „tła” wątków głównych. Było tak choćby w przypadku seriali medycznych (*Ostry dyżur*, *Chirurdzy*, *Na dobre i na złe*) i filmów o lekarzach (*Patch Adams*), a także w dziełach o wojnie – wojenną traumę bohatera ilustrują zawsze liczne obrazy śmierci towarzyszy broni (*Na Zachodzie bez zmian*, *Urodzony czwartego lipca* itd.). Realistyczne przedstawienia choroby i śmierci mają też niekiedy funkcję „udziwnienia” głównego wątku fabularnego lub tematu. Przykłady: *Genialny klan*, *Udław się*, *Mała miss*, *Sześć stóp pod ziemią*.

Po drugie: za ambitne próby podjęcia tematu śmierci można uznać wiele narracji fabularnych niezawierających realistycznych przedstawień (*Piętno śmierci*, *Niebieski*, *Ballada o Jacku i Rose*) lub na różne sposoby „odrealniających” śmierć (przykładem może być tu choćby *Siódma pieczęć* Bergmana – choć można się w tym przypadku zastanawiać, czy to właśnie umieranie jest tu tematem, czy ludzka egzystencja w ogóle).

⁶¹ Do kwestii tych wracam w części pracy poświęconej temu dyskursowi – zob. podrozdz. *Mit śmierci oswojonej* w rozdz. *Emancypacja umierających*; zob. rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka oraz Tabu i brud*. W dalszym ciągu relacji dotyczącej stosowania typów śmierć-znak i śmierć „prawdziwa” pomijam częściowo powyższe wnioski i używam słowa „realistyczny” w potocznym rozumieniu.

Po trzecie: znalazłem wiele przedstawień opartych na doświadczeniach z historii życia (na co wskazują spisane biografie twórców), ale które używane są w fabułach, w których śmierć nie wydaje się najważniejsza (na przykład *Podróż do kresu nocy*, *Komu bije dzwon*, *Stalowe magnolie*).

Spróbujmy teraz spojrzeć, przy wykorzystaniu typów *śmierci-znak* i *śmierci „prawdziwej”*, na opisane w poprzednim rozdziale wymiary śmierci.

W przypadku przedstawień śmiertelnych chorób trudno jest zauważyć jakąś regułę – pojawiają się przedstawienia zarówno realistyczne, jak i niezdradzające takich ambicji; zaledwie w roli „znaku” narracji, jak i stanowiące główny temat. Zauważyłem jednak, że przedstawienia „starych” chorób – gruźlicy, syfilisu, cholery – pojawiają się raczej jako element konstrukcji fabuły niż jako jej temat, podczas gdy AIDS i rak częściej stanowią główny problem dzieła – to, o czym chce się coś powiedzieć. W obu przypadkach śmiertelna choroba jawi się jako coś kluczowego, ważnego – wywołuje lub kończy akcję, jest jej głównym kontekstem, kluczem do interpretacji.

W narracjach fabularnych dotyczących kary śmierci zwykle pojawiają się bardzo realistyczne, precyzyjnie zrekonstruowane przedstawienia egzekucji. Raczej nie można powiedzieć, że fabuły te stanowią próby zmierzenia się z tematem śmierci w ogóle – zawierają za to refleksje na temat etycznej strony zabijania skazańców. Szczególną rolę w tym fabularnym wypowiedzaniu się o karze śmierci odgrywa bardzo „prawdziwy” *Krótki film o zabijaniu*.

W przypadku motywu samobójstwa sam moment samobójczej śmierci może w ogóle nie być przedstawiony, nawet gdy samobójstwo jest ważnym tematem utworu. Mam na myśli *Psychosis 4.48*, w jakimś sensie też *Dziennik Sándora Máraiego*, o których wiemy, że przedstawienia te były silnie związane z osobistym doświadczeniem – pewnością zbliżania się śmierci. Znalazłem też kilka przypadków, w których, choć samobójstwo jest tylko elementem konstrukcji fabuły, to pojawia się jego realistyczne przedstawienie (samego aktu, opatrunków, ran – *Genialny klan* lub *Mała miss* w scenach w szpitalu).

Jeśli chodzi o temat eutanazji, to wszystkie analizowane narracje zawierające ten motyw uznałem za poważne próby podjęcia tematu. Wszystkie zawierały również realistyczne przedstawienia stanu sparaliżowanej osoby (*W stronę morza*, *Za wszelką cenę*) lub osoby będącej

w śpiączce (*Porozmawiaj z nią*). Film *Za wszelką cenę* jest szczególnie, bo motywy paraliżu i eutanazji pojawiają się tu na samym końcu – w roli głównego punktu zwrotnego i finału – ale nadają wymowę całości filmu. Ciekawy jest też, oparty na prawdziwych wydarzeniach, film *W stronę morza*, w którym dominują sceny pokazujące życie codzienne sparaliżowanego bohatera, lecz który zawiera także „odrealniające” fragmenty, mające najwyraźniej ilustrować stan jego ducha (na przykład gdy wstaje z łóżka i wylatuje przez okno – dosłownie *w stronę morza*).

Jeśli chodzi o motywy śmierci bliskiej osoby, śmierci dziecka i żałoby, narracje fabularne, które je zawierały, z reguły były budowane według pewnego schematu fabularnego: śmierć stanowiła wyjściowy impuls rozpoczęcia narracji (*Niebieski, Mila księżycowego światła, Kiedy umieram*) lub główny punkt zwrotny fabuły (*Co kochałem, Pokój syna, Mała miss*), będąc tym samym głównym elementem konstrukcji fabuły. Wśród filmów z tej grupy pojawiały się zarówno takie, które można zinterpretować jako poważnie, traktujące o doświadczeniu śmierci bliskich (*Pokój syna, Niebieski*), jak i te, w których tematem głównym było coś innego lub w których taka śmierć była wątkiem pobocznym (*Mila księżycowego światła, Mała miss*).

Jak zaznaczyłem na wstępie, to przedstawienia, w których pojawia się codzienna, medyczna, nieprzyjemna strona chorowania, uznałem pierwotnie jako bliższe śmierci „prawdziwej”. Takie przedstawienia pojawiają się zwłaszcza w przypadku motywu *śmierci szpitalnej* – ułożonej w szpitalnej scenografii i uwzględniającej praktykę pracy medycznej. Można je uznać za próby odzwierciedlenia warunków, w jakich ludzie w późnonowoczesnych społeczeństwach najczęściej stykają się ze śmiercią.

Próbami tematyzacji „współczesnego umierania” wydają mi się szczególnie przedstawienia *mojej śmierci* – ukazanej z perspektywy jednostki żyjącej ze świadomością, że to ona sama umiera. Jednakże – jak zaznaczyłem, opisując ów wymiar przedstawiania śmierci – również w tych dziełach, obok scen codzienności choroby, biograficznych perypetii i psychologicznych przemian związanych z wiadomością o chorobie, obecne są zastosowania śmierci w fabularnych schematach czy „odrealniające” ją symboliczne i metaforyczne sceny⁶².

⁶² Por. podrozdz. *Śmierć brudna – śmierć czysta*.

Metafory, które zakrywają – czyli śmierć jako metafora i metafory śmierci

Pojęcie śmierci łatwo wchodzi w związki metaforyczne. Dzieje się tak zarówno w obrębie prostych metafor utrwalonych w języku (zamarł w bezruchu, silnik zdechł), metaforycznych frazeologizmów (śmiertelnie poważny, umarł w butach, *la petite mort*), jak i w ramach rozbudowanych opowieści, kompletnych fabuł, dla których metafory wykorzystujące pojęcie śmierci stanowią zakodowany w treści (choć nie zawsze oczywisty) klucz. Tworząc typy przedstawień dotyczące metafor, chciałem zwrócić uwagę właśnie na ten słabo widoczny element kulturowego obrazu śmierci. Poniżej przypominam definicje i przytaczam kilka przykładów.

Śmierć jako metafora to przedstawienie, w którym pojęcie śmierci nadaje znaczenie innemu zjawisku, będącemu z reguły głównym obszarem refleksji. Wśród zebranych narracji fabularnych znalazłem między innymi takie metafory:

W sztuce *Śmierć komiwojażera* tytułową śmierć bohatera (samobójstwo dokonane w obliczu społecznej degradacji i z powodu nieracjonalnych fantazji o poprawieniu sytuacji materialnej rodziny) można odczytywać jako metaforę nierealności *American dream* – marzeń o szybkim awansie „od pucybuta do milionera”, śnionych na jawie przez obywateli społeczeństwa, w którym awans społeczny z poziomu klas niższych jest bardzo utrudniony.

W powieści *Doktor Faustus* genialny kompozytor świadomie zaraża się syfilisem; pojawia się sugestia, że to śmiertelna choroba, zaatakowawszy głównie mózg bohatera, zapewnia mu ponad dwadzieścia lat intensywniej i błyskotliwej pracy twórczej (co dzieje się dzięki szatańskim sztuczkom); następnie kompozytor popada w obłąd, traci zupełnie świadomość i wreszcie umiera w zapomnieniu. Pewne fragmenty powieści (na przykład wzmianki narratora o bombardowaniu niemieckich miast) pozwalają interpretować historię kompozytora jako rozbudowaną metaforę upadku genialnej niemieckiej kultury pod rządami nazistów: rządy te zostały przyjęte przez społeczeństwo na drodze świadomego wyboru (jak celowe zarażenie się syfilisem od prostytutki), zaatakowały (niczym choroba) społeczny organizm Niemiec, by wreszcie rozprzestrzenić się (jak zaraza) po całej Europie i doprowadzić do ostatecznej degradacji społeczeństwa i jego upadku pod koniec wojny. Mamy tu więc do czy-

nienia z rozbudowaną metaforą (lub też zbitką metafor) w postaci: FA-SZYŻM DLA NIEMIECKIEJ KULTURY TO ŚMIERTELNA CHOROBA WENERYCZNA DLA SUBTELNEGO GENIUSZA⁶³, co przy swobodnej interpretacji pasuje do typu *śmierć jako metafora*.

Inne przykłady dla tego typu: *Czas życia i czas śmierci* (WOJNA TO CZAS ŚMIERCI), *Oddział chorych na raka* (TOTALITARNE PAŃSTWO TO ODDZIAŁ CHORYCH NA RAKA), *Samobójczynie* (NEGATYWNE PRZEMIANY KULTURY AMERYKAŃSKIEJ TO SAMOBÓJSTWO NASTOLATEK)⁶⁴.

Jako *metafory śmierci* określiłem przedstawienia, które nadają śmierci znaczenia związane z innymi pojęciami (czyli nadają jej swoją semantyczną strukturę, sprawiają, że rozumiemy śmierć w kategoriach używanych zwykle do opisu innego zjawiska).

Przykładem takiej *metafory śmierci* może być antropomorfizacja – przedstawienie śmierci jako człowieka (metafora ŚMIERĆ TO OSOBA). Taka metafora pojawia się na przykład w filmie *Siódma pieczęć*, gdzie w słynnej scenie, zapożyczonej ze średniowiecznej ikonografii, rycerz gra ze śmiercią (postać w czarnej szacie i o bladej twarzy) w szachy. Metaforyczne przedstawienie ŚMIERĆ TO OSOBA pojawia się też w filmie *Joe Black*; tym razem jednak śmierć przybiera postać przystojnego amanta (granego przez Brada Pitta).

W powieści *Zestaw do śmierci* cała fabuła jest skomplikowaną *metaforą śmierci*: sensacyjna opowieść okazuje się w finale snem przebywającego w śpiączce, umierającego po próbie samobójczej pacjenta. Podróż pociągami przez tunel budzi skojarzenia z popularną wizją przechodzenia do zaświatów. Zabicie przez bohatera umięśnionego, spoconego

⁶³ Korzystam tu z metody tworzenia wyidealizowanych modeli metafor G. Lakoffa i M. Johnsona (a także z ich sposobu zapisu modeli) – zob. G. Lakoff i M. Johnson, op. cit. Wykorzystuję tę metodę w odniesieniu do rozległych konstrukcji metaforycznych zainspirowany pomysłem B. Fatygi i P. Zielińskiego: B. Fatyga, P. Zieliński, *Tempus fugit. Analiza metafor czasu – propozycja metodologiczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2006, nr 1, http://www.qualitativesociologyreview.org/PL/Volume2/PSJ_2_1_Fatyga_Zielinski.pdf [dostęp 10.12.2015]. Powtórnie wykorzystam ten sposób tworzenia i zapisywania modeli metafor w rozdziałach analizujących system metaforyczny wywiadów w części 3 mojej pracy.

⁶⁴ W tym przypadku tylko w traktowanej przez narratora z dystansem interpretacji jednej z postaci – por. opis dzieła w aneksie.

robotnika można zinterpretować jako senną manifestację zamachu samobójcy na własną cielesną powłokę. Romans z nowo poznaną piękną kobietą można odczytać jako nieświadome „trzymanie się” życia i zawahanie przed przejściem na drugą stronę (i tak dalej). Bohater, zanim umrze, musi w obrębie swej nieświadomości „zebrać” elementy tytułowego zestawu – wspomnienia, marzenia, lęki, wizje – by wreszcie przygotować się na odejście i „wybrać” śmierć⁶⁵. Całość opisać można metaforami: UMIERANIE TO SENSACYJNA HISTORIA, czy też UMIERANIE TO PODRÓŻ, a także ŚMIERĆ (OSOBY W ŚPIĄCZCE) TO NIEŚWIADOMY WYBÓR (choć jest to spłaszczeniem dzieła Sontag, które zbudowane jest z wielu piętér metafor).

Ciekawa *metafora śmierci* jest zawarta w konstrukcji powieści *Oskar i pani Róża* – każdy z ostatnich dni życia umierającego na raka dziecka przedstawiony jest jako kolejny ważny etap biografii dorosłego człowieka (i kolejne ważne życiowe doświadczenie). Całość układa się w metaforę: DNI ŻYCIA DZIECKA TO DZIESIĘCIOLECIA ŻYCIA DOROSŁEGO CZŁOWIEKA (tak jest to sformułowane w powieści wprost), lub prościej: ŻYCIE UMIERAJĄCEGO DZIECKA TO CAŁE ŻYCIE LUDZKIE. Metafora ta oświeśla poruszony tu problem śmierci dziecka na nowo, w niestandardowy sposób.

Inne przykłady *metafor śmierci*: *Popiół i diament* (ZMARLI TOWARZYSZE TO ZAPALONE ZNICZE – w jednej ze scen, gdy bohater podpala w barze kieliszki z wódką), *Łowca jeleni* (ŚMIERĆ WOJENNA TO POLOWANIE), *Życie jak dom* (ZAŁATWIANIE „WAŻNYCH SPRAW” PRZED ŚMIERCIĄ TO BUDOWANIE DOMU).

Pośród przedstawień, którym przypisałem typ *śmierć jako metafora*, pojawiły się też takie, które można określić jako rodzaj rozbudowanej metonimii (myślenia metonimicznego). Chodzi mi o fabuły przedstawiające los większej zbiorowości, na przykład ludzi zmarłych na wojnie (*Na Zachodzie bez zmian*, *Czas życia i czas śmierci*, *Popiół i diament*) czy też w zamachu terrorystycznym (*Windows on the World*) z perspektywy jednostek – bohaterów przedstawienia. Jest to istotna cecha opowiadania historii

⁶⁵ Podobną, choć bardziej złożoną interpretację, proponuje Larry McCaffery w posłowie do książki Sontag: L. McCaffery, *Posłowie*, [w:] S. Sontag, *Zestaw do śmierci*, przeł. A. Kołyszko, PIW, Warszawa 1989, s. 349–368.

w ogóle, a zwłaszcza opowiadania o doniosłych, zbiorowych doświadczeniach, które konstytuują pokolenia. Fabuły te można zinterpretować jako metafory o postaci LOS POKOLENIA TO TRAGICZNY LOS (ŚMIERĆ) BOHATERA, a podkreślając ich metonimiczny charakter: LOS BOHATERA ZA LOS POKOLENIA (chodzi o metonimię CZĘŚĆ ZA CAŁOŚĆ).

Dodam na marginesie, że takie rozbudowane „ukryte” metafory pojawiały się często w dziełach wybitnych, zwłaszcza w powieściach bardzo wysokiej próby literackiej (*Dżuma*, *Na Zachodzie bez zmian*, *Oddział chorych na raka* i inne).

Powinienem wspomnieć o jeszcze jednym powodzie, dla którego zdecydowałem się przeprowadzić analizę metaforyki fabularnych przedstawień. Wkrótce po podjęciu decyzji o zajęciu się metaforami postawiłem pewną hipotezę: spodziewałem się, że rozbudowane metaforyzacje pojęcia śmierci (typ *metafory śmierci*), zgodnie z objaśniającą funkcją metafor opisaną w kognitywnej teorii metafory⁶⁶, będą używane jako próby przybliżenia tematu śmierci, wyjaśniania jej, mówienia o niej. Tym samym spodziewałem się, że będą się zbliżały do typu *śmierci „prawdziwej”*. Moja hipoteza okazała się trafna w stosunku do następujących narracji fabularnych: *Łowca jeleni* (śmierć wojenna przyrównana do polowania), *Czas apokalipsy* (śmierć wojenna jako apokalipsa, egzekucja jako rytualny ubój), *Popiół i diament* (imiona zmarłych towarzyszy wymieniane przy zapalaniu symbolicznych zniczy, zapalanie zniczy jako akt żałobny, każdy znicz to jeden przyjaciel⁶⁷), *Życie jak dom* (załatwianie „ważnych spraw” przed śmiercią jako budowanie domu), *Oskar i pani Róża* (ostatnie dni umierającego dziecka jako etapy życia dorosłego człowieka – inaczej: krótkie życie umierającego dziecka to całe życie, które posiada). We wszystkich tych fabularnych przedstawieniach można odkryć metafory, które na różne sposoby interpretują śmierć (*Łowca jeleni*, *Czas apokalipsy*, *Życie jak dom*) lub metaforycznie „wymawiają” to, co trudno powiedzieć (*Popiół i diament*, *Oskar i pani Róża*).

Podjrzywałem też, że używanie śmierci jako metafory może powodować przesunięcie tematu śmierci poza główny obszar refleksji i tym

⁶⁶ Por. *Teza o niezbędności* (7) u O. Jäkela przytoczona w rozdz. *Metoda*. Zob. O. Jäkel, op. cit. s. 44.

⁶⁷ Choć tu to nie cała fabuła „mówi”, a jeden z bohaterów.

samym uczynić ją „znakiem”. Intuicja ta pochodziła od spostrzeżenia, że utrwalone w języku metafory wykorzystujące pojęcie śmierci często trywializują je, niejako umniejszają jego wagę (jak na przykład w przytoczonych na początku podrozdziału frazeologizmach). Można powiedzieć, że takie stworzenie „znaku” za pomocą metafory pojawiło się w przypadku sztuki *Śmierć komiwojażera* (NIEREALNOŚĆ AMERYKAŃSKIEGO MARZENIA TO ŚMIERĆ KOMIWOJAŻERA) – chodzi tu o refleksję nie nad śmiercią, ale nad amerykańską kulturą. Podobne zjawisko dostrzegamy w powieści *Samobójczynie* – tym razem w powtarzanej przez fikcyjnych medialnych ekspertów diagnozie (NEGATYWNE PRZEMIANY W KULTURZE TO SAMOBÓJSTWO NASTOLATEK); ci eksperci nie mówili o śmierci, ale próbowali krytykować kulturę.

Spostrzegłem jednak, że moja hipoteza jest błędna i że sprawdza się tylko w niewielu przypadkach. Metafory bowiem mogą pełnić też odwrotne funkcje (*śmierć jako metafora* – „mówić”, a *metafory śmierci* – „zakrywać”), nie ma zatem sensu łączyć „kierunku” metafory ze skutecznością dyskursywizacji tematu śmierci⁶⁸. Staje się to widoczne, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę najważniejszy element definicji *śmierci* „prawdziwej” – jej odniesienia do dominującego doświadczenia umierania.

Przykładem „zakrywającego” doświadczenie efektu *metafory śmierci* może być przedstawienie śmierci jako osoby (ŚMIERĆ TO OSOBA – w przypadku filmu *Joe Black* o twarzy uśmiechniętego blond młodzieńca). Innym przykładem jest powieść *Zestaw do śmierci* Susan Sontag (autorki jak wiadomo wyczulonej na niebezpieczne metaforyzacje), gdzie metaforą umierania jest sensacyjna historia z elementami romansu (umieranie nie wydaje mi się sensacyjne i w niewielkim stopniu przypomina romans).

Przedstawianie *śmierci jako metafory* może z kolei zawierać realistyczne przedstawienia w jakimś zakresie zakorzenione w doświadczeniu, będące w dodatku próbami mówienia o umieraniu. Przykładami mogą tu być: *Dżuma* (ZŁO/WOJNA TO ŚMIERTELNA CHOROBA), *Oddział chorych na raka* (TOTALITARNE PAŃSTWO TO ODDZIAŁ CHORYCH NA RAKA) czy fabuły o doświadczeniach pokoleniowych,

⁶⁸ Ponadto należy pamiętać, że nie każde jej przedstawienie ma taką ambicję.

w których używając śmierci bohatera jako reprezentacji losu tragicznie zmarłych z rzeczywistego świata, próbuje się mówić o ich trudnej do zaakceptowania śmierci.

Dodam jeszcze, że „zakrywający” aspekt metafory wspomniany jest w jednym z elementów kognitywnej teorii metafory: metafora, opisując pojęcie, zawsze uwypukla tylko pewne jego cechy i znaczenia, inne zaś zakrywa⁶⁹. Każe to podejrzewać, że właśnie *metafory śmierci* mogą w szczególny sposób zakrywać pewne istotne aspekty umierania⁷⁰.

Wątek fabularnych metafor chciałbym zakończyć ponownym odwołaniem do listy wymiarów śmierci. Zauważyłem, że podstawami fabularnych metafor stają się zwłaszcza dwa z nich. Pierwszy to *śmiertelna choroba*, na przykład: *Doktor Faustus* (FASYZM TO SYFILIS), *Dżuma* (ZŁO TO DŻUMA, WOJNA TO DŻUMA), *Oddział chorych na raka* (TOTALITARNE PAŃSTWO TO ODDZIAŁ CHORYCH NA RAKA, a także: KORUPCJA TOCZĄCA PAŃSTWO TO RAK TOCZĄCY CIAŁO). Drugi to *śmierć wojenna* – na przykład: *Łowca jeleni* (WOJNA TO POLOWANIE), *Czas apokalipsy* (WOJNA TO APOKALIPSA), *Czas życia i czas śmierci* (WOJNA TO CZAS ŚMIERCI).

Książka zmieniająca wyobrażenia – czyli śmierć dzika i śmierć oswojona

To rozróżnienie, ważne w moim przekonaniu dla całego dyskursu o śmierci, dotyczy postaw wobec śmierci osób, które się z nią bezpośrednio spotykają. Postanowiłem je wykorzystać przy tworzeniu typów przedstawień, by prześledzić, jakie postawy prezentują bohaterowie narracji fabularnych.

Śmiercią dziką nazwałem przedstawienia, w których śmierć ukazana jest jako coś trudnego do zaakceptowania, na co człowiek nie może się zgodzić, wywołującego silne emocje, w tym strach, niezgodę i zaprzeczanie.

Przedstawienia takie znajdowałem w narracjach fabularnych dotyczących większości „wymiarów” śmierci. Śmierć wojenna prawie zawsze

⁶⁹ Por. *Teza o ogniskowaniu* (9) u O. Jäkela przytoczona w rozdz. *Metoda*. Zob. O. Jäkel, op. cit., s. 44.

⁷⁰ Por. z analizą metafor z wywiadów, a zwłaszcza rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

jest nieakceptowana i straszna (*Na zachodzie bez zmian, Podróż do kresu nocy, Johnny poszedł na wojnę, Łowca jeleni, Czas apokalipsy*)⁷¹. Podobnie jest w przedstawieniach z motywem kary śmierci (*Krótki film o zabijaniu, Przed egzekucją, Cena nadziei, Zielona Miła, Tańcząc w ciemnościach*). Nawet w przedstawieniach z motywami samobójstwa i eutanazji śmierć nie wydaje się przyjmowana spokojnie i bez sprzeciwu. Problemy z akceptacją śmierci stają się szczególnie ważnym wątkiem narracji fabularnych, w których pojawia się motyw śmierci bliskich osób (*Stalowe magnolie, Niebieski, Pokój syna, Co kochałem*). Największą zaś rolę odgrywają w książkach i filmach, gdzie to główny bohater umiera (*Czas, który pozostał, Dowcip, Inwazja barbarzyńców, Życie jak dom*).

Śmiercią oswojoną nazwał przedstawienia, w których śmierć jest akceptowana i przyjmowana ze zgodą, jest bliska człowiekowi i nie budzi silnych emocji, jest też raczej widoczna niż „schowana”.

Szybko zauważyłem, że przedstawienia bliskie tej definicji pojawiły się w niewielu narracjach fabularnych. „Oswojenie” nie było też całkowite lub przybierało specyficzne formy. Przykładem mogą tu być (ponownie) tradycyjne przedstawiania śmierci-postaci, jak w przywołującym tę tradycję filmie *Siódma pieczęć*: śmierć ma tu postać osoby, z którą można porozmawiać, pożartować, pójść na układ, a nawet zagrać w szachy⁷².

W innych fabularnych przedstawieniach śmierć jest nie tyle oswojona, ile „oswajana” – bohaterowie czynią wysiłki, by ją oswoić. W filmie *Patch Adams* bohater odwiedza w szpitalu chore na raka dzieci przebrany za kłowna. W powieści *Oskar i pani Róża* wolontariuszka opowiada umierającemu dziecku fantastyczne historie, każe mu spróbować porozmawiać z Bogiem i wreszcie pomaga mu dokonać reinterpretacji jego przedwczesnego umierania⁷³. W filmie *Mała miss* (z 2006 roku) widzimy z kolei, jak rodzina stojąca w obliczu śmierci (dwukrotnie), natychmiast, otwarcie i wyczerpująco tłumaczy to zjawisko ośmioletniej dziewczyn-

⁷¹ Choć może w mniejszym stopniu we wspomnianych sensacyjnych przedstawieniach wojny.

⁷² W filmie *Joe Black*, oprócz powyższych czynności, ze śmiercią można zjeść rodzinny obiad, odbyć wycieczkę po swoim miejscu pracy, a nawet uprawiać seks.

⁷³ Por. z charakterystyką trajektorii cierpienia i modelu przebiegu procesów trajektorijnych Gerharda Riemanna i Fritza Schützego w rozdz. *Tabu i brud*. Por. rozdz. *Obszary doświadczenia*.

ce. Wszystkie te przedstawienia nie pokazują śmierci przyjmowanej ze zgodą, ale sugerują możliwość wykonania pewnej pracy na rzecz jej oswojenia.

Wspomniałem, że w przedstawieniach, w których główny bohater boryka się ze śmiercią (motyw *mojej śmierci*), śmierć dzika odgrywa szczególną rolę. Jednak opozycyjny typ przedstawiania nieraz w nich współwystępuje. Pojawia się w nich bowiem zwykle pewien fabularny schemat, w obrębie którego bohater przechodzi przez kolejne etapy „dojrzewania” do śmierci. Owo, jak to nazwałem, dojrzewanie polega właśnie na przejściu w obrębie fabuły od przedstawienia *śmierci dzikiej* (gdy bohater, dowiedziawszy się o chorobie, przeżywa szok, jest sfrustrowany, wybucha gniewem, prowokuje konflikty) do przedstawienia *śmierci oswojonej*, kiedy „pogodził się” już ze śmiercią, uporządkował swoje „ważne sprawy” (na przykład zażegnał dawne konflikty z rodziną, rozliczył się z życiowymi błędami) i może spokojnie pożegnać się z rodziną i przyjaciółmi⁷⁴. Pojawiają się też wtedy sceny „publicznej” śmierci w otoczeniu bliskich, a już po śmierci – symboliczne sceny, niejako „przezwyćżające” i kompensujące traumę umierania, sugerujące, że śmierć jest naturalną kolejną rzeczą (przywołanie dzieciństwa – swoisty motyw powrotu) lub zamieniające doświadczenie bohatera w pożyteczną lekcję dla żywych (przemówienia z *offu*)⁷⁵.

Ta sama śmierć bohatera narracji fabularnej może też nabrać wydźwięku *śmierci dzikiej* lub *oswojonej*, zależnie: od tego, kto na nią patrzy (*Brzezina* – Staś umiera pogodzony ze śmiercią, Bogusław nie może się pogodzić ze śmiercią brata, a także ze śmiercią żony); od tego, na jakim świecie toczy się akcja (*Między niebem a piekłem* – na Ziemi śmierć jest traumatyczna, zaświaty to miejsce połączenia się z bliskimi w pięknej scenerii); od tego, gdzie się umiera, i od tego, czy ma się nad swoim

⁷⁴ Por. ze schematem etapów umierania opisanym przez E. Kübler-Ross: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit.; a także ze schematem trajektorii umierania opisanym przez Anselma Straussa – zob. np. A. Strauss, *Dying trajectories, the organization of work and expectations of dying*, [w:] D. Dickenson, M. Johnson (red.), *Death, Dying and Bereavement*, Sage Publications, London–Thousand Oaks–New Delhi 1996, s. 213–218. Por. rozdz. *Obszary doświadczenia* mojej pracy, gdzie pojawiają się przesłanki każące podać w wątpliwość związek takiego modelu z doświadczeniem umierających.

⁷⁵ Por. podrozdz. *Polityka życia, albo „życiodajna śmierć”* w rozdz. *Emancypacja umierających*.

umieraniem kontrolę⁷⁶ (*Inwazja barbarzyńców* – w szpitalu bohater cierpi i nie może się pogodzić z umieraniem; w domu nad jeziorem, wśród przyjaciół, podejmuje decyzję o skróceniu swojego życia w momencie, który sam wybiera).

Rozróżnienie śmierci *dzikiej* i *oswojonej* nabiera szczególnego znaczenia w przypadku fabuł z motywem eutanazji. W tych dziełach to życie jest odrzucane, a śmierć staje się oczekiwanym i przedstawianym jako „naturalne” wybawieniem (w dodatku odbywa się w obecności najbliższych: *W stronę morza*, *Inwazja barbarzyńców*, *Za wszelką cenę*). Trudno jednak postawić tu znak równości między śmiercią wyczekiwaną z powodu niezgody na jakość życia a modelem śmierci oswojonej, o którym pisał Philippe Ariès.

Kontynuując przegląd powracających tematów, warto dodać, że wśród śmiertelnych chorób „stare choroby” wydają się bardziej oswojone, nie budzą olbrzymiego strachu czy sprzeciwu (na przykład gruźlica dla Stasia w *Brzezynie* czy dla Hansa Castorpa w *Czarodziejskiej górze*), podczas gdy rak i AIDS zawsze są czymś nieakceptowanym (*Piętno śmierci*, *Filadelfia*, *Inwazja barbarzyńców*, *Dowcip*, *Życie jak dom*, *Czas, który pozostał*), budzącym agresję i konflikty (*Filadelfia*, *Życie jak dom*, *Czas, który pozostał*), a także wolę walki z chorobą mimo trudów i niewielkich nadziei (*Dowcip*)⁷⁷.

Jeszcze jedno istotne spostrzeżenie, odnoszące się do perspektywy chronologicznej: w zebranych przeze mnie XX-wiecznych przedstawieniach motyw *śmierci oswojonej* nie występował prawie w ogóle (wyjątkami są wspomniane: *Brzezina* – ale pojawiają się tu oba typy, *Czarodziejska góra* – ale bohater wcale nie umiera na zdiagnozowaną u niego gruźlicę, czy *Siódma pieczęć* – gdzie śmierć jest upostaciowiona). Motyw ten zaistniał dopiero w przedstawieniach *mojej śmierci*, a także w mniej typowych przedstawieniach śmierci szpitalnej (*Patch Adams*, *Oskar i pani Róża*) gdzieś w połowie lat 90. i wkrótce objawił się w dużej liczbie narracji fabularnych. Dowodzić to może słuszności tezy Ariès’a o tym, że nowoczesna śmierć jest „zdziczała” (lub była taka, gdy pisał swoją książkę w latach

⁷⁶ Por. rozdz. *Obszary doświadczenia* oraz rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* – pojawiają się w nich wnioski wyciągnięte na podstawie materiału z badania, w których użyte są pojęcia podmiotowości i kontroli.

⁷⁷ Zastanawiające jest też, że w ani jednej z analizowanych przeze mnie narracji fabularnych nikt nie wyleczył się z raka (a jak wiadomo, przypadki takie zdarzają się coraz częściej). W znanych mi fabularnych przedstawieniach rak zawsze kończy się śmiercią.

70.). Można też jednak spróbować postawić hipotezę, że chętnie czytana i głośna książka Ariès, wraz z reprodukującym jej tezy dyskursem, wpłynęła na współczesny sposób przedstawiania śmierci (czy też, jak chciałby prawdopodobnie Ariès, przywróciła dawną postawę wobec niej)⁷⁸.

Chore ciała i opowiadanie – czyli śmierć brudna i śmierć czysta

Tworząc kategorię *śmierci brudnej*, myślałem o narracjach fabularnych, w których pokazywana jest brudna fizjologia choroby i umierania i w których jednocześnie choroba i umieranie ukazane są jako coś chaotycznego, raptownie burzącego porządek dotychczasowego życia. Kategoria ta trafnie opisuje przedstawienia zawarte w następujących książkach lub filmach: *Oddział chorych na raka*, *Filadelfia*, *Anioły w Ameryce*, *Gia*, *Dowcip*, *W stronę morza*, *Podróż do kresu nocy*, *Johnny poszedł na wojnę*, *Urodzony czwartego lipca*, *Ofiary wojny*, *Czas apokalipsy*, *Krótki film o zabijaniu*, *Z zimną krwią*.

Fizjologia choroby i śmierci pojawia się zarówno w przedstawieniach śmierci wojennej (gnijące trupy, błoto okopów, krew), w przedstawieniach morderstw (biologia krwawiących, mordowanych ciał), w przedstawieniach kary śmierci (spadające w otwór szubienicy ciało, kroplówki z trującymi płynami podłączone do żył), jak i w przedstawieniach śmierci w wyniku choroby (wyniszczone rakiem ciała, wymioty w wyniku chemioterapii, mięsaki na skórze pacjentów chorych na AIDS). Chaos, nieład, dezorganizacja życia pojawiają się dla tych samych „wymiarów”: wojna zawsze jest chaotyczna (śmierć przychodzi tam nagle i w bezsensownym momencie); morderstwo zrywa porządek życia ofiary, jej rodziny, ale też mordercy; kara śmierci potrafi wyglądać jak u Kieślowskiego (skazaniec miota się po celi do ostatniej chwili, przytrzymuje go kilku strażników); śmiertelna choroba zaś i śmierć bliskich osób dezorganizują życie i wymagają wysiłku w celu jego ponownego uporządkowania.

Tworząc kategorię *śmierci czystej*, myślałem o dziełach, które zakrywają fizjologiczną stronę choroby i umierania, a jednocześnie wpisują proces umierania w narracyjne schematy, nadające na różne sposoby sens

⁷⁸ Por. podrzdz. *Mit śmierci oswojonej* w rozdz. *Emancypacja umierających*. Por. też podrzdz. *Śmierć na obrazie* w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*. Do wątku tego powracam w pracy kilkakrotnie.

śmierci. Kategoria ta trafnie opisuje przedstawienia w filmach i książkach: *Piętno śmierci*, *Życie jak dom*, *Czas, który pozostał*, *Ballada o Jacku i Rose* (wszystkie pokazują wymiar *mojej śmierci*), *Komu bije dzwon* (tym razem to śmierć wojenna), *Siódma pieczęć* (mityczna personifikacja to też próba uporządkowania doświadczenia śmierci).

Skomplikowane definicje typów, tak jak w przypadku *śmierci-znaku* i *śmierci „prawdziwej”*, tym razem również przysporzyły problemów przy porównywaniu z analizowanymi dziełami. Było to ponownie związane z zawarciem w definicjach elementów z pozornie odmiennych porządków (jak fizjologia, chaos i nadawanie sensu). Znowu więc w zestawie opisanych przeze mnie narracji fabularnych znalazłem obrazy na pograniczu obu typów idealnych:

- takie, w których pojawiał się motyw dezorganizacji życia codziennego (zwłaszcza w wyniku choroby lub śmierci bliskiej osoby), ale w których nie było widać brudnej fizjologii umierania, na przykład *Love story*, *Czas, który pozostał*, *Życie jak dom*, *Niebieski*, *Pokój syna*, *Co kochałem*;

- nieskupiające się na motywie dezorganizacji życia, ale pokazujące fizjologię choroby, na przykład *Brzezina*, *Pozytywni*;

- zawierające motyw dezorganizacji życia: *Niebieski*, *Mila księżycowego światła*, *Filadelfia*, *Czas zabijania*, *Pozytywni*, lub pokazujące fizjologię: *Filadelfia*, *Pozytywni*, *Ofiary wojny*, ale wpisujące śmierć w narracyjne schematy, które ją pozytywnie reorganizują, czyli – wbrew jej chaosowi i obrzydliwości – nadają jej sens.

Przyjrzyjmy się ponownie niejednoznacznym przypadkom na granicy typów przez pryzmat opisanego wyżej zestawu tematów.

Śmierć szpitalna jest zwykle *brudna*, zarówno w sensie chaotyczności, jak i brudu fizjologicznego, jednak nie wtedy, gdy szpital jest tylko neutralnym miejscem akcji. Ściślej mówiąc: brudna jest tylko śmierć szpitalna z perspektywy pacjenta (*Dowcip*, *Inwazja barbarzyńców*), ale z perspektywy lekarzy już nie (seriale medyczne, *Patch Adams*) – moim zdaniem to bardzo ciekawy wniosek⁷⁹.

Brudna jest zwykle *śmierć wojenna* – ale częściej, gdy umierają inni (w filmach o Wietnamie, u Remarque’a, u Celine’a, u Borowskiego); gdy

⁷⁹ Por. z opisaną w podrozdz. *Rozległe konstrukcje metaforyczne* w rozdz. *Piramida metafor* metaforą „historyjkową” o czystym i brudnym lekarzu.

jednak umiera bohater, pojawiają się nastrojowe, medytacyjne sceny wyrażające absolutny spokój (mam na myśli *Na Zachodzie bez zmian* i *Czas życia i śmierci* Remarque'a) lub romantyczna aura i motyw heroicznego poświęcenia (*Komu bije dzwon*, *Szeregowiec* Ryan).

W przypadku *eutanazji* to życie bohatera jest brudne (od czasu wypadku wywołującego paraliż lub śpiączkę). Wypadek zrywa porządek dotychczasowego stylu życia i skazuje bohatera na utratę prywatności, bezwolne poddawanie się cielesnym zabiegom, uniemożliwia kontrolę fizjologii organizmu. Stan ten pokazywany jest często przez kontrast z poprzednim życiem, w którym bohaterowie są energiczni i pełni wi-
goru.

Jeśli chodzi o samobójstwo, proces prowadzący do niego może być przedstawiony jako chaotyczny, pokawałkowany (*Psychosis* 4.48 – notabene sama chaotyczność doświadczenia wywołuje tu dodatkowe cierpienie), ale może też być spokojny, stanowić świadomą, rodzącą się powoli decyzję (*Dziennik Máraiego*).

Fizjologiczną ohydę szczególnie podkreślają przedstawienia *śmiertelnych chorób*: gruźlik nieodmiennie pluje krwią (oprócz wymienianych książek, w wielu filmach historycznych), dżuma u Camusa jest pokazana z uwzględnieniem ropiejących wrzodów, krwawych ran, potu; o AIDS zawsze opowiada się za pomocą obrazów wyniszczonego, pokrytego wysypkami i mięsakami ciała. Tylko rak, być może jako choroba „ukryta” i niejawna⁸⁰, ukazywany jest nieco łagodniej. Obrazy wyniszczonego ciała, wymiotów, dolegliwych i upokarzających badań znalazłem tylko w jednej narracji fabularnej – w filmie *Dowcip*. W pozostałych cielesność choroby zasygnalizowana jest dużo subtelniej: przez podkrążone oczy, zastrzone makijażem rysy twarzy, zgolone lub przynajmniej potargane włosy (*Życie jak dom*, *Inwazja barbarzyńców*, *Ballada o Jacku i Rose*). Jednocześnie nawet w przedstawieniach śmiertelnych chorób pojawia się *śmierć czysta*: pod postacią „oczyszczających”, niejako znoszących ten cielesny bezład i ohydę narracyjnych schematów oraz estetyzacji o „pozytywnym” wydźwięku. Jak pisałem już kilkakrotnie, motywy te pojawiały się zwłaszcza w przedstawieniach *mojej śmierci* i *śmierci bliskiej osoby*.

⁸⁰ Por. S. Sontag, *Choroba jako metafora*, op. cit.

Przyjrzyjmy się bliżej tym schematom narracyjnym i zabiegom formalnym, które zdają się pozytywnie reorganizować śmierć. Poniżej proponuję krótką ich listę, zawierającą przykłady:

1) schematy narracyjne:

- schemat batalii o słuszną sprawę (zwłaszcza prawniczej: *Czas zabijania*, *Cena nadziei*, *Filadelfia*, także *Ofiary wojny*);
- schemat o postaci: sielankowe życie – doświadczenie ze śmiercią – trauma i dezorganizacja (w filmach o wojnie w Wietnamie, w fabułach z motywem śmierci dziecka);
- schemat o postaci: doświadczenie ze śmiercią (nieukazane, przed początkiem narracji) – trauma i dezorganizacja – reorganizacja, czyli przywracanie porządku w życiu osobistym i codziennym (w przedstawieniach śmierci bliskiej osoby: *Niebieski*, *Mila księży-cowego światła*);
- schemat „dojrzewania”: brak akceptacji – załatwianie ważnych spraw – pogodzenie (w przedstawieniach *mojej śmierci* – właściwie bez wyjątku);

2) „kompensacyjne” zakończenia:

- symboliczne zmartwychwstanie (*Gia*);
- metaforyczne podsumowanie życia głosem „zza grobu” (*Gia*, *Życie jak dom*, *Dowcip*);
- motyw koła życia, wiecznego powrotu czy też reinkarnacji (*Filadelfia*, *Czas, który pozostał* – przywołanie dzieciństwa; *W stronę morza* – narodziny dziecka przyjaciółki w finale);
- nagły i nieprawdopodobny „pozytywny” zwrot akcji (*Pozytywni*);
- „piękna śmierć”, estetyzacja, heroizm, podkreślenie wzniosłości (*Komu bije dzwon*, *Szeregowiec Ryan*);

3) wizje zaświatów:

- jako miejsce spotkania z bliskimi (*Między niebem a piekłem*);
- miejsce rozliczenia życia i sądu (*Następna historia*, *Elisabeth Costello*);
- przede wszystkim jednak – jako zakorzenione w religii potwierdzenie kontynuacji indywidualnej egzystencji⁸¹.

⁸¹ Por. rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka mojej pracy*.

Zarówno schematy narracyjne, w których na końcu następuje przywrócenie ładu lub pogodzenie, jak i „kompensacyjne” zakończenia fabuł stanowią elementy jeszcze jednego, podstawowego dla fabularnych przedstawień śmierci, schematu opowiadania historii. Chodzi mi o arystotelesowski schemat fabuły tragicznej. Przedstawienia *śmierci czystej* w finale grają rolę dopełnienia narracyjnego schematu *katharsis* – wymuszonego przez wzbudzenie litości i trwogi *oczyszczenia*⁸².

Nie zapomnijmy wreszcie o schemacie, na podstawie którego zbudowane są prawie wszystkie narracje fabularne w ogóle, a zwłaszcza filmy. Chodzi o, również pochodzącą od Arystotelesa, koncepcję następstwa: *ekspozycji – pierwszego punktu zwrotnego – konfrontacji – drugiego punktu zwrotnego – i finału*⁸³.

Śmierć, jako coś zawsze ważnego, z reguły szokującego, potrafiącego zmieniać doświadczający podmiot, wywoływać trajektorie cierpienia i wreszcie je nieodwołalnie kończyć, bardzo dobrze pasuje do roli tego, o czym lub z pomocą czego opowiada się historie; tego, co nadaje tym historiom sens.

Podsumowanie

Oto najważniejsze wnioski z porównania typów z fabularnymi przedstawieniami.

Pozostaję przy twierdzeniu – choć znalazłem przykłady ograniczające tę tezę – że psychologiczny i sensoryczny realizm przedstawiania, rozumiany jako wysiłek nawiązania do dominującego doświadczenia umierania, ma związek z tym, na ile trafnie dane przedstawienie wprowadza trudny temat umierania w przestrzeń dyskursu publicznego. Inaczej: na ile przybliża ono odbiorcom (widzom, czytelnikom) doświadczenie umierania w postaci, na jaką sami zostaną prawdopodobnie kiedyś wystawieni.

Dlatego też należy uważać na to, gdzie szuka się „prawdy” o dawnej i współczesnej śmierci, a wnioski na temat nieznanych nam obszarów doświadczenia wyciągać niezmiernie ostrożnie.

⁸² Por. Arystoteles, *Poetyka*, [w:] Arystoteles, *Retoryka, Poetyka*, przeł. H. Podbielski, PWN, Warszawa 1988, s. 323–327.

⁸³ Por. ibidem, s. 327–328.

Na przekór pierwotnym oczekiwaniom nie zauważyłem związku między sposobem metaforyzowania śmierci w obrębie fabularnych przedstawień a tym, jak wiernie przedstawienia oddają dominujące współcześnie doświadczenie.

Przedstawienia śmierci akceptowanej, bliskiej, przyjmowanej jako naturalny bieg rzeczy były rzadkością w XX wieku, ale pojawiły się w sporej liczbie (i z uwzględnieniem dużego spektrum powodów zgonu) pod sam koniec wieku. Warto zbadać, czy jest to związane ze zmianami postaw wobec śmierci i okoliczności umierania, czy też może mamy do czynienia z reprodukcją pewnego postulatu etycznego, albo – co gorsza – pięknego fantazmatu⁸⁴, przedstawianego jednak publiczności pod postacią historii „z życia wziętych”. Należy więc zwrócić uwagę na rolę wizji „oswojonej” przednowoczesnej śmierci, opisanej przez Philippe’a Ariès’a, we współczesnym dyskursie o śmierci⁸⁵.

Przedstawienia śmierci możliwej do zaakceptowania, przyjmowanej ze spokojem, w ramionach bliskich, czy wpisanej w nadający jej głębię i wzniosłość schemat lub symbolicznie przewyżczonej przez metafizyczną wizję mogą pełnić funkcję oczyszczenia, okiełznania uczuć litości i trwogi w obrębie fabularnego schematu tragedii. Przy próbach ambitnego podjęcia tematów choroby i śmierci – trudnych, istotnie budzących trwogę – schemat tragedii zdaje się przejmować kontrolę nad dziełem, jest niemal nieunikniony. Warto jednak pamiętać, że owe „pozytywne” przedstawienia mogą wywierać duży wpływ na postrzeganie śmierci przez współczesnych konsumentów kultury. Występowanie motywów *śmierci oswojonej* i *czystej* może mieć też związek ze współczesnymi przemianami postaw wobec śmierci. Jednak przemian tych nie szukałbym w głębokich warstwach kultury, ani też w psychice jednostek, a raczej w wypowiedziach medialnego i akademickiego dyskursu.

Mogę wreszcie zaryzykować hipotezę, że utwory przedstawiające śmierć jako nieakceptowaną i budzącą trwogę (*dziką*) oraz z uwzględnieniem fizjologii chorowania i dezorganizacji życia codziennego (*brudną*) są bliższe dominującemu biograficznemu doświadczeniu śmierci

⁸⁴ Zob. np. M. Janion, *Projekt krytyki fantazmatycznej. Szkice o egzystencjach ludzi i duchów*, PEN, Warszawa 1991, s. 7–29.

⁸⁵ Zajmę się tym w rozdziale *Emancypacja umierających* w części 2.

niż te, które zawierają przedstawienia śmierci akceptowanej i wzniosłej.

Fabularne przedstawienia śmierci same stanowią prężny nurt współczesnego dyskursu o śmierci. Tak jak wypowiedzi dyskursu publicznego (akademickiego, profesjonalnego, medialnego), także one mogą mniej lub bardziej trafnie analizować poruszane problemy i interpretować przedstawiane zjawiska, wśród nich także współczesne umieranie.

II. DYSKURS O ŚMIERCI

W tej części omawiam trzy fragmenty współczesnego dyskursu o śmierci (czyli wyróżnione przeze mnie w jego obrębie formacje dyskursywne)¹. Pierwszy z nich nazwałem dyskursem *emancypacji umierających*, ponieważ wypowiedzi, które się nań składają, przedstawiają sytuację umierających chorych jako rodzaj zniewolenia, na które należy zareagować, wybawiając ich z opresji. Drugą formację opisuję w rozdziale *Śmierć jako klucz do człowieka*. Tworzą ją wypowiedzi, które przez odniesienie do figury śmierci prowadzą do refleksji antropologicznych. Trzecia formacja składa się z wypowiedzi traktujących o *tabu śmierci* – próbujących wyjaśniać, czemu śmierć jest tematem zakazanym w euroatlantyckiej kulturze (lub czemu jest w ten sposób postrzegana).

Każdy z rozdziałów jest esejem zawierającym płynne przejście od rekonstrukcji fragmentu dyskursu do jego interpretacji przy wykorzystaniu kategorii zewnętrznych wobec niego. Co ważne, w tej części pojawiają się teoretyczne wyjaśnienia, które odnoszą się do całości pracy – rzucające światło na podstawowe problemy, sformułowane w pierwszej części (chodzi o rozdział *Śmierć jako klucz do człowieka*), a także wskazujące na ważne uwarunkowania sytuacji terminalnie chorych pacjentów, o której piszę w części trzeciej (mowa głównie o rozdziale *Tabu i brud*).

¹ Jak zaznaczyłem w rozdz. *Metoda*, używam terminów *fragmenty* dyskursu, *nurty* dyskursu i *formacje dyskursywne* wymiennie. W tej części pracy, mówiąc o *dyskursie o śmierci*, będę miał na myśli przede wszystkim akademicki i medialny dyskurs publiczny, ale też na przykład treści pojawiające się w tekstach poradników popularnonaukowych. Cały czas jednak tłem będą także społeczne praktyki, powiązane z tym, co się mówi i pisze.

EMANCYPACJA UMIERAJĄCYCH

Emancypacja – uwolnienie (się) od zależności, poddaństwa, ucisku, usamodzielnienie, uniezależnienie; uzyskanie równouprawnienia (...) – łac. *emancipatio* „uwolnienie syna spod władzy ojca” od *emancipare* „oswobodzić; uwolnić” (...)².

Najbardziej chyba charakterystyczny nurt w późnonowoczesnym dyskursie o śmierci określa współczesną sytuację umierających chorych jako złą, krzywdzącą i wymagającą interwencji. Jego przedstawiciele postulują zmiany w praktykach społecznych związanych z umieraniem oraz zmianę nastawienia wobec samego umierania.

Umierający są według nich poddani pewnego rodzaju kulturowej represji. Są ofiarami ucisku, wykluczenia, izolacji od reszty społeczeństwa. Ich prawa jako ludzi są ograniczone w stosunku do praw, jakie przysługują żywym i zdrowym. Wykluczenie odbywa się również na płaszczyźnie debaty publicznej – przez obłożenie tematu śmierci kulturowym tabu i „ukrycie” umierających chorych przed oczami reszty społeczeństwa.

Wypowiedzi owego nurtu czy też formacji dyskursywnej można porównać z myśleniem emancypacyjnym. Posługują się one emancypacyjną retoryką, przypominają dyskursy emancypacyjne.

Jako wyznaczniki tego sposobu myślenia przyjąłem (zgodnie ze słownikową definicją) współwystępowanie w omawianych wypowiedziach: chęci uwolnienia siebie (lub kogoś) od ucisku, zależności, opresji; dążenia do zniesienia opresyjnego stanu rzeczy; dążenia do zapewnienia zniewolonym praw równych z tymi, jakie przysługują grupom wolnym od ucisku³.

² W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Rytm, Warszawa 2007, s. 161.

³ Można argumentować, że jest to zawężone rozumienie emancypacji, bliskie Oświeceniu i liberalizmowi, ale już zbyt wąskie, by umożliwić opis jej pojmowania w filozofii politycznej zakorzenionej w marksizmie, w ramach *gender studies* czy w obrębie studiów postkolonialnych. Może też stać w sprzeczności z samorozumieniem współczesnych ruchów emancypacyjnych. Chodzi tu jednak przede wszystkim o pewien styl czy schemat retoryczny, który zaobserwowałem w zbiorze badanych tekstów, a więc zjawisko językowe, które nie musi oddawać złożoności zjawiska historycznego. Ten schemat retoryczny bywa jednakowoż stosowany w wypowiedziach towarzyszących relatywnie nowym, późnonowoczesnym

Podobne wypowiedzi można znaleźć w pracach należących do różnych dyscyplin akademickich zaangażowanych w dyskurs o śmierci, to znaczy: teologii, filozofii, psychologii, medycynie, historii, socjologii. Często pojawiają się także w debacie medialnej. Można je zidentyfikować również w „przesłaniu” niektórych narracji fabularnych.

Prace, na podstawie których formułuję swój wywód, to między innymi książki: Elisabeth Kübler-Ross (*Rozmowy o śmierci i umieraniu, Życiodajna śmierć*⁴), Stephena Levine’a (*Kto umiera? Sztuka świadomego życia i świadomego umierania*⁵, *Gdybyś miał przed sobą rok życia*⁶), Davida Kesslera (*Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania*⁷), Jacquesa Bréhanta (*Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*⁸), Marie de Hennezel (*Śmierć z bliska. Ci, którzy wkrótce odejdą, uczą nas żyć*⁹).

W emancypacyjny nurt wpisują się także działania organizacji pozarządowych. W Polsce natknąłem się na: Stowarzyszenie „U Źródła” ze swoją kampanią „Umierać po ludzku”¹⁰ (warsztaty i seminaria przypominające spotkania grup terapeutycznych, otwarte wykłady między innymi Wojciecha Eichelbergera); Fundację „Dobrze, że jesteś”, wprowadzającą wolontariuszy na hematologiczne oddziały szpitali; związane z Kościołem katolickim Bractwo Dobrej Śmierci, a także będącą częścią ruchu

praktykom społecznym i sam powołuje zupełnie nowe praktyki. Dlatego sądzę, że można nazwać *emancypację umierających* formacją dyskursywną w rozumieniu foucaultowskim.

⁴ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Media Rodzina, Poznań, 1998 r.; E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, przeł. E. Stahre-Godycka, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005.

⁵ S. Levine, *Kto umiera? Sztuka świadomego życia i świadomego umierania*, przeł. B. Kuchta i A. Dobrzańska, Wyd. Szafa, Warszawa 1999.

⁶ S. Levine, *Gdybyś miał przed sobą rok życia*, przeł. J. Posoch i P. Kołyszko, Wydawnictwo Szafa, Warszawa 2001.

⁷ D. Kessler, *Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania*, przeł. E. Czerwińska, Świat Książki, Warszawa 1999.

⁸ J. Bréhant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, przeł. U. Sudolska, Ancher, Warszawa 1993.

⁹ M. de Hennezel, *Śmierć z bliska. Ci, którzy umierają, uczą nas żyć*, przeł. A. Brzozowska, J. Brzozowski, Znak, Kraków 1998. Ta akurat pozycja to fabularyzowany zapis doświadczeń z pracy w hospicjum.

¹⁰ Pełna nazwa: *Umierać po ludzku – promowanie idei godnej śmierci oraz solidarności z umierającymi, ich rodzinami oraz osobami w żałobie*. Zob. strona stowarzyszenia „U Źródła”, <http://www.u-zrodla.pl> [dostęp 10.12.2015].

hospicyjnego w Polsce Fundację Hospicyjną ze swoją kampanią „Hospicjum to też życie”¹¹.

Niecały rok po zamknięciu oryginalnego tekstu tej pracy „Gazeta Wyborcza” wraz z Fundacją Hospicyjną uruchomiły własną akcję pod nazwą „Umierać po ludzku”, która uzyskała duży rozgłos. W jej ramach ukazała się seria artykułów oraz listów do redakcji, a także 40-stronicowy informator dołączony do gazety. Organizacje te w różnym stopniu wpisują się w „emancypacyjny” styl prowadzenia dyskursu¹². O wszystkich można jednak powiedzieć, że próbują „wyzwolić” umierających, dążąc do zmiany ich położenia.

Kto jest emancypowany?

– Przedmiotem (bardziej niż podmiotem) emancypacji są tutaj umierający pacjenci szpitali i hospicjów, „nieuleczalnie chorzy”. Nieraz nie wymienia się nawet, o jaką chorobę chodzi, wiadomo jednak, że *zawsze* chodzi o raka. W emancypacyjnym nurcie nie zdarzają się wypowiedzi przywołujące inne choroby, nawet spośród pozostałych najczęstszych przyczyn zgonów.

– Przedmiotem emancypacji jest też sama kultura, która w wyniku przemian technologicznych (medykalizacji) straciła umiejętność nadawania sensu śmierci¹³.

– Przedmiotem emancypacji jesteśmy także „my wszyscy” – członkowie społeczeństwa i uczestnicy kultury, również ci zdrowi.

¹¹ Chciałbym zaznaczyć, że organizacji tego typu, w momencie prowadzenia przeze mnie badań, nie było w Polsce dużo. Wymieniłem tu wszystkie, na które się natknąłem w 2007 roku. Nie prowadziłem systematycznym poszukiwań podobnych organizacji poza Polską. Przykładem może być Death and Dying Interest Group amerykańskiego stowarzyszenia studentów medycyny (American Medical Student Association, AMSA). Zob. *AMSA Internal Affair Preamble, Purposes and Principles*, 2015, s. 76, <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/PPP-2015.pdf> [dostęp 10.12.2015].

¹² Na przykład w większym stopniu wpisuje się weń kampania stowarzyszenia „U Źródła” otwarcie mówiąca o potrzebie przemian w społecznym postrzeganiu śmierci niż Bractwo Dobrej Śmierci, które zajmuje się głównie duchową opieką nad chorymi i modlitwami w ich intencji.

¹³ Zob. P. Ariès, *Człowiek i śmierć*, przeł. E. Bąkowska, PIW, Warszawa 1989, s. 549–590; N. Postman, *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, przeł. A. Tanalska-Dulęba, PIW, Warszawa 1995, rozdz. *Ideologia maszyn. Technika medyczna*, s. 111–127.

Od czego?

– Emancypowani są zniewoleni przede wszystkim przez społeczno-kulturowe tabu śmierci – zakaz mówienia o niej i pokazywania jej¹⁴ czy też jej społeczną negację – a także przez lęk przed śmiercią¹⁵ dotyczący wszystkich uczestników kultury.

– Ważnym powodem zniewolenia jest technologia medyczna, która spowodowała daleko idące zmiany w praktykach dotyczących śmierci¹⁶.

– Wiele z nowych form społecznych praktyk dotyczących umierania stało się w rezultacie mechanizmami ucisku.

– Pacjenci bywają też zniewoleni przez wypalony psychicznie¹⁷, odseparowany od pacjenta przez technologię¹⁸ i nieświadomy potrzeb pacjenta¹⁹ personel medyczny.

– Chorych zniewala także język, w jakim euroatlantycka kultura, również w ramach narracyjnych przedstawień, mówi o chorobach²⁰.

– Mechanizmem ucisku jest wreszcie sama represyjna nowoczesna kultura, która izoluje śmierć, oddzielając życie codzienne od doświadczeń wystawiających nas na niepokojące pytania egzystencjalne²¹.

¹⁴ Zob. np. A. Dodziuk, *Nie bać się śmierci*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2001, zwłaszcza rozdz. *Temat najbardziej tabu*, s. 18–28. Por. „Rzeczywiście trudno zaprzeczyć, że śmierć jest przez wielu ludzi w Europie ignorowana. Daje się też zauważyć, że ludzie nie są oswojeni ze śmiercią i że społeczeństwo jest od niej trzymane tak daleko, jak to tylko możliwe. (...) Mimo to istnieją jednak oznaki przeciwnych tendencji, które zdają się prowadzić do uwolnienia od niektórych tabu” [podreśl. – P.Sz.]; P. Sporken, *Postępowanie z umierającymi*, przeł. S. Szczyrbowski, [w:] H. Nikelski (red.), *Z pomocą umierającym. Przyczynki do rozmowy na temat umierania i śmierci*, PAX, Warszawa 1989, s. 13–14 (podrozdz. *Śmierć jako tabu*). Por. też rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

¹⁵ Zob. np. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit., s. 19–28 i 55–65.

¹⁶ Zob. np. N. Postman, op. cit.

¹⁷ Zob. E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, op. cit., s. 48.

¹⁸ N. Postman, op. cit.

¹⁹ Zob. D. Kessler, *Śmierć jest częścią życia*, op. cit.; E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit.

²⁰ Zob. S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 5–90.

²¹ Zob. A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, rozdz. *Separacja doświadczenia*, s. 198–247; definicja „separacji doświadczenia”, s. 317. Por. też rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

Przez kogo?

– Emancypują przede wszystkim naukowcy – psychiatrzy (Elisabeth Kübler-Ross), lekarze (Jacques Bréhant), historycy (Philippe Ariès), a nawet teoretycy komunikacji (Neil Postman) – występujący w roli krytyków kultury.

– Olbrzymią rolę w wyzwaniu umierających z opresji pozbawionej godności śmierci na korytarzach szpitala odegrał ruch hospicyjny²².

– Ostatnią wybijającą się grupą „emancypujących” są organizacje pozarządowe nastawione na doraźną pomoc chorym (jak Fundacja „Dobrze, że jesteś”) lub wywołanie przemian w podejściu do śmierci i umierania przez społeczne kampanie (jak obie kampanie pod hasłem „Umierać po ludzku”)²³.

– Dziennikarze, przynajmniej sądząc po tonie akcji „Gazety Wyborczej”, wydają się stać w drugim szeregu: udzielają zaledwie głosu innym emancypującym, udostępniając im łamy lub prowadząc z nimi wywiady.

Polityka emancypacji

Można zatem wskazać pewien podstawowy szkielet myślenia emancypacyjnego, czy też schemat retoryczny, na którym zdaje się opierać badany nurt. Schemat ten ujawnia się w całości lub w części w poszczególnych tekstach. Emancypacja to jednak nie tylko retoryka. Tak pisał o niej socjolog Anthony Giddens:

Politykę emancypacji definiuję jako ogólne nastawienie na wyzwolenie jednostek i grup z ograniczeń, które ciążą na ich szansach życiowych.

²² Historia ruchu hospicyjnego na świecie: E. Sikorska, *Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie*, [w:] J. Dążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 65–90.

²³ Zastanawiałem się, czy nie dałoby się wskazać takich emancypacyjnych intencji w niektórych narracjach fabularnych wpisujących się w dyskurs o śmierci. Stwierdziłem jednak, że o ile intencje takie w wypadku tekstów akademickich lub działań społecznych można wyraźnie dostrzec, lub są one formułowane wprost, o tyle w wypadku filmu lub powieści są one dyskusyjne. Można natomiast podać przykłady narracji fabularnych, które odniosły emancypacyjne skutki – np. film *Filadelfia*. Por. rozdz. *Wymiary śmierci* mojej pracy.

Składają się na nią dwa zasadnicze elementy: 1) dążenie do zrzucenia okowów przeszłości, a zatem dopuszczenie postawy zmierzającej do przekształcania przyszłości, oraz 2) postawienie sobie za cel przewyżnienia nieuprawnionej dominacji jednych jednostek i grup nad innymi²⁴.

Uważam, że również według tej definicji, podkreślającej strukturalne warunki i polityczny aspekt emancypacji, można zinterpretować przywołane wcześniej stanowiska jako „emancypacyjne”.

„Okowy przeszłości” w przypadku emancypacji umierających to raczej okowy teraźniejszości: z jednej strony wykluczenie umierających z szerszej społecznej przestrzeni, ich fizyczna izolacja, a z drugiej strony – tabuizacja ich doświadczenia²⁵. Dążenie do przewyżnienia ucisku, czyli różne emancypacyjne działania (mówienie, pisanie, prowadzenie kampanii społecznych na temat śmierci), zakłada możliwość zmiany obecnej, złej sytuacji. Niejako dopuszcza lepszą przyszłość (co z perspektywy umierającej osoby musi się wydać paradoksem).

Jeżeli chodzi o drugą składową definicji Giddensa: dominację jednych grup nad innymi, to natrafiamy tu na problem: odpowiedzi na pytania „kto jest emancypowany?”, „od czego?” i „przez kogo?”, rozważane w kontekście emancypacji jako działania politycznego, będą tym razem nieco inne.

Napotykały kolejne pytania: czy umierających łączą cechy (inne niż fakt umierania ich ciał), pozwalające na mówienie o nich jako o grupie (a ściślej: partykularnej grupie społecznej)²⁶? Umierający różnią się wiekiem, płcią, wykształceniem, zamożnością, orientacją seksualną, etnicznością, narodowością. Każda z tych cech i różnic musi wpływać na charakter doświadczenia umierania²⁷. Jeżeli potraktujemy tę niejedno-

²⁴ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, op. cit., s. 287 [numeracja – P.Sz.].

²⁵ Nawiązuję w tym miejscu do jednej z podstawowych tez mojej pracy, że tabuizowane jest właśnie doświadczenie śmierci (a nie wyidealizowane i estetyzowane przedstawienia śmierci). Teza o tabu nie pojawia się w takiej postaci w opisywanym przeze mnie fragmencie dyskursu. Często za to powtarzane są bardziej ogólne diagnozy o „kulturowym tabu śmierci”. Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

²⁶ Odpowiedziawszy na pytanie: na ile umierający są – trawestując Marksa – grupą w sobie, warto zadać jeszcze inne: czy kiedykolwiek stanowili (i czy w ogóle mogą stanowić) grupę dla siebie? Ten wątek kontynuuję w podrozdziale *Umierający jako odmięcy*.

²⁷ Dlatego w badaniach nad nim przydatne byłoby podejście tzw. analizy intersekcjonalnej – zob. np. K. Crenshaw, *Mapping the Margins. Intersectionality, Identity Politics*,

rodną, obecną w każdym rejonie świata, pochodzącą z różnych warstw społecznych, posługującą się różnymi racjonalnościami, kontekstami kulturowymi, kodami komunikacyjnymi (i tak dalej) zbiorowość jako całość, to nadal musimy zidentyfikować grupę dominującą: czy można powiedzieć, że nad umierającymi dominują zdrowi? I czy można w ogóle mówić o dominacji?

Uważam, że taka interpretacja kulturowej izolacji i tabuizacji doświadczenia umierania nie jest całkowicie chybiona. Występuje tu pewna dolegliwa społeczna nierówność, która objawia się zarówno w interakcjach dnia codziennego, jak i na płaszczyźnie symbolicznej. Jednak trudno byłoby wskazać jej uzasadnienia wyrażone *explicite*. W przypadku umierających społeczna nierówność pojawia się w powstałych bez złych intencji, „racjonalnych” rozwiązaniach (izolacja) i w nieuświadomionych praktykach komunikacyjnych (tabuizacja)²⁸. Termin przemoc symboliczna trafnie opisuje to, jak układ sił podtrzymywany jest nie tylko normą, argumentacją i obyczajem, ale też na przykład rozwiązaniami przestrzennymi, tym, co wisi na ścianach, określającym rolę ubiorem czy niedostępnym żargonem²⁹. Biorąc pod uwagę wielowymiarowość podporządkowania umierających, łatwiej zrozumiemy, czemu działania emancypacyjne w reakcji na nie przypominają nie tylko walki o sprawiedliwość redystrybucyjną (której odpowiednikiem byłyby tu krótsze kolejki do zabiegów medycznych czy więcej pielęgniarek przypadających na pacjenta). Przypominają także walki o uznanie odrębności i tożsamości grup zdominowanych³⁰.

Od lat 70., kiedy powstawał ruch hospicyjny, zmieniło się bardzo wiele w praktykach dotyczących umierania. Na przykład „jakość” izolacji poprawiła się po utworzeniu hospicjów. Jednak zarówno izo-

and Violence Against Women of Color, „Stanford Law Review” 1991, t. 43, nr 6, s. 1241–1299. Por. z tą *Tabu plus koda* zrekonstruowaną przez Tony’ego Waltera, którą omawiam w rozdziale *Tabu i brud*.

²⁸ Por. podrozdz. *Rytuał negatywny* w rozdz. *Tabu i brud* tej pracy.

²⁹ Por. P. Bourdieu, J.C. Passeron, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, przeł. E. Neyman, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 71–150.

³⁰ Por. N. Fraser, A. Honneth, *Redystrybucja czy uznanie? Debata polityczno-filozoficzna*, przeł. M. Bobako, T. Dominiak, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2005.

lacja, jak i żywotność tabu³¹ pozostają według mnie społecznymi faktami³².

Pozostając przy dominacji zdrowych nad umierającymi, chciałbym przytoczyć ciekawą wypowiedź odwołującą się do emancypacji w rozumieniu *stricte* politycznym:

Badanie, które niedawno przeprowadziłem, wskazuje, że ludzi umierających unika się jako przyjaciół, sąsiadów, czy nawet przyjeżdżających do kraju w większym stopniu niż ludzi z dyskryminowanych mniejszościowych grup etnicznych³³.

Ten fragment tekstu Richarda Kalisha przypomina, że przemoc symboliczna, będąca wyrazem nierówności, pojawia się już w codziennych interakcjach. Co jednak ciekawsze, autor zestawia tu umierających z grupami, których dyskryminacja nie budzi wątpliwości, a które upominały się o swoje prawa właśnie na drodze politycznej konfrontacji. Warto dodać, że wyniki tego badania opublikowano w USA w 1966 r.³⁴ Jeżeli w latach 60. w USA stosunek do umierających był porównywalny do dyskryminacji czarnoskórych Amerykanów (zaraz po zniesieniu segregacji), to sytuacja umierających musiała być wtedy naprawdę zła. Pytanie: na ile zmieniła się współcześnie?

Ostatnim przykładem myślenia emancypacyjnego bliskiego rozumieniu polityki emancypacji u Giddensa będzie lista „Praw umierających” spisana przez Davida Kesslera³⁵. Spisanie listy praw jest intuicją

³¹ O żywotności tabu śmierci – zob. rozdz. *Tabu i brud* oraz *Zakończenie – Doświadczenie badacza* mojej pracy.

³² Używam tego wyrażenia świadomie, zgodnie z definicją Émile’a Durkheima: „Faktem społecznym jest wszelki sposób postępowania, utrwalony lub nie, zdolny do wywierania na jednostkę zewnętrznego przymusu; albo inaczej: taki, który jest w danym społeczeństwie powszechny, mający jednak własną egzystencję, niezależną od jego jednostkowych manifestacji” – É. Durkheim, *Zasady metody socjologicznej*, przeł. J. Szacki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 41.

³³ R. Kalish, *Rodzina wobec śmierci*, przeł. B. Kamiński, [w:] L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973, s. 80.

³⁴ Por. R. Kalish, op. cit., s. 80.

³⁵ D. Kessler, op. cit., s. 8.

pochodzącą wprost z myśli Oświecenia, która silnie wpłynęła na współczesne idee i ruchy emancypacyjne. Kessler – autor kolejnej książki o współczesnej śmierci – spisuje prawa umierających niejako na wzór Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela i innych, wywodzących się z nich spisów praw³⁶.

Zdecydowałem się zamieścić tę listę praw w całości. Kessler wymienia:

Prawo, by być traktowanym jak żywa istota ludzka.

Prawo do zachowania poczucia nadziei niezależnie od okoliczności.

Prawo do opieki sprawowanej przez osoby podtrzymujące nadzieję bez względu na okoliczności.

Prawo do wyrażania we własny sposób uczuć i emocji związanych ze śmiercią.

Prawo do uczestniczenia w podejmowaniu wszystkich decyzji dotyczących opieki.

Prawo do opieki sprawowanej przez osoby współczujące, wrażliwe, kompetentne, które starają się zrozumieć indywidualne potrzeby.

Prawo do oczekiwania nieprzerwanej opieki medycznej, nawet jeśli „leczenie” zmienia się w „przynoszenie ulgi”.

Prawo do otrzymywania uczciwych i pełnych odpowiedzi na wszystkie pytania.

Prawo do poszukiwania duchowości.

Prawo do wyrażania we własny sposób uczuć i emocji związanych z bólem.

Prawo dzieci do uczestniczenia w śmierci.

Prawo do zrozumienia procesu umierania.

Prawo do śmierci.

Prawo, by umierać w spokoju i z godnością.

Prawo, by nie umierać w samotności.

Prawo do oczekiwania, że po śmierci zostanie uszanowana świętość ciała³⁷.

³⁶ Deklarację Praw Człowieka i Obywatela uchwaliła 26 sierpnia 1789 roku francuska Konstytuanta, w miesiąc po wybuchu Rewolucji Francuskiej.

³⁷ D. Kessler, op. cit., s. 8.

Gest stanowienia praw powtórzyli, dziewięć lat po wydaniu w Polsce książki Kesslera i najwyraźniej nieświadomie, autorzy kampanii „Gazety Wyborczej” (nadając im bardzo podobną treść)³⁸. „Prawa umierających” są konkretne, świadczą o dużej empatii autorów i stworzone są ze znajomością sytuacji umierających (Kessler, podobnie jak osoby zaangażowane w przywołaną kampanię, przez wiele lat pracował w ruchu hospicyjnym). Jednak odruch tworzenia karty praw jest tutaj znamieny: umierający są grupą praw pozbawioną, której dopiero ktoś powinien przyznać prawa. Akt legislacji narzuca się jako poręczna forma. Dopiero przez polityczną deklarację można sobie wyobrazić inkluzję.

Polityka życia, albo „życiodajna śmierć”

Niektórzy autorzy nurtu emancypacyjnego stosują specyficzną strategię reinterpretacji umierania. Przyjrzyjmy się dwóm cytatom:

Wszystko to, co ludzie traktują jako przekleństwo albo karę Bożą, jako coś bardzo negatywnego – nie jest negatywne. (...) Wszystkie te próby, nieszczęścia, które sprawiły, że mógłbyś powiedzieć: „Gdybym wiedział, co mnie w życiu czeka, nie przeżyłbym” – wszystko to są dary. To jest hartowanie stali! Każda trudność jest szansą, szansą, aby się wewnątrz rozwijać. Gdyż właśnie wewnętrzny rozwój jest celem istnienia na naszej planecie³⁹.

Śmierć ukrywamy, jak coś wstydliwego i nieczystego. Widzi się w niej jedynie absurd; niepotrzebne cierpienie, ból i strach. Coś skandalicznego i nie do przyjęcia, gdy tymczasem jest ona kulminacyjnym momentem naszego życia, jest zwieńczeniem, tym, co nadaje mu wartość i sens⁴⁰.

W miejsce wizji pełnego cierpień końca istnienia proponują oni wizję umierania jako lekcji dla żywych – lekcji „jak dobrze żyć”.

³⁸ Lista praw omówiona została w *Informatorze dla ludzi przewlekłe chorych, umierających i ich rodzin* dołączonym do „Gazety Wyborczej” z 30.10.2008 r. Była dystrybuowana także jako plakat do wywieszania w placówkach medycznych.

³⁹ E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, op. cit., s. 37.

⁴⁰ M. de Hennezel, op. cit., s. 9.

Motyw ten znalazłem u Elisabeth Kübler-Ross, w książce wydanej w Polsce pod tytułem *Życiodajna śmierć* (tytuł oryginalny: *Making the Most of the Inbetween*)⁴¹. Autorka, opowiadając o swoich doświadczeniach pracy z umierającymi i ich rodzinami, proponuje nadać nowy sens cierpieniu. Jest to sens odmienny od nadawanego cierpieniu i poświęceniu przez katechezę chrześcijańską. Według mnie przypomina raczej propozycję nowej strategii samorealizacji⁴². Kübler-Ross pisze:

Kiedy jesteś chory i cierpisz, kiedy utraciwszy kogoś lub coś najcenniejszego, zaakceptujesz ból... nie jako karę czy przekleństwo, ale jako dar, dany ci w bardzo specjalnym celu. Kiedy, zamiast chować głowę w piasek, uczysz się cierpienia – wtedy posuwasz się naprzód⁴³.

Podobne motywy widać też w książce de Hennezel i u innych autorów⁴⁴.

W obliczu cierpienia i umierania, na wzór umierających, powinniśmy „załatwić swoje niezłatwione sprawy”. Jest to istotne zwłaszcza w wypadku pracowników szpitali i hospicjów, którzy muszą spotykać się z cierpieniem i licznymi potrzebami pacjentów, czasem także z odrzuceniem pomocy. Kübler-Ross pisze na ten temat:

Za każdym razem, kiedy ktoś reaguje na was negatywnie – a w szczególności pacjent – ten ktoś daje wam dar. Pomaga wam „wejść w kontakt” z waszymi własnymi „niezłatwionymi sprawami”. Pomaga dostrzec wasze własne problemy⁴⁵.

Umieranie nie jest jednak nauką tylko dla ludzi stykających się bezpośrednio z umierającymi. Stephen Levine w książce *Gdybyś miał przed sobą rok życia* proponuje ciekawy „eksperyment na świadomości”:

⁴¹ Zob. też E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit., podrozdz. *Umierający jako nauczyciele*, s. 45–54.

⁴² Por. np. Ch. Taylor, *Etyka autentyczności*, przeł. A. Pawelec, Znak, Kraków 2002.

⁴³ E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, op. cit., s. 37.

⁴⁴ Np. S. Levine: *Kto umiera?*, op. cit. i *Gdybyś miał przed sobą rok życia*, op. cit.; R. Cole, *Cud życia, cud umierania. Moja podróż ku życiu po tamtej stronie*, Akasza, Kraków 2003; K. Wilber, *Śmiertelni nieśmiertelni. Prawdziwa opowieść o życiu, miłości, umieraniu i wyzwoleniu*, przeł. A. Biała, Santorski & Co., Warszawa 2000.

⁴⁵ E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, op. cit., s. 47.

Co byś zrobiła, gdyby został Ci rok życia? Wybrałabyś się wreszcie na szalone wakacje? Zabrałabyś się do pracy czy raczej rzuciła pracę? Wyszła za mąż? Zmieniła religię? Jak byś żyła? To właśnie ma do zaoferowania ta książka, eksperyment na świadomości: rok przeżywany tak świadomie, jak to tylko jest możliwe; rok na dogonienie życia; na rozpoznanie własnego lęku przed śmiercią i uporanie się z nim; na odnalezienie prawdziwej mądrości i radości⁴⁶.

Takiemu eksperymentowi może poddać się każdy. Wydawca zachwala na okładce: to „podstawowa lektura dla ludzi, którzy pracują nad sobą. Mądry i piękny podarunek dla wszystkich, którzy chcą dobrze żyć. (...) Będzie w niej mowa nie o umieraniu, lecz o tym, jak budzi się nasze serce, gdy stajemy twarzą w twarz z naszym życiem i śmiercią w sposób świadomy i pełen współczucia”. To „eksperyment, który przyniesie uzdrowienie, radość i odnowę sił vitalnych”. Piękny przyczynek do poszukiwań dróg samorealizacji.

Nurt „życiodajnej śmierci” wydaje się więc postulować emancypację nie tylko umierających, lecz także samego umierania. Zamiast okresem cierpienia staje się ono „kulminacyjnym momentem naszego życia”, który „nadaje mu wartość i sens”⁴⁷. Ta reinterpretacja⁴⁸ ma pomóc nie tylko umierającym, lecz także wszystkim dookoła. Ma pomóc w „załatwieniu ważnych spraw”, dzięki czemu uczynimy postępy na drodze samorozwoju.

Język książki Stephena Levine’a przywołuje na myśl jeszcze jedną cechę idei „życiodajnej śmierci” – domieszkę estetyki i duchowości New Age. Jako wyznaczniki owej estetyki i duchowości przyjmuję zainteresowanie

⁴⁶ S. Levine, *Gdybyś miał przed sobą rok życia*, op. cit. Ten i trzy następne cytaty zamieszczono na okładce książki. Co ciekawe, tekst ten spisany jest w drugiej osobie rodzaju żeńskiego. Czyżby wydawca świadomie kierował książkę do – stereotypowo bardziej podatnego na idee rozwoju duchowego – „żeńskie targetu”?

⁴⁷ Jak pisze de Hennezel, op. cit., s. 9.

⁴⁸ Warto porównać powyższe uwagi z tym, co o momencie reinterpretacji choroby przez pacjenta piszą: F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, „Studia Socjologiczne” 1997, nr 1, s. 11–56 i E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit., rozdz. *Piąty etap: pogodzenie się*, s. 123–146. Zob. też podrozdz. *Śmierć jako anomalia* i *Chaotyczne doświadczenie umierania jako brud* w rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

religiami i kulturami Wschodu, rozwojem duchowym, ezoteryką, astrologią, parapsychologią czy praktykami cielesno-duchowymi, jak joga⁴⁹.

Etykieta New Age nie byłaby sprawiedliwa w odniesieniu do wszystkich przywołanych tytułów, jednak skojarzenia łatwo się narzucają: Kübler-Ross, dyplomowany lekarz psychiatra, pozwala sobie w trakcie swoich wykładów (spisanych w książce *Życiodajna śmierć*) na zwierzenie o „jednym z jej pierwszych metafizycznych przeżyć”⁵⁰. Opowiada:

Kiedy zeszałam ze wzgórza, uświadomiłam sobie, że przez całą drogę jakbym nie dotykała ziemi i nie wątpiłam, że tak rzeczywiście było. Miałam uczucie Świadomości bez granic, Świadomości istot Życia i Miłości, której nie można opisać słowami. Doznałam uczucia uniwersalnego Poznania⁵¹.

Kolejny przykład: książkę *Cud życia, cud umierania*⁵² napisał Roger Cole – prywatnie, jak skrętnie odnotował na okładce wydawca, „onkolog-jogin”. Notabene znalazłem tę książkę w internetowej „Księgarni Ezoterycznej”.

Następna ciekawostka: warsztaty „Umierać po ludzku” Stowarzyszenia „U Źródła”, prowadzone zresztą „według metody Stephena Levine’a”, odbywały się, w „Pracowni Jogi Hatha Mudra”. Podczas spotkań uczestnicy siedzieli, przy przygaszonym świetle, dookoła mandali ułożonej na podłodze z czerwonego weluru, zapalonych świec i „ważnych przedmiotów” (do których przyniesienia prowadzący zachęcali). Scenografia ta nie miała, według mnie, istotnego związku z tematem warsztatów⁵³.

Nie przywołuję tych przykładów, aby skrytykować używanie symboli i języka New Age we współczesnych wypowiedziach o śmierci. Podaję

⁴⁹ Choć jest to pewne spłylenie cech ruchu New Age. Bardziej zniuansowana definicja, np. w *Nowej Encyklopedii Powszechnej PWN*, t. 5, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 731.

⁵⁰ E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, op. cit., rozdz. *Jedno z moich pierwszych metafizycznych przeżyć*, s. 88–92.

⁵¹ Nie mam jednak zamiaru zaprzeczać, iż Kübler-Ross takiego doświadczenia doznała. E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć*, op. cit., s. 91.

⁵² R. Cole, op. cit.

⁵³ W ramach przygotowań do badania opisanego w empirycznej części mojej pracy uczestniczyłem w kilku spotkaniach grupy warsztatowej „Umierać po ludzku”. O spotkaniach tych piszę więcej w rozdz. *Zakończenie – Doświadczenie badacza* tej pracy.

je, by udokumentować spostrzeżenie, że w nurcie „życiodajnej śmierci” elementy estetyki New Age są widoczne i wcale nie tak rzadkie. Ten zastrzyk wschodniej duchowości jest o tyle ciekawy, że dyskurs o śmierci, który opisuję, jest głęboko zakorzeniony w tradycji europejskiej i będącej jednym z jej dopływów religii chrześcijańskiej. Nie muszę chyba dowodzić, że pojmowanie śmierci w tej tradycji głęboko różni się od pojmowania jej w tradycjach Azji Wschodniej.

Zawarte w języku przytoczonych wypowiedzi przejście od emancypacji umierających do prób przeformułowania znaczenia umierania przypomina mi opisaną przez Giddensa różnicę między „polityką emancypacji” a tym, co nazwał on „polityką życia”.

Różnicę tę autor określa tak: „O ile polityka emancypacji jest polityką szans życiowych, o tyle polityka życia jest polityką stylu życia. (...) Jest to polityka samorealizacji w refleksyjnie uporządkowanym środowisku, gdzie refleksyjność wiąże tożsamość i ciało jednostki z systemami o zasięgu globalnym”⁵⁴. Polityka życia „rozwija etykę związaną z pytaniem «jak żyć»”⁵⁵. Ważne są tu zarówno życiowe decyzje, odpowiedzi na egzystencjalne pytania, jak i formy, które razem składają się na styl życia. Giddens zaznacza jednak, że warunkiem samodzielnego kreowania tego stylu była emancypacja osiągnięta wcześniej na drodze politycznych walk.

Przenosząc tę refleksję na problematykę „życiodajnej śmierci”, dochodzę do niepokojących wniosków: paradoksalnie, reinterpretacja umierania – stworzona z myślą o cierpiących chorych i ich rodzinach – zostaje przystosowana do potrzeb ludzi zdrowych. Umieranie, biograficzny proces doświadczany przez konkretnych chorujących ludzi, zostaje uogólnione, stając się rodzajem moralitetu, dydaktycznego obrazu. Ten ma z kolei stać się wskazówką do modyfikowania stylu życia, kierowaną do szerokiej populacji zdrowych czytelników.

Można tę myśl sformułować jeszcze dobitniej – jako zarzut. Zwrot w myśleniu o umieraniu ku samorealizacji żywych sprawia, że umieranie

⁵⁴ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, op.cit., s. 292 [wyróżnienie - P.Sz.]. Giddens podaje jeszcze takie cechy polityki życia: „decyzje polityczne wypływają z wolności wyboru i władzy wytwórczej (władzy jako zdolności dokonywania zmian)”; „tworzenie moralnie uzasadnionych sposobów życia, których celem jest samorealizacja w warunkach zależności globalnych”; „rozwój etyki związanej z kwestią «jak powinniśmy żyć?» w porządku post-tradycyjnym, w kontekście kwestii egzystencjalnych” – ibidem, s. 293 (tabela).

⁵⁵ Ibidem, s. 293 (tabela).

staje się kolejną ideą w służbie „dobrego samopoczucia” społeczeństwa tabuizującego śmierć. Używając terminu z mojej pracy: staje się *śmiercią-znakiem*, czymś odległym od doświadczenia umierających. Emancypacyjna intuicja zawodzi, znów przesuwając doświadczenie umierania poza centrum refleksji.

Mit śmierci oswojonej

Philippe Ariès w swojej książce *Człowiek i śmierć* (notabene wydanej we Francji w 1977 roku – na początku końca okresu „milczenia”⁵⁶) prezentuje następujące stanowisko: współczesna śmierć to „śmierć zdziczała”, „śmierć na opak”, wyeliminowana ze sfery publicznej przez „przenosiny do szpitala” i „zwycięstwo medykalizacji”⁵⁷. Śmierć przed nowoczesnymi przemianami była śmiercią „oswojoną”: bliską, swojską, pomniejszoną, słabiej odczuwaną⁵⁸, upublicznioną⁵⁹ i przyjmowaną ze zgodą, ponieważ umierający wiedział, kiedy śmierć nadchodzi⁶⁰. Część postulatów, jakie można znaleźć w omawianym przeze mnie „emancypacyjnym” nurcie, wydaje się nawoływać do powrotu do takiego stosunku do umierania – przynajmniej przez dawanie przykładu „śmierci oswojonej” na obronę tezy, że w naszej kulturze możliwa jest inna, dobra śmierć (robili to na przykład prowadzący na warsztatach „Umierać po ludzku”). Książka Arièsa – popularna i znana – pełni rolę podstawowej lektury każdego, kto zajmuje się problemami związanymi ze śmiercią (co widać między innymi w częstych odwołaniach i cytowaniach). Sam Ariès, już choćby nazywając współczesną śmierć „zdziczałą”, „śmiercią na opak”, daje wyraz swojemu bardzo krytycznemu nastawieniu do obecnego modelu, dawny model przedstawiając w pewnym sensie jako wzór pozytywny⁶¹.

⁵⁶ Zob. rozdz. *Ćwierć wieku milczenia?* mojej pracy.

⁵⁷ Wyrażenia w cudzysłowach są też tytułami rozdziałów i podrozdziałów w książce *Człowiek i śmierć* – P. Ariès, op. cit.

⁵⁸ Ibidem, s. 41.

⁵⁹ Ibidem, s. 549.

⁶⁰ Ibidem, s. 19–24. Por. rozdz. *Typy przedstawień choroby i śmierci oraz Nauki z rewizji własnych pomysłów* w 1 części mojej pracy.

⁶¹ Na przykład „(...) kiedy tę śmierć, z którą człowiek był spoufalony, nazywamy oswojoną, nie chcemy powiedzieć, że niegdyś była dzika, a następnie ją oswojono. Przeciwnie, chcemy powiedzieć, że dzisiaj stała się dzika, choć przedtem taka nie była. Najstarsza

Chciałbym zwrócić uwagę, że jakkolwiek historia postaw wobec śmierci daje wiele do myślenia (a spisana jest błyskotliwie), autor pisał ją, opierając się prawie wyłącznie na przekazach narracyjnych (legendach, poematach, powieściach), podlegających prawom konstrukcji narracji i innym uwarunkowaniom estetycznym, tak samo jak współczesne powieści, dramaty czy filmy⁶². Ariès pisał o postaciach figury śmierci – w terminologii mojej pracy pisał o *śmierci-znaku*. Należy spodziewać się, że zrekonstruowany przez niego model śmierci oswojonej – bliskiej, swojskiej, słabo odczuwanej, zapowiadającej swoje przyjście – był zawsze bytem idealnym, estetyzacją, ponadto występującą czasami w roli postulatu estetycznego. Można podejrzewać, że właśnie tak funkcjonował również w czasach, o których pisze Ariès. By użyć obrazowej trywializacji: nie każdy średniowieczny chłop umierał jak Roland. Mogę tu postawić hipotezę – niestety raczej niesprawdzalną – że umieranie zawsze w jakimś stopniu było dla umierającego (i jego bliskich) czymś trudnym i traumatycznym⁶³.

Nie zaprzeczam przy tym, że dokonała się opisana przez Arièsa kulturowa przemiana. Śmierć dziś różni się zapewne znacznie od śmierci przednowoczesnej. Zastanawiam się jednak, czy warto czynić z rekonstrukcji dawnego modelu umierania wzór dla zmian współczesnego modelu. Te dwie formy umierania pochodzą z zupełnie różnych światów, w dodatku tylko jedną z nich możemy „oglądać na własne oczy”, druga zaś jest tylko obrazem z obrazu⁶⁴.

śmierć była oswojona” – ibidem, s. 41. Por. z utworzonym przeze mnie typem przedstawiania śmierci: *śmierć dzika* – zob. rozdz. *Typy przedstawień choroby i śmierci*.

⁶² Zob. rozdz. *Typy przedstawień choroby i śmierci* i *Nauki z rewizji własnych pomysłów* mojej pracy. Por. podrozdz. *Śmierć na obrazie* w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

⁶³ Por. „Przypominasz mi tych socjologów, co sobie wyobrażają, że kult młodości to taka przejściowa moda powstała w latach pięćdziesiątych, która w latach osiemdziesiątych osiągnęła swoje apogeum, i tak dalej. (...) Ze wszystkich dóbr doczesnych młodość ciała jest niewątpliwie dobrem najcenniejszym, a dzisiaj wierzymy i pokładamy zaufanie tylko w dobrach doczesnych” – M. Houellebecq, *Cząstki elementarne*, przeł. A. Daniłowicz-Gruzińska, Warszawa 2003, s. 298.

⁶⁴ Tzn. rekonstrukcją dokonaną na podstawie przedstawień doświadczenia umierających. O odrywaniu się „obrazu” od „rzeczywistości” – por. J. Baudrillard, *Symulakry i symulacja*, przeł. S. Królak, Sic!, Warszawa 2005, s. 11–12. Por. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów* mojej pracy. Por. podrozdz. *Śmierć na obrazie* w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

Umierający jako odmieńcy

Hans Mayer w swojej książce *Odmieńcy*⁶⁵, idąc śladami Szkoły Frankfurckiej, pisze o niepowodzeniu oświeceniowego projektu równości. Z jego głównej tezy wynikają daleko idące wnioski dla idei emancypacji w ogóle. Chciałbym zaproponować spojrzenie na umierających jako na Mayerowskich „odmieńców” naszej kultury⁶⁶; następnie zaś – skrytykować zrekonstruowany przeze mnie nurt emancypacji umierających według wniosków z książki Mayera.

Książka ta opiera się na założeniu, że oświecenie mieszczańskie poniosło klęskę. Trudno temu zaprzeczyć, jeśli pomyśleć o postulatach równości. Bo formalna równość wobec prawa to nie to samo, co realna równość życiowych szans; ta pierwsza, jak pokazuje historia społeczeństwa mieszczańskiego, potrafi z powodzeniem udaremnić zaprowadzenie drugiej. Dialektyka oświecenia daje o sobie znać zawsze i wszędzie: w antynomii wolności i swobód, w sprzeczności między równością realną a formalną, w trudności przełożenia wzniosłej emocji „braterstwa” na konkrety polityczne i prawne⁶⁷.

Mayer kwestionuje oświeceniową emancypację dokonaną przez wprowadzenie politycznej równości. Pisze, że stało się to kosztem odmieńców: „[o]świeceniowe prawodawstwo, które dąży do równouprawnienia, obejmuje z definicji zarówno przypadki normalne, jak i wyjątki. Ten sposób jednak nieuchronnie godzi w egzystencjalną specyfikę outsiderów”⁶⁸. „Braterstwo” ograniczone jest więc do solidarności braci. Wszyscy niekwalifikujący się do „normalności” pozostają ofiarami ucisku.

Wnioski dla wszelkich projektów emancypacji są z tych napomnień następujące:

– działania emancypacyjne łatwo mogą się stać kolejnym procesem podtrzymującym *status quo*, zasadę zniewolenia. Dzieje się tak zwłaszcza

⁶⁵ H. Mayer, *Odmieńcy*, przeł. A. Kryczyńska, Muza, Warszawa 2005.

⁶⁶ Obok kobiet, homoseksualistów i Żydów – zob. ibidem.

⁶⁷ Ibidem, s. 5.

⁶⁸ Ibidem, s. 548.

cza, gdy emancypacji dokonuje się, stawiając myślenie kolektywne, abstrakcyjne ponad refleksją nad doświadczeniem jednostki⁶⁹. Emancypacja pozostaje niepełna i musi budzić wątpliwości, gdy dokonuje się jej z zewnątrz – gdy to nie zniewolona grupa się emancypuje, ale ktoś dokonuje emancypacji „na niej”. Ze stosunku emancypowany-emancypujący trudno jest wyrugować nierówność. Łatwo za to pomylić formalną deklarację wyzwolenia z jego realizacją; postulaty ze stanem faktycznym. Historia uczy, że nierówność i ucisk potrafią się sprawnie reprodukować mimo powierzchownych zmian⁷⁰.

Wracając do umierających: dlaczego uważam ich za odmieńców? Choć wywodzą się oni spośród „normalistów”⁷¹, wszelkich możliwych grup i warstw, nieuchronnie stają się odmieńcami, gdy dowiadują się o swej „śmiertelnej” chorobie. Autorzy emancypacyjnych książek są co do tego zgodni: umierający są wykluczani, izolowani, na co dzień się ich unika, a o ich traumatycznym doświadczeniu społeczeństwo milczy – jasne jest dla mnie, że stali się dla tego społeczeństwa „inni”.

Spróbujmy wyciągnąć z tez Mayera wnioski odnoszące się do emancypacji umierających.

Po pierwsze, wyzwalanie od ucisku przez kampanie społeczne, przez działania medialne, a nawet przez publikacje i wykłady może mieć tylko ograniczone efekty. Nawet jeśli przekona się odbiorców do przemyślenia ich stosunku do umierania, czy też do zmiany podejścia do umierających

⁶⁹ Por. „Należy więc zgodzić się z gorzką uwagą Adorna, że uzasadniona, lecz zbyt często powtarzana i często tylko konwencjonalna demaskacja społecznego uprzedmiotowienia i alienacji pozostanie wyrazem urzeczowienia dopóty, dopóki cierpienie jednostki będzie ignorowane ze względu na imperatyw wyzwolenia ludzkości” – ibidem, s. 549.

⁷⁰ Na temat sposobów podtrzymywania nierówności klasowych pomimo wprowadzenia politycznej równości: P. Bourdieu, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądowniczej*, przeł. P. Biłos, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.

⁷¹ „Normals” to określenie osoby, która nie wyróżnia się ze społeczeństwa noszeniem piętna – zob. E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, przeł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005. Por. z fragmentem książki: „Stosunek, jaki my, normalsi, mamy do osoby noszącej piętno, oraz działania, jakie wobec niej podejmujemy, są dobrze znane. To przecież właśnie złagodzeniu i zmniejszeniu skutków naszych reakcji służą rozmaite dobroczynne akcje społeczne. Rzecz jasna, z założenia nie wierzymy, że osoba napiętnowana jest w pełni człowiekiem” – ibidem, s. 35.

jako grupy, może to nie wystarczyć, by przestano unikać konkretnych chorych ludzi.

Po drugie, choć cieszy zaangażowanie autorów omawianych książek, które bez wyjątku powstały na podstawie doświadczenia pracy z chorymi, należy pamiętać, że sami chorzy bardzo rzadko zabierają w nich głos⁷². Jeśli ich wypowiedzi pojawiają się w omawianych pracach (jak w precdensowej książce Kübler-Ross), pełnią one funkcję ilustracji w wywodzie autora, legitymizacji jego opowieści⁷³.

Umierający nie mają siły mówić. Co więcej – wcale nie czują się i nie chcą być umierającymi⁷⁴. W tym sensie raczej nigdy nie będą stanowić „klasy dla siebie”. Emancypujący, nawet troskliwie pochyleni nad losem chorych, mają bardzo ograniczone możliwości, by osłabić kulturowe tabu i strach przed śmiercią⁷⁵. Działania dyskursywne, jak wykłady, publikacje, kampanie w mediach, a nawet symboliczne performatywy – jak spisanie „Praw umierających” na modłę prawa stanowionego przez władzę – mogą okazać się zbyt słabe, by dokonać głębokich przemian w kulturze, osłabić długie trwanie wyobrażeń i praktyk wokół umierania. Jak wciąż niespełniona oświeceniowa obietnica równości, mogą się okazać wyzwaniem bardzo powierzchownym. Potrzeba silniejszych bodźców, by zmienić głęboko zakorzenione w kulturze, ukryte mechanizmy.

W tym miejscu należałoby podać własne propozycje takich bodźców, choć oczywiście jest to bardzo trudne. Intuicja podpowiada mi, że takim bodźcem może się stać kolejna przemiana technologiczna. To przemiany w technologii medycznej⁷⁶ (w tym technologii organizacji pracy medycznej⁷⁷) spowodowały, że współczesne umieranie wygląda

⁷² Por. z charakterystyką figury „podporządkowanego innego” (*subaltern*) w słynnym eseju G. Spivak, *Can the Subaltern Speak?*, [w:] C. Nelson, L. Grossberg (red.), *Marxism and the Interpretation of Culture*, University of Illinois Press, Chicago 1988, s. 271–313.

⁷³ Por. C. Geertz, *Dzieło i życie. Antropolog jako autor*, przeł. E. Dżurak, S. Sikora, Wydawnictwo KR, Warszawa 2000.

⁷⁴ Por. z analizą wywiadów w empirycznej części mojej pracy – rozdz. *Obszary doświadczenia*.

⁷⁵ Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

⁷⁶ Zob. N. Postman, op. cit.

⁷⁷ Zob. M. Foucault, *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999; A. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, *Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press, Chicago 1985.

tak, jak wygląda – przywoływani przeze mnie autorzy są co do tego zgodni. Nowa, ważna przemiana technologiczna może gruntownie zmienić praktyki związane z umieraniem.

Jeśli zaś chodzi o intencjonalne, ukierunkowane na przemiany działania, uważam, że pewien skutek mogą przynieść działania artystyczne – zwłaszcza przekazy, którym udaje się wywołać reakcję mimetycznego upodobnienia i subwersywnego przeżycia⁷⁸. Myślę na przykład o wcześniejszych filmach Zbigniewa Libery, które konfrontują widza z brzydotą i fizjologią starego, chorego ciała: możemy poczuć wstrząs obrzydzenia na myśl o zajmowaniu się chorym, może również oburzenie z powodu upubliczniania podobnego widoku. Dopiero później przychodzi pytanie, czemu tak intensywnie czujemy, że przywołany przez artystę wycinek ludzkiego doświadczenia powinien pozostać ukryty. Jest to strategia charakterystyczna dla sztuki krytycznej⁷⁹. Sądzę jednak, że również formy dostępne szerszej publiczności, jak film, dramat, literatura piękna czy literacki reportaż, potrafią w podobny sposób wytrącić swych odbiorców

⁷⁸ Używam tu następującego rozumienia strategii subwersji: „Subwersja polega na naśladowaniu, na utożsamianiu się niemalże z przedmiotem krytyki, a następnie na delikatnym przesunięciu znaczeń. Ten moment przesunięcia znaczeń nie zawsze jest uchwytyny dla widza. To nie jest krytyka wprost, bezpośrednia, tylko krytyka pełna dwuznaczności, odwołująca się do pewnego sekretne porozumienia z widzem, który musi podążać za myślą autora, a bardzo często sam konstruować krytyczny sens pracy” – Grzegorz Dziamski w rozmowie: *Wartością sztuki krytycznej jest to, że wywołuje dyskusje i prowokuje do rozmów o wartościach*, „Gazeta Malarzy i Poetów” 2001, nr 2–3, [za:] Ł. Ronduda, *Strategie subwersywne w sztukach medialnych*, Rabid, Kraków 2006, s. 9–10.

Pisząc o mimetyzmie mam na myśli teorię mechanizmu mimetycznego Reného Girarda, o której elementach wspomnę w dalszej części pracy – w rozdz. *Narracyjne przedstawienia choroby i śmierci a doświadczenie umierających*. Zob. np. R. Girard, *Początki kultury*, Znak, Kraków 2006, s. 61–102.

⁷⁹ Artur Żmijewski: „Nie chcę tu powiedzieć, że sztuka jest oskarżycielem, chcę powiedzieć, że sztuka opisywała (opisuje) istnienie mechanizmów społecznych zasłaniających «to, co rzeczywiste». Ale w odróżnieniu od bezstronnego obserwatora, jakim chce być np. nauka, sztuka angażuje się w poszukiwanie «sprawcy». Sprawcą nie jest oczywiście osoba lub grupa, ale mechanizm, któremu ta społeczność ulega. Sprawcą jest właśnie ta bezwiedna zgoda na działanie owego mechanizmu. Sztuka eksponuje samowolę targających nami mechanizmów, włączając ją w strukturę artefaktu” – A. Żmijewski, S. Cichocki, *Wstęp. Z Arturem Żmijewskim rozmawia Sebastian Cichocki*, [w:] A. Żmijewski, *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*, Korporacja Ha!art, Bytom–Kraków 2007, s. 7–15.

z trybów dotychczasowego rozumienia choroby, starości i umierania⁸⁰. Także socjolog powinien zadać sobie pytanie, czy uprawiana przez niego socjografia ma szansę wyrzucić tego rodzaju oświecający wpływ.

Podsumowanie

Wskazując na ograniczenia myśli zawartej w nurcie „emancypacji umierających”, nie chciałem potępić tego nurtu w całości. Idea emancypacji umierających – jak zaznaczałem już wielokrotnie, nie wyrażana wprost, ale zrekonstruowana przeze mnie – nie wyczerpuje tego, co zawierają prace i artykuły wpisujące się w nurt „emancypacyjny”. Trzeba oddać sprawiedliwość jego autorom i działaczom – u jego podstaw leży głęboki humanizm i wrażliwość na drugiego człowieka.

By zinterpretować wypowiedzi wpadające w rejestr refleksji egzystencjalnej czy wręcz rozważań teologicznych, użyłem pojęcia z języka filozofii politycznej – nie każdy zgodzi się ze słusznością tego zabiegu. Uważam jednak, że trafnie uwypuklił on ten ważny aspekt współczesnego dyskursu o śmierci.

Uprzedzę też inny zarzut: emancypacja jest pojęciem nowoczesnym, używam go zaś do omawiania postaw wobec śmierci – problemu „starego jak świat”. Jednak główny nurt obfitego współczesnego dyskursu o śmierci dotyczy tych jej aspektów, które wyłoniły się niedawno – wraz z nowoczesnymi przemianami społeczeństw, między innymi technologicznymi i demograficznymi. Dlatego język towarzyszący nowoczesnej mentalności uważam za adekwatny – kształtował się bowiem pod wpływem tych samych przemian⁸¹.

W obrębie współczesnego dyskursu o śmierci da się wyodrębnić nurt przedstawiający sytuację umierających chorych w nowoczesnych społeczeństwach jako noszącą znamiona ucisku lub zniewolenia i wyma-

⁸⁰ Wątek ten rozwinę w dalszej części pracy. Zob. rozdz. *Narracyjne przedstawienia a doświadczenie umierających*.

⁸¹ Por. „Nowe technologie zmieniają strukturę naszych zainteresowań: sprawy, o których myślimy. Zmieniają charakter naszych symboli: nasze narzędzia myślenia. Zmieniają też naturę naszej społeczności: arenę, na której rozwija się nasza myśl” – N. Postman, op. cit., s. 30.

gającą interwencji. Jako zniewolenie występują w nim szeroko rozumiane tabu śmierci, technologia medyczna i związane z nią społeczne praktyki, nieudolny personel medyczny, a także język, jakim mówimy o śmierci. Przedmiotem emancypacji są umierający pacjenci, a także nowoczesna kultura oraz wszyscy jej uczestnicy. Rola „emancypujących” przypada organizacjom pozarządowym, członkom ruchu hospicyjnego oraz naukowcom próbującym sił w krytyce kultury.

Interpretacja wypowiedzi tego nurtu przez pryzmat strukturalnych warunków emancypacji uwypukla pewien rodzaj społecznej nierówności między zdrowymi, nieskonfrontowanymi bezpośrednio z własną śmiertelnością członkami społeczeństwa a osobami chorymi i umierającymi. Dominacja ta realizuje się tyleż w wymiarze symbolicznym, ile przez rzadko omawiane publicznie społeczne praktyki, takie jak fizyczna izolacja umierających.

Część wypowiedzi emancypacyjnego nurtu dokonuje specyficznej reinterpretacji umierania: umieranie staje się szansą dla zdrowych członków społeczeństwa na pozytywne przeorganizowanie swojego życia. Umierający (i ich trudne doświadczenie) zostają zredukowani do roli drogowskazu w „polityce życia” nowoczesnego społeczeństwa. Tym samym nurt emancypacyjny sam staje się funkcjonalny wobec porządku społeczeństwa tabuizującego śmierć.

Ważnym elementem dyskursu „emancypacji umierających” stał się model „śmierci oswojonej”, stworzony przez Phillipe’a Ariès’a. Zauważyłem, że funkcjonuje on w tym dyskursie na zasadzie mitu dawnej, lepszej śmierci, która może się stać „wzorem do naśladowania” współcześnie. Skrytykowałem taki pogląd, zwracając uwagę na ontologiczny status „śmierci oswojonej” – status hipotetycznego modelu stworzonego na podstawie przedstawień.

Zauważyłem wreszcie, że pozycja umierających w późnonowoczesnej kulturze jest pozycją „odmieńców”, w stosunku do których załamują się uniwersalistyczne prawa. Ich zdominowanie przez społeczeństwo „normalsów” jest trudne do uniknięcia, adresowane zaś do tej grupy działania emancypacyjne nie wróżą przełomowych efektów.

ŚMIERĆ JAKO KLUCZ DO CZŁOWIEKA

W dyskursie o śmierci biorą także udział autorzy tekstów antropologicznych. Są to bez wyjątku akademicy, przedstawiciele różnych dyscyplin, między innymi historycy, etnografowie, literaturoznawcy. Wszyscy jednak wkraczają na teren antropologii filozoficznej: próbują zawrzeć w swych tekstach refleksję o Człowieku. Za każdym razem punktem wyjścia jest dla nich śmierć.

Nie będę tu omawiał klasycznych dzieł filozoficznych. Warto jednak wspomnieć, że dla filozofów badających kondycję ludzką śmierć zawsze stanowiła wyzwanie i dużą inspirację. Jako bardziej znane i bliskie współczesności przykłady podam pisarstwo Kierkegaarda⁸², tezę Heideggera o „byciu ku śmierci”⁸³, reinterpretację samobójstwa dokonaną przez Camusa⁸⁴ (nieprzypadkowo wymieniam autorów kojarzonych z egzystencjalizmem) czy teologiczną „hipotezę końcowej decyzji” Borosa⁸⁵. Blisko centrum swojej filozofii człowieka śmierć stawiał też Freud, pisząc o popędzie śmierci, czy o zabiciu ojca hordy pierwotnej⁸⁶.

Wszystkie teksty przywołane w dalszej części rozdziału pochodzą z drugiej połowy XX wieku i w większości powstały stosunkowo niedawno⁸⁷.

Staram się naświetlić w tym zbiorze pewne charakterystyczne, powtarzające się elementy, które pozwalają na dostrzeżenie odrębnego nurtu dyskursu o śmierci. Wiele z tych elementów zdradza pokrewieństwo z kategoriami interpretacyjnymi zaproponowanymi wcześniej.

⁸² Zob. np. S. Kierkegaard, *Choroba na śmierć*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Zysk i S-ka, Poznań 1995.

⁸³ M. Heidegger, *Bycie i czas*, przeł. B. Baran, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 298–327.

⁸⁴ A. Camus, *Mit Syzyfą*, przeł. J. Guze, De Agostini, Warszawa 2001, s. 11–16 i dalej.

⁸⁵ L. Boros, *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*, przeł. B. Bialecki, PAX, Warszawa 1977.

⁸⁶ Z. Freud, *Totem i tabu*, przeł. J. Prokopiuk, M. Poręba, Wydawnictwo KR, Warszawa 1993.

⁸⁷ Na część tekstów analizowanych w tym rozdziale natrafiłem dzięki zajęciom *Antropologiczne wymiary śmierci* Sławomira Sikory w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Warszawskiego.

Historia ludzi w zwierciadle śmierci

Taki tytuł nosi wprowadzenie do monumentalnej książki Michela Vovelle'a *Śmierć w cywilizacji Zachodu*⁸⁸. Vovelle przeprowadza w nim wyczerpującą analizę historycznego dyskursu o śmierci. Pisze głównie o metodologii historii, przedstawiając dominujące w jego dyscyplinie poglądy i kończąc wywód własną syntezą – programem badania historii śmierci. Wzbogaca też tekst o wiele pobocznych refleksji o historycznej tanatologii. Chciałbym przytoczyć kilka spostrzeżeń tego autora.

Po pierwsze, Vovelle używa terminu „dyskurs o śmierci”. Pisze, że kształt tego dyskursu ewoluował w czasie, przechodząc przez następujące etapy: 1) „od dyskursu «magicznego» do religijnego”; 2) dyskurs „laicki” (w różnych formach: filozoficznej, naukowej, obywatelskiej)⁸⁹ i 3) dyskurs „literacki”, który „rozsadza tradycyjne ramy, w jakich wyrażała się do tej pory zbiorowa wyobraźnia (...)”⁹⁰. Przyglądając się temu dyskursowi, „możemy prześledzić ewolucję wyobrażeń świata nadprzyrodzonego, które do niedawna przedłużały i w znacznej mierze uwarunkowały dla większości ludzi globalny stosunek do śmierci i «po-śmierci» (...)”. Elementami dyskursu o śmierci mogą być właściwie wszelkie formy aktywności ludzkiej: również rytuały, sposoby pochówku, obrazy i gesty. Jest to więc rozumienie dyskursu bliskie foucaultowskiemu, a zarazem temu, jakie sam przyjąłem.

Vovelle wspomina też wprost o istotnej dla mojej pracy relacji między dyskursem a „praktyką śmierci”, między którymi według autora „zadzierzga się złożona dialektyczna więź, bynajmniej nie jednokierunkowa”.

Jak zatem badać taki dyskurs?

Vovelle nie ma wątpliwości, że podstawowym zabiegiem, a raczej nastawieniem, badawczym jest wpisanie historii śmierci w długie trwanie, czyli próba badania w perspektywie historii „o wolnym rytmie”, hi-

⁸⁸ M. Vovelle, *Historia ludzi w zwierciadle śmierci*, przeł. M. Ochab, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 31–57.

⁸⁹ Por. rozdz. *Emancypacja umierających* mojej pracy.

⁹⁰ Por. M. Vovelle, op. cit., ten i dwa następne cytaty ze s. 37. Por. też część 1 *Obrazy śmierci* mojej pracy.

historii społecznej⁹¹. Jako niekwestionowanego pioniera „historii śmierci” (który rozpoczął swoje badania właśnie z tym nastawieniem) wymienia Philippe’a Ariès’a. Śmierć wpisana w długie trwanie jawi się jako przechodząca przez fazy „długich zastojów”, przez powolną „ewolucję postaw zbiorowych”. Przemiany w postawach podatne są na „inercję” w związku z uwarunkowaniami, takimi jak sytuacja demograficzna czy „stawiające zdumiewający opór” rytuały oraz ludowe wierzenia⁹². Badanie śmierci w takiej perspektywie Vovelle zalicza do historii mentalności⁹³.

Kontynuując rozważania metodologiczne, Vovelle wymienia możliwe podejścia badawcze, grupując je według źródeł (rodzajów materiału poddawanego analizie), i ocenia ich przydatność do badań śmierci⁹⁴.

Pierwsze z tych podejść polega na próbie osadzenia w historii dokumentacji zebranej przez etnografów, badaczy folkloru. Vovelle odrzuca to podejście jako skazujące badacza na „bezczasowość historii, niemal zastygłej w miejscu”⁹⁵.

Drugie podejście to ujęcie kwantytatywne, oparte na tradycyjnych historycznych „wskaźnikach”: śladach materialnych (cmentarzach, mogiłach, grobach, nagrobkach i wotach) i śladach pisanych (epitafiach, kazaniach żałobnych, testamentach, zapisach w księgach parafialnych). Autor ocenia ten typ badań jako skutecznie naświetlający długie trwanie, podkreślając przy tym jednak wagę odpowiedniego doboru i oceny źródeł.

Trzecie podejście Vovelle nazywa „historią impresjonistyczną”. Opiera się ono na badaniu raczej „dokumentów unikalnych, lecz bardzo znaczących” niż anonimowych, masowych źródeł⁹⁶.

⁹¹ Zob. np. F. Braudel, *Morze Śródziemne i świat śródziemnomorski w epoce Filipa II*, przeł. T. Mrówczyński, M. Ochab, t. 1, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1976, s. 24. Także wstęp do tej książki B. Geremka i W. Kuli, s. 5–13. Por. z moim sposobem chronologicznego opisu fabularnych przedstawień śmierci – rozdz. *Wymiary śmierci* w części 1.

⁹² Por. M. Vovelle, op. cit., s. 38–39. Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy. Uwaga na marginesie: fascynująca jest sama metaforyka i wynalazczość językowa historyków tego nurtu historiografii (czyli historii społecznej, historii mentalności czy też mikrohistorii).

⁹³ Ibidem, s. 32, 48.

⁹⁴ Wymienia je w tekście, ale w sposób mniej zorganizowany niż w spisany przeze mnie niżej zestawieniu.

⁹⁵ M. Vovelle, op. cit., poglądy i cytaty przytoczone w następnych trzech akapitach ze s. 43–45.

⁹⁶ Por. z moim badaniem narracji fabularnych.

Wymienia też podejście demograficzno-statystyczne, które uważa za redukcjonistyczne: potrafi ono wyjaśnić wszelkie niepokoje wokół nowoczesnej śmierci tak zwanym „przejściem demograficznym”⁹⁷. Warto jednak pamiętać, że proces ten istotnie miał olbrzymi wpływ na współczesne podejście do śmierci⁹⁸.

Z wymienionych strategii Vovelle zaleca przede wszystkim drugą i trzecią: połączenie badań „masowych” śladów z badaniem śladów „wyjątkowych”, pozostawionych przez wybitne jednostki. Jednak to właśnie owo trzecie, „impresjonistyczne” podejście – to już moje spostrzeżenie – wydaje się mieć najwięcej naśladowców. Jeżeli dobrze zrozumiałem Vovelle’a, do właśnie takiego typu badań zaliczyłby projekt Philippe’a Ariès’a. To podejście wybrała również większość spośród historyków poruszających temat śmierci, których prace przytoczę niżej. Stawia ono historyka śmierci przed poważnym problemem.

Vovelle pisze:

Kiedy i do jakiego stopnia wolno nam wyciągać wnioski z takich przesłanek? Jak określić ogólnie panujący klimat? Co reprezentuje Goya i jego droga twórcza zdominowana przez wszechobecną śmierć? Co reprezentuje Sade? Cały trudny problem tego, jak historia mentalności powinna traktować świadectwa literackie i artystyczne, staje przed nami ze szczególną ostrością, gdy podchodzimy do niego od strony śmierci⁹⁹.

Ten cytat chyba dobrze pokazuje, dlaczego przytaczam w mojej pracy metadyskusję historyków. W części pierwszej – analizie narracji fabularnych – borykałem się z tym samym problemem. Dyskusja ta rzuca też nieco światła na specyfikę badań tematu śmierci w obrębie pola naukowego historii (zwłaszcza w kontekście tradycyjnych strategii badawczych tego pola, wypracowanych przy pisaniu historii politycznej).

⁹⁷ Zob. np. M. Okólski, *Demograficzno-instytucjonalne antynomie współczesności*, [w:] J. Reykowski, T. Bielicki (red.), *Dylematy współczesnej cywilizacji a natura człowieka*, Zysk i s-ka, Poznań 1997, s. 25–60.

⁹⁸ Por. ibidem, s. 49.

⁹⁹ M. Vovelle, op. cit., s. 48.

Vovelle w swoim tekście dokonuje też syntezy analizowanych podejść, tworząc listę hipotez, która jest jego zdaniem „uprawnioną podstawą dalszych badań”¹⁰⁰. Zgadza się, że śmierć się zmieniła. Odrzuca jednak zarówno trzymanie się czynnika demograficznego, jak i myślenie w kategoriach „nieświadomości zbiorowej”, o co oskarża Ariès’a. Do badania „hierarchii wzajemnego oddziaływania” czynników determinujących ewolucję „wyobrażeń zbiorowych” dotyczących śmierci proponuje między innymi krytykę marksowską. Powolna ewolucja postaw wobec śmierci pociąga za sobą przemiany ideologii tworzących się, by śmierć ujmować¹⁰¹. Wyobrażenia i postawy wobec śmierci według Vovelle’a „odzwierciedlają w sposób bezpośredni i głęboki klimat społeczny, a szerzej – wizję świata właściwą społeczeństwu (...)”¹⁰². Choć Vovelle przedstawia to w bardziej znuansowany sposób, zgadza się z koncepcją „śmierć to odbicie społeczeństwa”¹⁰³.

Vovelle wierzy w tabu śmierci. Wspomina o tabu kilkakrotnie jako o zjawisku współczesnym (używa nawet słowa „milczenie”). Jednocześnie pisze o „obfitości produkcji tanatologicznej”¹⁰⁴.

Wróćmy jednak do motywu przewodniego: dyskursu antropologicznego wokół śmierci. Vovelle wspomina o „modzie”, która każe historykom śmierci zwracać uwagę nie na zmiany demograficzne i gospodarcze, ani na sferę ideologii, ale raczej na niejasną strefę „pomiędzy”¹⁰⁵:

To moda sprawiła, że współcześni historycy stali się antropologami przeszłości, to ona skłania ich do prób zrekonstruowa-

¹⁰⁰ Ten i następne cytaty w tym akapicie: ibidem, s. 52–56.

¹⁰¹ Por. rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* w części 3 mojej pracy.

¹⁰² Por. M. Vovelle, op. cit., s. 54. Cytowane zdanie dotyczyło „śmierci barokowej”. Jego ciąg dalszy: „(...) właściwą społeczeństwu, którego jedną z ekspresji był barokowy obraz śmierci, tak samo jak jego polityczną ekspresją był absolutyzm”.

¹⁰³ Por. ibidem. Na ile historyczny dyskurs o śmierci przyjął postulat Vovelle’a, można się przekonać, śledząc dwie następne części niniejszego rozdziału. Por. też rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* w części 3 mojej pracy.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 57. Ten wątek rozwinę w odrębnym, poświęconym „tabu śmierci” rozdziale. Por. też cyt. z Vovelle’a na początku rozdziału *Tabu i brud* mojej pracy.

¹⁰⁵ Dosłownie: „nie poziom materialny (skutek zmian demograficznych i gospodarczych), nie poziom ideologiczny (historia myśli), lecz to co mieści się pomiędzy nimi i w co wpisuje się nieświadoma historia ludzi” – ibidem, s. 50.

nia – poza ekspresją myśli jasnej i sformalizowanej – historii mitów i kreacji wyobraźni zbiorowej, takiej, jaka wpisuje się przede wszystkim w gesty i praktyki, świadectwa bezwiedne, a przez to w jakiś sposób pewniejsze, niż zorganizowany dyskurs klerków i filozofów [wyróżnienie – P.Sz.]¹⁰⁶.

Vovelle pisze też (na samym początku tekstu):

Historia śmierci jest może właśnie dlatego tak fascynująca – chodzi o to, żeby sytuację odwrócić i czytać tę wymianę spojrzeń na wspak; wychodząc od śmierci i od stosunku ludzkości do śmierci, odnaleźć człowieka, uchwycić jego reakcję na owo przejście, które nie toleruje żadnej próby oszukania go [wyróżnienie – P.Sz.]¹⁰⁷.

To właśnie refleksja, jaką chciałbym rozwinąć: gdy akademicki dyskurs – a zwłaszcza dyskurs o przeszłości – podejmuje temat śmierci, nieuchronnie zbacza w stronę antropologii. Widzę w tym coś o wiele istotniejszego niż modę. Historycy wychodzą od śmierci, ale chcą znaleźć człowieka.

Śmierć na obrazie (obrazy śmierci w dyskursie o przeszłości)

W pisarstwie historyków zajmujących się śmiercią da się zauważyć pewien specyficzny rys. Chodzi tym razem konkretnie o warsztatową stronę techniki pisarskiej. Mam na myśli przywołanie obrazu śmierci. Zwykle będzie to obraz przypominający fabularne przedstawienie w literaturze pięknej, tyle że zrekonstruowany na podstawie historycznych źródeł pisanych. Może być także stworzony przez uważny opis (zwykle także zamieszczenie w tekście) dawnej grafiki, ryciny, sztychu, dzieła sztuki malarskiej. Za inspirację może też posłużyć rzeźba czy pomnik.

Następnie – i jest to nieodłączny element tej techniki pisarskiej – autorzy posługują się stworzonym obrazem jako efektownym punktem

¹⁰⁶ Ibidem, s. 50.

¹⁰⁷ Ibidem, s. 33.

wyjściowym, ilustracją, a zarazem inspiracją do rozwijania refleksji wychodzącej poza ramy tradycyjnej historiografii, a wkraczającej w dyskurs antropologii.

Poniżej przedstawiam kilka przykładów tego sposobu pisania: pochodzący z *Nadzorować i karać* Michela Foucaulta, z eseju *Martwy Chrystus Holbeina* Julii Kristevej, z tekstu Jeana Claira *Śmierć w mgnieniu oka* i wspomnianej już książki *Człowiek i śmierć* Phillipe'a Ariès'a. Jako szczególnie (i zarazem szczególnie ciekawy) przykład omawiam też esej *Pamiętając Holocaust. Żaloba i melancholia* Franka Ankersmita.

Spotkałem się z wieloma tekstami, w których da się wskazać opisywany przeze mnie zabieg. Do omówienia wybrałem przykłady zawierające odmienne rodzaje obrazów, przetwarzające obrazy w specyficzny sposób lub zawierające cenne dla całości pracy refleksje.

Swoją słynną książkę *Nadzorować i karać*¹⁰⁸ Michel Foucault rozpoczyna zapadającym czytelnikowi w pamięć, prawie trzystronicowym opisem egzekucji Roberta-François Damiensa – niedoszłego zabójcy króla Francji Ludwika XV. Foucault nie szczędzi nam szczegółów. Zrekonstruowany na podstawie historycznych źródeł obraz kaźni jest wiarygodny i krwisty. Zawiera między innymi długi opis zaserwowanych skazańcowi tortur, spisany przez żołnierza – naocznego świadka¹⁰⁹. Obraz kaźni Foucault porównuje – na zasadzie kontrastu – z drugim obrazem: obsesyjnie szczegółowym „regulaminem domu młodocianych więźniów w Paryżu”¹¹⁰. Te dwie zestawione ze sobą ilustracje są nie tylko punktem wyjścia, lecz także swoistym streszczeniem centralnego wątku książki, dotyczącego XVIII-wiecznego przejścia od fizycznego, cielesnego karania do (również fizycznego) zamknięcia i totalnego nadzoru nad skazanymi przestępcami.

Pomijając szczegółową analizę też zawartych w *Nadzorować i karać*, chciałbym tylko stwierdzić, że zauważam w tej książce dwa elementy, o których pisałem wyżej: przywoływanie obrazu śmierci i przechodzenie z dyskursu historii w dyskurs antropologii. Dzieło Foucaulta zasłu-

¹⁰⁸ M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Aletheia, Warszawa 1998.

¹⁰⁹ Zob. ibidem, s. 7–9.

¹¹⁰ Zob. ibidem, s. 9–10.

guje jednak na wyjątkową uwagę, ponieważ choć być może nie zastosował owej popularnej techniki jako pierwszy, z pewnością jego piarstwo (w tym pisarski styl) miało olbrzymi wpływ na historyków, zwłaszcza we Francji.

Foucault, prowadząc swą genealogiczną analizę dyskursu, uprawia zarazem refleksję z pogranicza historii mentalności, socjologii, antropologii kulturowej i filozofii. Píše zaś wyrazistym, pełnym metaforyzacji stylem, bliskim esejowi literackiemu.

Interesujący jest też zwyczaj Foucaulta: zamieszcza on w tekście dużą liczbę XVIII-wiecznych rycin – kolejnych obrazów. Po raz pierwszy robi to, o ile mi wiadomo, właśnie w *Nadzorować i karać*. Nie jestem w stanie stwierdzić, czy inspiracja Foucaultem rzeczywiście miała miejsce w każdym z przywoływanych przykładów, ale te cechy stylu – lepiej lub gorzej adaptowane – można znaleźć u Vovelle’a, Kristevej, Claira, Vernanta, Arasse’a, czyli u większości omawianych tu autorów.

Mistrzem w rekonstruowaniu obrazów śmierci był Phillippe Ariès, autor dzieła *Człowiek i śmierć*¹¹¹. Obrazami literackimi, opisami malowideł i rzeźb (na przykład posągów nagrobnych), obrazami zaczerpniętymi z legend, mitów i starożytnych eposów Ariès rozpoczyna prawie każdy rozdział. By omówić same przedstawienia literackie, autor powołuje się między innymi na: *Odyseję* Homera, *Dzieje Apostolskie*, *Pieśń o Rolandzie*, *Dzieje Tristana i Izoldy*, *Wielki Testament* François Villona, *Don Quijote* Miguela de Cervantesa, bajki Jeana de La Fontaine’a, *Rękopis znaleziony w Saragossie* Jana Potockiego, *Trzy śmierci* i *Śmierć Iwana Iljicza* Lwa Tołstoja, a także *Oddział chorych na raka* Aleksandra Sołżenicyna. Za każdym razem jest to krótki opis, stanowiący ilustrowaną cytatami rekonstrukcję z wyjściowego tekstu literackiego. Opisy te służą jednak autorowi za przesłanki tezy o innego rodzaju obrazach śmierci. Chodzi o swoje modele umierania o statusie literackich struktur długiego trwania¹¹².

O takim obrazie Ariès mówi już w pierwszych słowach swojej książki.

¹¹¹ Op. cit.

¹¹² Por. np. B. Geremek, W. Kula, *Wstęp. Ferdynand Braudel i „Morze Śródziemne”*, [w:] F. Braudel, *Morze Śródziemne i świat śródziemnomorski w epoce Filipa II*, przeł. T. Mrówczyński, M. Ochab, t. 1, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1976, s. 5–17.

Obraz śmierci, który obieramy sobie za punkt wyjścia naszych dociekań, pochodzi z wczesnego średniowiecza; jest to, z grubsza mówiąc, śmierć Rolanda, ale właściwie znacznie wcześniejsza: jest to achroniczna śmierć z długich okresów najodleglejszej historii, a może i prehistorii. Przetrwiała średniowiecze i odnajdujemy ją u drwała z bajki La Fontaine'a, wśród chłopów Tołstoja, a także u starej angielskiej damy w XX wieku (...) ¹¹³.

Mowa tu oczywiście o śmierci oswojonej ¹¹⁴.

Jeśli chodzi o zawartą u Ariès'a refleksję antropologiczną, nie widzę potrzeby dłuższego dowodzenia, że książka ją zawiera. Wiele mówi już sam tytuł dzieła. Ariès nie chciał spisać historii wyobrażeń i postaw, ale historii relacji człowieka ze śmiercią.

Julia Kristeva w tekście *Martwy Chrystus Holbeina* również zaczyna swój tekst, a następnie buduje cały swój wywód, bazując na obrazie. Tym razem w znaczeniu dosłownym – chodzi o dzieło sztuki malarskiej.

Kristeva podaje między innymi taki opis:

Obraz Holbeina przedstawia trupa, rozciągniętego samotnie na podwyższeniu okrytym lekko udrapowanym prześcieradłem. Namalowany trup naturalnych rozmiarów ukazany jest profilem z głową lekko przechyloną ku widzowi, z włosami rozsypnymi na prześcieradle. Prawa ręka, ta widoczna, wydłużająca umęczone i wychudzone ciało, a dłoń delikatnie zsuwa się z podwyższenia. Wypukła pierś tworzy trójkąt wewnątrz bardzo wąskiego i długiego prostokąta niszy, który jest ramą obrazu. Ta pierś nosi krwawe znamię włóczni, a na dłoni widać stygmaty ukrzyżowania, które usztywniają wyprostowany środkowy palec. Ślady gwoździ znaczą stopy Chrystusa. Na obliczu męczennika maluje się boleść bez nadziei. Puste spojrzenie, wyostrozony profil, zielonkawa cera są jak u człowieka rzeczywiście martwego, jak u Chrystusa opuszczonego przez Ojca („Boże mój, czemuś mnie opuścił?”) i bez obietnicy Zmartwychwstania ¹¹⁵.

¹¹³ P. Ariès, op. cit., s. 19.

¹¹⁴ Por. rozdz. *Typy przedstawień choroby i śmierci* i *Nauki z rewizji własnych pomysłów*, a także rozdz.: *Emancypacja umierających* mojej pracy.

¹¹⁵ J. Kristeva, *Martwy Chrystus Holbeina*, przeł. R. Lis, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiarzy śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 287.

Kristeva uzupełnia swój własny opis cytatem literackim – wypowiedziami bohaterów *Idioty* Dostojewskiego¹¹⁶, którzy opisują ten sam obraz.

Na obrazie twarz ta jest okropnie pobita, spuchnięta, pokryta straszliwymi, nabrzmiałymi, skrwawionymi sińcami, oczy otwarte, źrenice skrzywione; wielkie, odsłonięte białka oczu świecą jakimś martwym, szklanym odbłaskiem (...) ¹¹⁷.

Od opisu ważniejsze są jednak refleksje, jakie obraz wywołuje w bohaterach (zapisane w powieści Dostojewskiego). Refleksje te Kristeva rozwija w swoim tekście, cały czas oscylując wokół wyjściowego obrazu. Esej porusza takie kwestie, jak: żaloba, cierpienie, melancholia, utrata sensu życia, kryzys wiary – czyli stare filozoficzne problemy trapiące człowieka (ukazane tu z perspektywy chrześcijańskiej)¹¹⁸. Tematem tego eseju znowu jest relacja człowieka i śmierci, zmaganie człowieka z dylematami, na które śmierć go wystawia. Ten esej także można określić jako antropologiczny: Kristeva uprawia antropologię filozoficzną.

Przywoływany obraz może być rekonstrukcją na podstawie dokumentów, obrazem literackim, obrazem malarskim. Jak postaram się pokazać, odwołując się do pracy Jeana Claira, obraz ten może być także alegorią lub fantazmatem¹¹⁹. Będzie to wyjątkowo jaskrawy przykład łączenia historycznych obrazów z refleksją antropologiczną.

Clair zaczyna swój tekst¹²⁰ od przywołania fragmentu *Satyryk* Petroniusza, w którym przedstawiony jest wizerunek „Niezgody”. Następnie porównuje go z alegorią rewolucyjnej Republiki – satyrycznym sztychem z 1797 roku. Oba wizerunki przypominają Hydrę – przedstawiają starą kobietę z węzowymi włosami, w podartej szacie i z atrybutami zbrodni w rękach: „krwawą pochodnię” w pierwszym tekście, „pochodnię pozo-

¹¹⁶ Zob. Ibidem, s. 283 i 286.

¹¹⁷ Ibidem, s. 286.

¹¹⁸ Omawia też pewne rozdzarcie w podejściu do śmierci obecne w chrześcijańskiej teologii i sztuce – do tego zagadnienia jeszcze wrócę.

¹¹⁹ Zob. np. M. Janion, *Projekt krytyki fantazmatycznej. Szkice o egzystencjach ludzi i duchów*, PEN, Warszawa 1991, s. 7–29.

¹²⁰ J. Clair, *Śmierć w mgnieniu oka*, przeł. D. Sęczek, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 143–168.

gi” i sztyletem w drugim. Cytat z antycznego tekstu i zaraz potem opis XVIII-wiecznej ryciny – dwa alegoryczne przedstawienia pełne symboli śmierci – otwierają tekst Claira. Są w nim zamieszczone także grafiki przedstawiające: ścięcie Ludwika XVI, Marię Antoninę wieszoną na szafot, Perseusza z odciętą głową Hydry w dłoni. Dodam, że tematem, a może raczej motywem przewodnim tekstu jest gilotyna.

Autor dokonuje w eseju wielu skomplikowanych porównań i metaforyzacji. Dominującym zestawieniem jest przyrównanie działania gilotyny (i licznych nabudowanych wokół niej znaczeń) do fotografii. Podobieństwem, na jakim oparte jest to porównanie, jest „umiejętność” obu wynalazków błyskawicznego chwytania – „petryfikacji” – ludzkich rysów twarzy¹²¹.

Autor przywołuje w tekście katalog dawnych wyobrażeń dotyczących człowieka: wiarę w „uniwersalną siłę życiową”, próby „scharakteryzowania zmienności uczuć ludzkich”, „taksonomię wrażeń ludzkich”, „metodę interpretacji znaków twarzy ludzkiej”, „taksologię ekspresji ludzkiej”, próby tworzenia „nauki zdolnej przybliżyć sekrety duszy ludzkiej za pośrednictwem systemu znaków”, „zasady proporcji ciał mężczyzn i kobiet”, a nawet lacanowską „fazę lustra”¹²². Przywołane poglądy antropologiczne w metaforyczny, bardzo literacki sposób łączy z opisywaną przez siebie figurą gilotyny. Na przykład (o gilotynie):

[j]est procesem wykorzystującym „niezmienne środki mechaniczne, dzięki którym określić można z góry zarówno siłę, jak i efekt działania”, pozwalającym na unieruchomienie strumienia uczuć, a następnie sfotografowanie ich w trzech wymiarach w momencie, kiedy osiągają punkt kulminacyjny. Mówiąc dokładniej, zezwala na poddanie ich heliografii, uchwycenie chwilowości uczucia w czarnym słońcu śmierci. Wiadomo, że Niepce¹²³ zdefiniował swój wynalazek, jako malowanie słońcem¹²⁴.

Można odnieść wrażenie, że Clair daje się ponieść stylowi. Analizując warstwę symboliczną Rewolucji Francuskiej¹²⁵, przywołuje między

¹²¹ J. Clair, op. cit., s. 146.

¹²² Por. ibidem, s. 147–151.

¹²³ Joseph-Nicéphore Niepce – francuski fizyk i wynalazca – jako pierwszy wykonał trwały obraz fotograficzny.

¹²⁴ J. Clair, op. cit., s. 148.

¹²⁵ Należałoby powiedzieć: jej uniwersum symboliczne.

innymi: symbolikę antycznych kultów Mitry i Kybele, rytuały obrzezania i samokastracji, różnice między sztuką antyczną a neoklasyczną; wspomina o figurkach Wenus z neolitu, doszukuje się doniosłego znaczenia w rozwoju sztuki fryzjerskiej w przeddzień Rewolucji, a nawet spekuluje na temat symboliki fallicznej czapki frygijskiej¹²⁶. Kolejny „niezwykle” dobrany przykład stylu:

Tam, gdzie potoczyła się głowa Króla-Słońce, a raczej: zakrwawiona, ze spływającymi kroplami krwi żołądź pod napletkiem czerwonej czapki, złożony obelisk w stylu egipskim odstrasza przerażające siły czarnego słońca Rewolucji¹²⁷.

Spoiłem łączącym przywoływane obrazy, anegdoty i detale z głównym przedmiotem refleksji (spróbuję go zdefiniować: rewolucyjnym fantazmatem błyskawicznej śmierci) jest antropologia kulturowa. Porównując gilotynowanie z robieniem portretu czy analizując ikonografię gilotyny-maszyny, Clair uprawia antropologię obrazu. Analizując gest kata wyciągającego rękę z odciętą głową króla, staje się antropologiem widowiska, teatru, spektaklu. Pisząc o fryzjerach, skłania się ku (nazwijmy to tak) antropologii (dawnego) życia codziennego. Porównania zaś do antycznych obrzędów i analiza rytuałów to krok w stronę brytyjskiej antropologicznej klasyki.

Kolejny raz historyk wychodzi od obrazów śmierci, buduje swoją refleksję wokół figury śmierci, a swoją analizą wkracza w dyskurs antropologii.

Dodam jeszcze, że niemal identyczną analizę, a także podobny styl pisania i prowadzenia wywodu, odnalazłem w tekście Daniela Arasse’a *Gilotyna a portret*¹²⁸, a także (być może w mniejszym stopniu) w tekście *Fotografia i fetysz* Christiana Metza¹²⁹. Wszystkie trzy teksty spekulują na temat podobieństwa fotografowania, tworzenia obrazów do uśmiercania. We wszystkich pojawiają się historyczne obrazy śmierci i refleksja, którą należy zaliczyć do antropologii kulturowej.

¹²⁶ Por. ibidem, s. 157–162.

¹²⁷ Ibidem, s. 161.

¹²⁸ D. Arasse, *Gilotyna a portret*, przeł. M.L. Kalinowski, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiały śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 129–142.

¹²⁹ Ch. Metz, *Fotografia i fetysz*, przeł. A. Oleńska, S. Sikora, „Kwartalnik Filmowy” 2006, nr 54–55, s. 246–254.

Ostatni przykład – interesujący ze względu na swą oryginalność – to obraz stworzony przez opisanie doświadczenia obcowania z pomnikami. Chodzi o esej *Pamiętając Holocaust. Żaloba i melancholia* Franka Ankersmita¹³⁰. Autor zamieszcza w nim między innymi taki opis:

[S]pacerując ścieżkami pomiędzy pomnikami Yad Vashem, w oddali, na tle obrysowanych niebem wzgórz, można zobaczyć białe domy nowej Jerozolimy, które wyglądają jak przeniesione z quasi-surrealistycznych fresków Fra Angelico. Z powodu swojego kojącego spokoju i odznaczającej się na tle błękitu nieba świetlistej bieli, te peryferie Jerozolimy wydają się stawać elementem samego pomnika lub, w bardzo znaczący sposób, go uzupełniać. To tak, jakby pokuta za te nie dające się nazwać koszmary przeszłości, które upamiętnia Yad Vashem, ujawniała się w niemej bieli nowej Jerozolimy¹³¹.

Yad Vashem to kompleks pomników na przedmieściach Jerozolimy, będący oficjalnym monumentem państwa Izrael upamiętniającym ofiary Holocaustu.

Następny obraz Ankersmit przytacza z innej pracy:

Na posadzce *Ohel Yiskor* – dosłownie Namiot Upamiętnienia – znajdują się nazwy dwudziestu dwóch największych obozów koncentracyjnych, które zostały ułożone w porządku geograficznym. W rogu, bezpośrednio pod gołym niebem, wśród ostrzy z brązu, które wydają się otwierać jak płatki czarnego kwiatu, migocze wieczny płomień. Jest on skąpany w przyćmionym promieniu światła padającym z otwartej przestrzeni nad nim i ustawionym zaraz za białą granitową płytą, która osłania jamę zawierającą prochy z obozów śmierci. (...) Można to traktować bardziej dosłownie jako wspólny *metzvah* dla nieznanych ofiar, jako kryptę [skrót – F.A.]¹³².

I ostatni już obraz:

¹³⁰ F. Ankersmit, *Pamiętając Holocaust. Żaloba i melancholia*, przeł. A. Ajschtet, A. Kubis, J. Regulska, [w:] F. Ankersmit, *Narracja, reprezentacja, doświadczenie. Studia z teorii historiografii*, Universitas, Kraków 2004, s. 403–426.

¹³¹ Ibidem, s. 409–410.

¹³² J. Young, *The Texture of Memory. Holocaust Memorials and Meaning*, Yale University Press, New Haven 1993, s. 254, [za:] F. Ankersmit, op. cit., s. 413–414.

Z przedsionka, po kilku krokach, schodzimy niżej w zaciemniony, wąski, aczkolwiek wysoki, ośmiokątny centralny filar. Obie strony korytarza są pokryte lustrami za pleksiglasem. Jedyne oświetlenie daje pięć *ner neshama*, czyli świec żałobnych; lustra sprawiają, że odbicia świec zwielokrotniają się nieskończenie w galaktykę światła, z przodu, z tyłu, z góry i z dołu, tak że każde z nich symbolizuje duszę jednego z dzieci¹³³.

Przytoczone tu opisy nie są „obrazami śmierci” takimi, jak w poprzednio omawianych tekstach. Ankersmit oprowadza nas po kompleksie pomników. Cały czas pamiętamy jednak, co owe pomniki upamiętniają. Przedstawiają (choć nie figuratywnie) ofiary Szoa – najdonioślejszego zbiorowego „doświadczenia śmierci” naszej cywilizacji. Dlatego też wspominam o tym autorze, pisząc o używaniu obrazów śmierci.

Opisy Ankersmita są bardzo plastyczne, impresyjne. Opowiada o detalach, ale też o własnych skojarzeniach. Chce, żeby czytelnik wyobraził sobie pomniki. By udzieliło mu się wywołane przez nie wrażenie. W tym miejscu wyjaśnię, o czym jest tekst Ankersmita: holenderski historyk pisze o *doświadczeniu*. Dwa pomniki: Mauzoleum Pamięci (drugi cytat) i Pomnik Dzieci (cytat trzeci) są dla niego punktem wyjściowym do wprowadzenia rozróżnienia między „doświadczeniem przeszłości” a „doświadczeniem dotyczącym przeszłości”. Pierwszy z pomników organizuje doświadczenie przeszłości (doświadczenie osób, które przeżyły Holocaust), drugi zaś wywołuje w widzu głębokie poruszenie emocji, nie wymagając jednak pamięci własnych „prawdziwych doświadczeń”¹³⁴. To rozróżnienie autor zestawia z omawianymi również pojęciami melancholii, nerwicy, żaloby i traumy. Pisze, że „*Doświadczenie* o stawia nas bardziej w obliczu nerwicy i melancholii niż traumy”¹³⁵, konkludując: „Pamięć o Holokauście musi pozostać chorobą, psychiczną dolegliwością, na którą nie możemy nigdy przestać cierpieć”.

Wyjawiam tę puentę, by po raz kolejny przypomnieć związki piarstwa historycznego z antropologią kulturową. Oczywiście można dyskutować o takich klasyfikacjach. Uważam jednak, że z jednej strony

¹³³ F. Ankersmit, op. cit., s. 415.

¹³⁴ Por. ibidem, s. 424–425.

¹³⁵ Ibidem, ten i następny cytat ze s. 425.

korzystanie w pracy historycznej z pojęć freudowskiej psychoanalizy, a z drugiej strony rozwijanie refleksji o doświadczeniu zbliża także tego historyka do dyskursu antropologicznego¹³⁶.

Opisywanej przeze mnie techniki pisarskiej (czy też narracyjnej struktury) wcale nie uważam za błędną. Być może to jeden z niewielu skutecznych sposobów pisania interesującej, „dającej do myślenia” historii: historyczne obrazy i wymykające się klasyfikacjom refleksje. Na uwagę zasługuje jednak różnica między tym stylem pisania a „syntetyczną” metodologią badania śmierci, proponowaną przez Michela Vovelle’a. Omawiany styl jest „impresyjny” i mało zorganizowany. Wykorzystuje raczej unikalne przekazy wybitnych jednostek (dzieła sztuki, obrazy literackie, malarstwo) niż „masowe” ślady materialne, które można poddać systematycznej analizie. W ogóle nie szuka też „bazy” wyobrażeń o śmierci w stosunkach społecznych, a co najwyżej w „klimacie społecznym” epoki¹³⁷.

I ostatecznie spostrzeżenie: zadziwiająco liczne obrazy używane w akademickim dyskursie o śmierci wydają się bardzo odległe od dominującego współcześnie doświadczenia śmierci¹³⁸.

Śmierć o dwóch obliczach

W dyskursie o przeszłości można znaleźć liczne przykłady opisów pewnego rozdwojenia w dawnych wizjach śmierci.

Uważam, że to rozdwojenie – w każdej z opisywanych postaci – leży głęboko u podstaw współczesnej wizji śmierci, także w narracjach fabularnych i w świadomości „odbiorców” współczesnego dyskursu o śmierci.

Pierwszym z trzech wybranych przeze mnie przykładów będzie tekst Jean-Pierre’a Vernanta *Śmierć grecka – śmierć o dwóch obliczach*. Autor rekonstruuje w nim dwie przeciwstawne wizje śmierci, pochodzące ze

¹³⁶ Mam nadzieję, że użycie tego przykładu nie będzie mi poczytane za zbyt śmiałe. Ankersmit jest wszak szanowanym teoretykiem historii i narratologii – dziedzin, do których zbliżam się, mówiąc o stylach pisarstwa historycznego.

¹³⁷ Por. M. Vovelle, op. cit. s. 54. Por. podrozdz. *Historia ludzi w zwierciadle śmierci* niniejszego rozdziału.

¹³⁸ Por. omówienie typów *śmierć-znak* i *śmierć „prawdziwa”*, w którym wskazuję na ważne ograniczenie używania tego terminu – rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

świata antycznego. Jedną z nich to śmierć jako „ideał życia bohaterskiego” – wyidealizowana, chwalebna, zarezerwowana dla herosów. „[P]ojawia się w chwale, promienieje jak ideał, któremu prawdziwy bohater poświęcił swoje istnienie”¹³⁹. To „piękna śmierć”, która na zawsze zapewnia miejsce w ludzkiej pamięci.

Ta druga to śmierć, która „uosabia to, co niewypowiedziane, nie do zniesienia, ukazuje się jako przerażająca okropność”¹⁴⁰. Reprezentują ją makabryczne przedstawienia ciał „zmienionych nie do poznania, znieważonych, zniekształconych, okaleczonych”¹⁴¹, ale także bezimiennych cieni wypełniających zaświaty. W tej wizji „przerażający świat śmierci jest światem beładu, chaosu, niezrozumienia, w którym nikt ani nic nie istnieje”¹⁴².

Autor zauważa, że te dwie wizje pozostają w ścisłym związku – wzajemnie sobie zaprzeczają: „zaprzeczenie jest oczywiste: dwie przeciwstawne formy śmierci potwierdzają się i wzmacniają się poprzez wzajemne wykluczanie (...)”¹⁴³. Co jednak ważniejsze, ocenia też, że choć obie wizje rekonstruuje na podstawie epickich przekazów – jedna z nich jest bliższa „rzeczywistości” greckiego świata niż druga.

Pierwsza, heroiczna wizja odzwierciedla wszystkie „światowe” wartości starożytnych Greków: „siłę, urodę, młodość, zapal do walki”; dzięki przykładowi heroicznej postaci wartości te „uzyskują spójność, stabilność i ciągłość”. Wizja ta jest tylko przedstawieniem, figurą, w służbie zbiorowej pamięci Greków: „Wydzierając zapomnieniu imiona bohaterów, pamięć społeczna usiłuje (...) osadzić w absolutie cały system wartości, aby uchronić go przed nietrwałością, niestałością, zniszczeniem, jednym słowem – by uchronić go przed czasem i przed śmiercią”.

Druga, makabryczna wizja śmierci, to według Vernanta po prostu rzeczywistość. Jednak idealizacje nie służą przemilczeniu jej czy „zaczarowaniu” – jest w nich raczej głęboko obecna i jednoznacznie oceniana jako trudna do zaakceptowania i straszna. Vernant pisze:

¹³⁹ J.P. Vernant, *Śmierć grecka – śmierć o dwóch obliczach*, przeł. M. Sawiczewska-Lorkowska, [w:] *Wymiary śmierci*, S. Rosiek (red.), Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 275.

¹⁴⁰ Ibidem, s. 275.

¹⁴¹ Por. ibidem, s. 278.

¹⁴² Ibidem, s. 281.

¹⁴³ Ibidem, następnych sześć cytowań ze s. 277–278.

Budowanie ideału śmierci nie polega na ignorowaniu bądź negacji jej po-twornej rzeczywistości. Przeciwnie: ideał zbudować można tylko w takiej mierze, w jakiej „rzeczywistość” została jasno określona jako przeciwna owemu ideałowi. (...) Proces idealizacji uznaje rzeczywistość śmierci.

Autor zakłada, że dla Greków „rzeczywistość” śmierci była makabrą – bliżej im więc do społeczeństw nowoczesnych, gdzie śmierć jest według interpretacji Ariès’a „dzika”, niż do tych bliżej nieokreślonych czasów przedindustrialnych, kiedy była „oswojona”. Odnoszę jednak zarazem wrażenie, że Vernant, pisząc o Grekach – naszych duchowych przodkach, nie przestawał myśleć o „rzeczywistości” śmierci w kategoriach współczesnych; a ściślej – współczesnego stadium dyskursu o śmierci.

Chciałbym wreszcie zauważyć (po to streściłem ten skomplikowany wywód), że opisana przez Vernanta różnica w świecie greckim między „rzeczywistą” śmiercią a śmiercią wyidealizowaną przypomina opisywaną już w tej pracy różnicę między dwoma typami przedstawień śmierci we współczesnych narracjach fabularnych: przedstawieniami bliższymi i odleglejszymi od indywidualnego doświadczenia¹⁴⁴. Postaram się rozwinąć tę myśl za chwilę.

Wpierw jednak – następny przykład.

Julia Kristeva, we wspomnianym już tekście¹⁴⁵, przypomina spostrzeżenie Hegla odnośnie do pewnej dwoistości chrześcijańskiej wizji śmierci: „z jednej strony jest ona naturalną śmiercią naturalnego ciała, z drugiej jest «największą miłością», «najwyższym wyrzeczeniem się siebie dla Innego»”¹⁴⁶. Według autorki właśnie to rozbieżenie jest tematem obrazu Holbeina, a także tym, co powoduje, że jest tak fascynujący. Chrystus jest Bogiem, ale jest też martwym ciałem, sztywnym trupem człowieka – tak właśnie musieli widzieć go uczniowie w „sportretowanym” przez Holbeina momencie¹⁴⁷. Wątpliwości, jakie budzi ten widok, towarzyszą

¹⁴⁴ Zob. podrozdz. *Śmierć-znak – śmierć „prawdziwa”* w części 1.

¹⁴⁵ J. Kristeva, op. cit.

¹⁴⁶ Ibidem, s. 305.

¹⁴⁷ Por. cytat z Dostojewskiego na początku tekstu Kristevej: „jeżeli takiego właśnie trupa widzieli wszyscy Jego uczniowie, Jego główni przyszli apostołowie, widziały kobiety chodzące za Nim, to jakim sposobem mogli uwierzyć, patrząc na takiego trupa, że ten męczennik zmartwychwstał?” – F. Dostojewski, *Idiota*, przeł. J. Jędrzejewicz, PIW, Warszawa 1987, s. 454–455; [za:] J. Kristeva, op. cit., s. 286.

chrześcijaństwu od zawsze. Naturalna śmierć ciała – widoczna, niezaprzeczalna – stanowi wyzwanie dla wiary w soteriologiczne obietnice chrześcijaństwa (i każdej innej religii).

Rozdarcie to znalazło, według Kristevej, odbicie w ukształtowaniu się dwóch biegunów chrześcijańskiej sztuki sakralnej: „sztuka gotycka pod wpływem duchowości dominikańskiej faworyzuje patetyczne ujęcia naturalnej śmierci, sztuka włoska zaś pod wpływem duchowości franciszkańskiej wychwala w seksualnym pięknie świetlistych ciał i harmonijnej kompozycji chwałę i wzniosłość tamtego świata”¹⁴⁸. Obraz Holbeina, według Kristevej, „sytuuje się dokładnie w miejscu tego rozdarcia”¹⁴⁹.

Moją uwagę w puencie tekstu Kristevej zwróciło rozróżnienie między śmiercią „naturalną”, śmiercią ciała a śmiercią interpretowaną jako świadomy akt o wielkiej mocy oraz przedstawianą za pośrednictwem estetycznego przetworzenia – upiększenia i udratyzowania. Tak jak w przypadku tekstu Vernanta o śmierci w świecie antycznym, także w opisie wizji chrześcijańskiej pojawia się rozdwojenie na wizję bliższą rzeczywistości i wizję zbudowaną przez jej przetworzenie.

Ostatni przykład zaczerpnąłem z dyskusji Christiana Chabanisa (dziennikarza i pisarza) z Emmanuelem Le Roy Ladurie'm (historykiem średniowiecza ze szkoły Annales)¹⁵⁰. Postawione w niej zostaje pytanie o „oblicza, które w naszym społeczeństwie śmierć czy też zmarli przybierali w ciągu wieków”¹⁵¹.

Głównym przywoływanym przez rozmówców „obliczem” jest „śmierć-postać”¹⁵². Chodzi o personifikację śmierci, jak średniowieczny motyw śmierci-kostuchy czy starsze wyobrażenia, jak grecki bóg Thanatos¹⁵³, ale też „śmierć jako taką, postać, naturę rzeczy”¹⁵⁴.

¹⁴⁸ Ibidem, s. 306.

¹⁴⁹ Ibidem.

¹⁵⁰ Ch. Chabanis, *Śmierć, kres czy początek?*, przeł. A.D. Tauszyńska, PAX, Warszawa 1987, s. 69–79.

¹⁵¹ Ibidem, s. 69.

¹⁵² Taka pisownia pojawia się w tekście: ibidem, s. 74.

¹⁵³ Por. z przedstawieniami śmierci jako osoby w narracjach fabularnych – rozdz. *Wymiary śmierci*. Por. też metafory-personifikacje o budowie ŚMIERĆ TO OSOBA – rozdz. *Piramida metafor* w części 3 niniejszej pracy.

¹⁵⁴ Ch. Chabanis, op. cit., s. 70.

W chrześcijaństwie nie jest ona ściśle mówiąc postacią, nie jest osobą, lecz pozostaje wrogiem. Jeśli zaś nie jest osobą, nie wiadomo kogo winić za fakt umierania. Jeśli natomiast jest kimś, to związana jest z mitologią, z innymi postaciami mitycznymi, które również uzależniają człowieka od zaświatów śmierci, od świata, do jakiego śmierć prowadzi¹⁵⁵.

W stosunku do takiej śmierci ludzie przyjmowali różne postawy: oprócz strachu, pewne „ślady poufałości”. „Oszukuje się ją, żartuje się z niej”; jest to „istota, którą trzeba pokonać, oszukać i związać”. Wymieniany też jest motyw „śmierć jako wróg”.

Refleksje na temat śmierci jako postaci dominują w rozmowie, nie jest to jednak jedyna wizja śmierci, jaka się z niej wyłania – tu także pojawia się rozdzielenie. Po wspomnieniu „obrazów narzucanych nam przez informacje telewizyjną”, Chabanis mówi:

O ile śmierć nie ma oblicza, o tyle – przeciwnie – dalekie śmierci, śmierci w przestrzeni nadają jej oblicze. Śmierć w Wietnamie lub śmierć w Dachau przez swoją okropność stanowią pewną formę istoty samej rzeczy (...) Oferuje się nam pewną liczbę obrazów, które jednocześnie są śmiercią i umarłymi. Co prawda śmiercią gdzie indziej i daleko, ale ta odległość i ten rodzaj epickiego powiększenia, czyż nie czynią z niej właśnie istoty? [podkreśl. – P.Sz.].

Śmierć tragiczna, dramatyczna, nawet gdy pochodzi z „rzeczywistego” świata – również potrafi przekształcić się w mityczną „postać”, wydestylować w esencję. Autor wywiadu zarysowuje tu różnicę między „rzeczywistym” światem – w którym dzieją się tragedie, takie jak wojna w Wietnamie czy ludobójstwo w Dachau – a światem obrazów, w którym działają procesy mityzacji i który powstaje z przedstawiania i przetwarzania tych tragedii (między innymi w mediach)¹⁵⁶.

¹⁵⁵ Ibidem, to i następnych pięć cytowań ze stron 74–76.

¹⁵⁶ Według Rolanda Barthes’a mityzacja to „przestawienie szeregów natury i kultury”, czyli przedstawianie tego, co historyczne, społecznie uwarunkowane i przygodne jako tego, co odwieczne, uniwersalne i zrozumiałe samo przez się. Por. R. Barthes, *Mitologie*, przeł. A. Dziadek, Wydawnictwo KR, Warszawa 2000. Chabanis i Le Roy Ladurie nie wprowadzają w rozmowie pojęcia mityzacji; jest to już moim uzupełnieniem. Por. J. Bau-

Chwilę później w dyskusji pojawia się następująca refleksja:

(...) w tym samym czasie, kiedy obrazy te do nas docierają, odsuwamy skądinąd od siebie śmierć realną. Coraz częściej umiera się w szpitalu, pogrzeby są coraz dyskretniejsze, liturgia bywa coraz bardziej laicka i obojętna (...) [podkreśl. – P.Sz.]¹⁵⁷.

Obrazy w mediach tracą na znaczeniu w stosunku do swoich pierwowzorów (zobrazowanych wydarzeń), stając się rodzajem mitów – ale tych już odczarowanych; są od razu nieaktualne, zdają się niespecjalnie nas dotyczyć. Równolegle nabieramy podobnego stosunku do wydarzeń, które były podstawą tych obrazów, ale też do wydarzeń z naszego otoczenia, które dotyczą naszych bliskich. Je także zdołaliśmy „odsunąć”.

Odwracanie doświadczenia

Wszystkie te spostrzeżenia dotyczące dwoistości wizji śmierci w zachodniej kulturze można porównać do mojego pierwotnego rozróżnienia na *śmierć-znak* i *śmierć „prawdziwą”*. Pisząc o różnicy między tymi sposobami przedstawiania, podkreślałem stosunek obrazu śmierci do fabuły dzieła: *śmierć-znak* jest przedstawieniem w służbie fabuły, przy pokazywaniu zaś *śmierci „prawdziwej”* fabuła służy przedstawieniu. Tym razem chciałbym podkreślić inne elementy różnicy: stopień estetyzacji i odległość od doświadczenia śmierci.

Jeszcze raz spójrzmy na trzy przytoczone właśnie przykłady: ideał śmierci heroicznej przeciw makabrycznej śmierci zwyczajnej; piękno i patos chrześcijańskiej śmierci przeciw naturalnej śmierci ciała; śmierć zesencjalizowana przeciw odsuwanej realności śmierci. Gdy pogrupujemy strony tych trzech rozróżnień (według podobieństwa), otrzymujemy dwie przeciwstawne wizje śmierci w naszej kulturze. Pierwsza: śmierć heroiczna, dumna, odważna, piękna, etycznie jednoznaczna, dramatyczna, mieniąca się wszechobecnymi obrazami i dzięki temu mniej groźna, będąca działającym według planu żywiołem o wielkiej sile, a jednocze-

drillard, *Duch terroryzmu. Requiem dla Twin Towers*, przeł. R. Lis, Sic!, Warszawa 2005. Por. rozdz. *Wymiary śmierci* mojej pracy.

¹⁵⁷ Ch. Chabanis, op. cit., s. 77.

śnie dobrowolnie przyjmowana, okiełznana, oswojona, a wręcz możliwa do pokonania. Druga: makabryczna, brzydka, cielesna, straszna, nieodwołalna, naturalna i nieciekawa, zwykła, anonimowa, taka, z którą w ostatecznym rachunku każdy człowiek musi zmierzyć się sam i starcie to – jakkolwiek heroicznie by nie walczył – przegra; choć umierającemu wydaje się bardzo ważna – mało kogo obchodzi; jest możliwa do odizolowania i ukrycia tylko tak długo, jak długo nie dotyczy nas samych: nie gdzieś daleko – tylko tu i teraz¹⁵⁸.

Opisane przez wymienionych autorów przeciwstawne wizje pochodzą z kultury starożytnej Grecji, z chrześcijańskiej teologii i sztuki, z europejskich mitycznych wyobrażeń. Są to źródła bardzo ważne dla euroatlantyckiej kultury – tej samej, z której pochodzą tak analizowane w mojej pracy narracje fabularne, opisywany dyskurs o śmierci, jak i pacjenci hospicjum, z którymi przeprowadziłem wywiady.

Warto też wyciągnąć wnioski z istnienia przedstawień śmierci cielesnej, makabrycznej i trudnej do zaakceptowania zarówno w starożytnej Grecji, w gotyckim i późnorennesansowym malarstwie (Holbein), jak i w opiniach o „realności” dnia dzisiejszego wygłaszanych przez współczesnych historyków oraz w analizowanych przeze mnie narracjach fabularnych. Odnajduję w tym kolejny argument przeciwko tezie o przednowoczesnej „śmierci oswojonej” Philippe’a Arièsa¹⁵⁹.

Następne spostrzeżenie: wszyscy przywołani autorzy opisują coś pokrewnego do „procesu idealizacji”, o którym wspomina Vernant. Według Vernanta proces ten jest funkcją zbiorowej pamięci, która przez idealizację próbuje zachować system wartości społeczeństwa, „aby uchronić go przed czasem i przed śmiercią”¹⁶⁰. Przez estetyzację i interpretację etyczną znosi on dominujące doświadczenie śmierci:

W ruchu, jaki wytwarza się dzięki formom zbiorowego zapamiętywania pomiędzy człowiekiem wraz z jego heroiczną biografią a ogółem, greckie doświadczenie śmierci przenosi się na plan estetyczny i etyczny (z wymiarem metafizycznym).

¹⁵⁸ Por. z przedstawieniami *śmierci oswojonej* i *śmierci czystej* w opozycji do przedstawień *śmierci dzikiej* i *śmierci brudnej* w rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

¹⁵⁹ Pisałem o tym w podrozdziale *Mit śmierci oswojonej*.

¹⁶⁰ To i następne trzy cytowania: J.P. Vernant, op. cit., s. 277.

O Grekach można powiedzieć (...) że próbowali uspołecnić, ucywilizować śmierć – to znaczy zneutralizować ją – robiąc z niej ideał życia¹⁶¹.

I najciekawszy cytat, stanowiący puentę tekstu Vernanta:

Ideał śmierci greckiej to właśnie owa heroiczna próba odrzucenia jak najdalej, poza nieprzekraczalny próg, potworności chaosu, bezkształtności i bezsensu, a także potwierdzenia – wbrew wszystkiemu – społecznej ciągłości indywidualności ludzkiej, która zgodnie ze swą naturą musi ulec zniszczeniu i zniknąć¹⁶².

To „wszystko”, wbrew czemu idealizacja chce potwierdzać ciągłość indywidualności, to właśnie dominujące doświadczenie śmierci. Myślę, że „rzeczywistą” śmierć, o której mówią przywołani historycy, można zidentyfikować jako tą, która jest bliska dominującemu doświadczeniu śmierci: powszechnemu w danej epoce, regionie i kulturze, ale też pod pewnymi względami niezmiennemu i utrzymującemu się w długim trwaniu¹⁶³.

Śmierć-znak, jako typ przedstawienia odległy od doświadczenia i powstały przez estetyzację, można uznać za pewien rodzaj idealizacji. Można też podejrzewać, że dawne obrazy pięknej śmierci już w momencie powstawania pełniły funkcję *śmierci-znaku* – problematyzacja umierania nie miała być ich celem.

Można to powiedzieć dobitniej. Idealizacja, estetyczne przetworzenie – wydają się powstawać na zasadzie odwrócenia doświadczenia: makabra staje się piękna i wzniosła, naturalna śmierć ciała nabiera patosu lub seksualnego piękna, biologiczny mechanizm staje się inteligentnym planem śmierci uosobionej. W greckich eposach dokonuje się odwrócenie wizji śmierci nieakceptowanej, bo sprzecznej z systemem wartości sławiącym młodość, piękno cielesne i trwałość imienia.

¹⁶¹ Por. podrozdz. *Polityka życia, albo „życiodajna śmierć”* w rozdz. *Emancypacja umierających* mojej pracy.

¹⁶² J.P. Vernant, op. cit., s. 281.

¹⁶³ Stwierdzenie to może być zaledwie hipotezą. Jak wspominałem w podrozdziale *Mit śmierci oswojonej*, nie wydaje mi się możliwe zbadanie indywidualnego doświadczenia śmierci i umierania w przekroju historycznym.

W chrześcijaństwie traumatyczne doświadczenie rozpadu ciała (przywoływane jeszcze w sztuce gotyku) ulega przezwyciężeniu przez renesansowy powrót do afirmacji ciała, a także przez teologiczną reinterpretację śmierci jako etycznego zwycięstwa. W mitycznych obrazach „śmierci-postaci” doświadczenie śmierci – nieodgadnionego, a przez to straszne-go fenomenu – odwraca się przez nadanie mu cech ludzkich.

W świecie późnonowoczesnym odwrócenie doświadczenia trudniej jest uchwycić. Jednakże we współczesnych przedstawieniach śmierci opisane „strategie odwracania” dalej występują. W przygodach herosów z filmów akcji pobrzmiewa echo greckiego „odwracania” anonimowości i cielesnej makabry. Chrześcijańskie rozdarcie między zatrważającą materialnością a duchowym i ikonograficznym pięknem śmierci dostrzec można w fetyszyzmie horrorów, gdzie niemal zawsze mordowane są młode kobiety o ponętnych ciałach; we współczesnej fikcji wokół wampirów (erotycznych, kuszących umarłych¹⁶⁴); a nawet w wypowiedziach o romantycznym pięknie śmierci warszawskich powstańców. Jednocześnie w mediach nieustannie obecne są obrazy „rzeczywistej” śmierci (ciało Waldemara Milewicza na okładce „Super Expressu”, powtarzany w nieskończoność obraz płonących wież WTC¹⁶⁵, umierający na ekranach, chory na chorobę Parkinsona Jan Paweł II). Przez swoje zwielokrotnienie i banalny kontekst obrazy te pozbawione są jednak ciężaru. Ponadto, jak twierdzi Chabanis, na naszą ich percepcję wpływa matryca dawnych wyobrażeń.

I ostatnie spostrzeżenie, być może najważniejsze: nie tylko obrazom zaczerpniętym z narracji fabularnych można przypisać wartość *śmierci-znaku*. Również wypowiedzi debat publicznych, takie jak teksty naukowe, mogą być bliższe doświadczeniu śmierci i dalsze od niego. One również mogą być odpowiedzialne za „odwracanie doświadczenia” – na przykład przez rezygnację z badania świadectw etnograficznych¹⁶⁶ czy tworzenie wyidealizowanych (w rozumieniu Vernanta) historycznych modeli umierania. Tym samym mogę potwierdzić tezę o *micie śmierci*

¹⁶⁴ Zob. np. M. Janion, *Wampir. Biografia symboliczna*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003.

¹⁶⁵ Por. J. Baudrillard, *Duch terroryzmu*, op. cit.

¹⁶⁶ Por. M. Vovelle, op. cit., s. 42–43. Por. podrozdz. *Historia ludzi w zwierciadle śmierci* w tym rozdziale.

oswojonej: zajmując się wyłącznie obrazami i budując modele przez obróbkę przedstawień, historyczny dyskurs o śmierci tworzy „obrazy z obrazów”. Oddala się od doświadczenia, oddala się od tego, co empirycznie obserwowalne. Sam przypomina *śmierć-znak*.

Doświadczenie antropologa

Do tej pory, choć mowa jest o dyskursie o ambicjach antropologicznych, przedstawiałem głównie prace historyków. Pora omówić świadectwo autora, dla którego antropologia kulturowa to chleb powszedni.

Renato Rosaldo – amerykański etnograf – badał zjawisko „polowania na głowy” wśród Ilongotów na Filipinach. Gdy pytał swoich informatorów, czemu odcinają ludzkie głowy, niezmiennie udzielali mu takiej odpowiedzi: wściekłość, zrodzona z żalu po śmierci bliskiej osoby (*born in grief*), zmusza ich do zabijania ludzi. Odcinanie głów i odrzucanie ich od ciała pozwala Ilongotom na danie upustu gniewowi i żałobie oraz na próbę odrzucenia także ich¹⁶⁷.

Takie wyjaśnienie wydawało się jednak antropologowi niewystarczające. Dopiero własne doświadczenie śmierci i żałoby pozwoliło mu na zrozumienie (i finalną interpretację) Ilongockiej żałoby, wściekłości i polowania na głowy. Historię tę, tak samo jak i swoje osobiste doświadczenie, Renato Rosaldo opisuje w tekście *Grief and a Headhunter's Rage*¹⁶⁸.

W 1981 roku, podczas podążania górską ścieżką z dwoma filipińskimi przewodnikami, Michelle Rosaldo straciła równowagę i spadła kilkadziesiąt metrów w dół stromego urwiska, wpadając do rwącej rzeki¹⁶⁹. Autor tak opisuje moment, kiedy odnalazł martwe ciało żony:

Natychmiast po znalezieniu jej ciała wpadłem w furję (*I became enraged*). Jak mogła mnie porzucić? Jak mogła być tak głupia, żeby spaść? Próbowałem płakać. Szlochałem, ale wściekłość blokowała łzy. Mniej

¹⁶⁷ Por. R. Rosaldo, *Introduction. Grief and a Headhunter's Rage*, [w:] R. Rosaldo, *Culture and Truth. The Remaking of Social Analysis*, Beacon Press, Boston 1993, s. 1.

¹⁶⁸ Ibidem, s. 1–21. Tekst ten znany jest także jako oddzielny esej. Tłumaczenie tytułu: *Żal (po stracie bliskiej osoby)/żałoba oraz furia/wściekłość łowcy głów*.

¹⁶⁹ Por. ibidem, s. 9.

niż miesiąc później opisałem ten moment w moim dzienniku: „czułem się jak w koszmarze sennym, cały świat wokół mnie rozszerzał się i kurczył, falował przed oczami i w trzewiach (*visually and viscerally heaving*)”¹⁷⁰.

Przez wiele dni po śmierci żony Rosaldo doświadczał równie intensywnych stanów emocjonalnych.

Doświadczałem głęboko przeszywającego bólu rozpacz, prawie niemożliwego do zniesienia; trupiego zimna, kiedy uświadamiałem sobie nieodwołalność śmierci; roztrzęsienia zaczynającego się w brzuchu i rozszerzającego na całe ciało, żałobnego wycia (*mournful keening*), które zaczynało się bez mojej woli; i częstego, pełnego łez szlochu¹⁷¹.

Rozpoznał swój stan – była to ta sama wściekłość, która kazała ilongockim mężczyznom wyruszać po ludzkie głowy.

Rosaldo twierdzi, że dopiero to doświadczenie bolesnej straty bliskiej osoby pozwoliło mu na zrozumienie tego, co opowiadali mu jego rozmówcy o wściekłości zmuszającej do zabijania. Dopiero wtedy udało mu się, jak mówi, „docenić wagę ich słów”¹⁷².

Swoje przejmujące wyznanie autor rozwija w refleksję o tym, jak etnograf może wykorzystać swoje własne doświadczenie (rozumiane jako akumulacja ważnych biograficznych przeżyć) do opisywania i, przede wszystkim, do rozumienia doświadczenia innych. Porusza między innymi problem tego, „jak mówić o kulturowej sile emocji (*cultural force of emotions*)”. Pisze:

Emocjonalna siła śmierci na przykład, bierze się w mniejszym stopniu z abstrakcyjnego, brutalnego faktu niż z permanentnego przerwania

¹⁷⁰ Ibidem, s. 9 [przekład własny]. Nota odnośnie do przekładu: *visually and visceral* można przetłumaczyć również jako *naocznie i wewnętrznie*. Czasownik *to heave* można też tłumaczyć jako *ciągnąć, dźwigać, pchać* lub *mieć nudności, wymiotować*. Opis emocjonalnego doświadczenia Rosalda jest więc nasycony wieloma znaczeniami, a jednocześnie jest bardzo metaforyczny.

¹⁷¹ Ibidem, s. 9 [przekład własny].

¹⁷² Por. ibidem, s. 4.

szczególnego, intymnego związku. Odnosi się do tego typu uczuć, jakich doświadcza osoba, która dowiedziała się, na przykład, że dziecko przejechane właśnie przez samochód to jego własne, a nie kogoś obcego [podkreśl. – R.R.]¹⁷³.

I dalej: „Zamiast mówić o śmierci w ogóle, należy rozważyć pozycję podmiotu wewnątrz pola społecznych powiązań, aby uchwycić doświadczenie emocjonalne”.

Twierdzi też, że nawet najintensywniejsze uczucia mogą i powinny być badane przez etnografów¹⁷⁴.

Z tych stwierdzeń płyną bardzo ważne wnioski dla mojej pracy, zwłaszcza dla jej części empirycznej. Po pierwsze: bez własnego doświadczenia związanego z przedmiotem badania badacz może mieć duże trudności ze zrozumieniem traumatycznego doświadczenia śmierci. W przypadku badania doświadczenia umierających pacjentów trudności te są nieuniknione¹⁷⁵. Po drugie: emocje związane z trudnym doświadczeniem umierania są, tak samo jak emocje związane ze stratą bliskich, uwarunkowane przez relacje ze społecznym otoczeniem¹⁷⁶. Po trzecie: uczucia, samo doświadczenie, można zbadać¹⁷⁷.

Rosaldo zamieszcza kilka uwag na temat badania śmierci w etnografii. Twierdzi, że dyscyplina ta, gdy zajmuje się śmiercią, patrzy na nią raczej z perspektywy analizy rytuału niż z perspektywy żalu po stracie bliskich i żałoby. Opisana w ten sposób śmierć staje się „bardzo łatwą śmiercią” (parafrazuje tu Simone de Beauvoir). Poprzestając na badaniu rytuałów, ujętych jako bezczasowe i autonomiczne procesy, etnografia ignoruje trudne doświadczenie osób w żałobie¹⁷⁸.

Przyjrzyjmy się teraz esejowi Rosalda w kontekście wcześniejszego wywodu.

¹⁷³ Ten i następny cytat – R. Rosaldo, op. cit., s. 2.

¹⁷⁴ Por. ibidem, s. 15.

¹⁷⁵ Wątek ten rozwinę w rozdz. *Zakończenie – Doświadczenie badacza*.

¹⁷⁶ Wróć do tego wątku przy omawianiu badań – por. rozdz. *Obszary doświadczenia i Metametafory i doświadczenie umierających* mojej pracy.

¹⁷⁷ Por. z rozważaniami na temat pojęcia doświadczenia w rozdziale *Kluczowy termin – doświadczenie*

¹⁷⁸ Por. R. Rosaldo, op. cit., s. 13.

Po raz kolejny mamy do czynienia z obrazem śmierci. Zauważam jednak doniosłą różnicę między obrazami przytaczanymi i wykorzystywanymi przez poprzednio cytowanych autorów a tym stworzonym przez amerykańskiego etnografa. Różnica wynika między innymi z różnic między dyscyplinami: historycy badają przeszłość, a ta nie jest dostępna na tych samych zasadach, co przedmiot badań etnografa. Co jednak ważniejsze – Rosaldo nie przytacza obrazu, ale właśnie go tworzy: przedstawienie własnego doświadczenia. Nie jest to oczywiście rzadkość w etnografii, ale w akademickim dyskursie o śmierci nie odnalazłem wielu podobnych świadectw¹⁷⁹. Porusza mnie walor autentyczności tekstu – wiemy: to zdarzyło się naprawdę. Autor opisuje swoje własne doświadczenia i stany emocjonalne, i to te, o których w potocznej opinii bardzo trudno jest pisać (wymowa tekstu nie pozwala podejrzewać autora o nieszczerłość).

Choć Rosaldo wprowadza do tekstu własne przeżycia ostrożnie¹⁸⁰, to gdy opisuje śmierć żony, jego naukowy esej przechodzi nagle w tryb literackiej ekspresji. Pisz o uczuciach, skojarzeniach, zalewa nas strumieniem kreatywnych metafor. Pozwalając sobie na ten styl (choć robi to w sposób elegancki), a także ilustrując swój tekst obrazami¹⁸¹, Rosaldo zbliża się poniekąd do sposobu pisania historyków mentalności. Przedstawienie własnego doświadczenia śmierci lokuje go jednak znacznie bliżej dyskursu „emancypacyjnego”, który chętnie zapisuje takie doświadczenia¹⁸².

¹⁷⁹ Zob. np. M. Jackson, *The Prose of Suffering and the Practice of Silence*, „Spiritus: A Journal of Christian Spirituality” 2004, t. 4, nr 1, s. 44–59, <https://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/spiritus/v004/4.1jackson.html> [dostęp 10.12.2015].

¹⁸⁰ Por. „Wprowadzanie własnej osoby do tej relacji wymaga pewnego namysłu: zarówno z powodu tabu dyscypliny, jak i ze względu na jego coraz częstsze naruszanie przez eseje skażone modnymi amalgamatami kontynentalnej filozofii i fragmentów autobiograficznych” – R. Rosaldo, op. cit., s. 7 [przekład własny]. Warto mieć na uwadze, jak decyzja Rosalda o napisaniu tego tekstu mogła zostać potraktowana przez nieprzychylnych komentatorów w środowisku naukowym. Wymagało to z pewnością pewnej odwagi. O tabu doświadczenia śmierci – zob. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

¹⁸¹ Jest ich w tekście więcej: Rosaldo pisze między innymi o innym swoim doświadczeniu śmierci – przedwczesnej śmierci brata, a także opisuje zachowania Ilongotów związane z przeżywaniem żałoby.

¹⁸² Zob. rozdział *Emancypacja umierających* mojej pracy.

Nie jest to z pewnością jedyny zapis „osobistego” doświadczenia śmierci w dyskursie akademickim, jednak, jak już wspomniałem, nie znałem ich wiele. Nie jest to też jedyny tekst, który postuluje badanie doświadczenia. Także w historiografii od dłuższego czasu dokonuje się zwrot paradygmataczny w stronę pisania historii opartej na doświadczeniu świadków (do czego zachęca między innymi Frank Ankersmit; różne rodzaje trudnego doświadczenia próbuje też badać nurt *oral history*¹⁸³). Wydaje mi się jednak bardzo ciekawe, że w dyskursie o śmierci o dominującym doświadczeniu umierania najchętniej mówi quasi-naukowy, poradnikowy i pisany przez praktyków medycyny dyskurs „emancypacyjny” – nie zaś tworzony na uniwersytetach dyskurs nauk humanistycznych.

Śmierć u podstaw kultury

Śmierć niezmiennie postrzegana była przez myślicieli różnych dyscyplin naukowych jako ważny element ludzkiej egzystencji. Tym razem chciałbym wspomnieć o autorach traktujących ją jako element najważniejszy.

W cytowanej już rozmowie Chabanisa i Le Roy Ladurie’ego pada następujące zdanie:

Rozmyślania nad śmiercią, religia, kultura w sensie antropologicznym pochodzą z czasów współczesnych. Można by rzec, że zmarły rodzi się jednocześnie z żyjącym. W takim sensie stanowi świadectwo pojawienia się samego człowieczeństwa, które nigdzie nie ukazuje się bez kultu zmarłych. Pierwszym dziełem sztuki jest grób¹⁸⁴.

Stwierdzenie to podano jako oczywistość. Przekonanie, że doświadczenie śmierci „zrobiło z nas ludzi”, jest ugruntowane we francuskiej antropologii i historii, między innymi dzięki klasycznym już pismom filozofa Edgara Morina. W książce *Zagubiony paradygmat – natura ludzka*¹⁸⁵ Morin w następujący sposób pisze o śmierci:

¹⁸³ Zob. np. R. Perks, A. Thompson (red.), *The Oral History Reader*, Routledge, London 2003.

¹⁸⁴ Ch. Chabanis, op. cit., s. 69.

¹⁸⁵ E. Morin, *Zagubiony paradygmat – natura ludzka*, przeł. R. Zimand, PIW, Warszawa 1977.

Wszystko zatem wskazuje, że *homo sapiens* porażony jest przez śmierć – nieodwoływalną katastrofę, która zasiała w nim specyficzny niepokój, udrękę czy grozę śmierci, że obecność śmierci stała się problemem życia, tj. problem[em] kształtującym życie człowieka. Wszystko zdaje się wskazywać, że człowiek nie tylko odrzuca śmierć, lecz że ją przezwycięża, nie chce jej uznać, „znosi” ją przez mit i magię¹⁸⁶.

Rytuał śmierci jednocześnie wyraża, wchłania i egzorcyzuje uraz spowodowany przez ideę unicestwienia. Pochówek – i to we wszystkich znanych nam społeczeństwach sapiencjalnych – stanowi jednocześnie wykładnię kryzysu i przezwyciężenia tegoż urazu, wyraża udrękę i rozdarcie z jednej, nadzieję zaś i pocieszenie z drugiej strony¹⁸⁷.

Śmierć, według Morina, wywołała w umyśle *sapiens* wykształcenie się ważnych składników myślenia, przede wszystkim dwoistości podmiotu i przedmiotu. Mit i rytuał zapełniły „szczelinę antropologiczną”, którą rozwarła w umyśle praludzi świadomość śmierci¹⁸⁸. Według Morina to śmierć spowodowała też, że „człowiek oddzielił swój los od losu natury”¹⁸⁹.

Pogląd o wpływie śmierci na kształtowanie się kultury ludzkiej pojawia się też w pracach myślicieli wymienionych na początku rozdziału: Zygmunta Freuda (zabójstwo ojca hordy pierwotnej u korzeni totemizmu) i Martina Heideggera (śmierć jako doświadczenie warunkujące ludzkie bycie w świecie)¹⁹⁰, a także Reného Girarda (rytuał mordu ofiarnego jako pierwotny sposób ochrony zagrożonej wspólnoty)¹⁹¹.

We współczesnych pracach antropologicznych można też znaleźć potraktowanie śmierci jako „logicznego organizatora” już ukształtowa-

¹⁸⁶ Ibidem, s. 136.

¹⁸⁷ Ibidem.

¹⁸⁸ Rozwiera się ona według Morina między „świadomością obiektywną, rozpoznającą śmiertelność” a „świadomością subiektywną, utwierdzającą wiarę w nieśmiertelność”. Por. ibidem.

¹⁸⁹ Ibidem, s. 137.

¹⁹⁰ M. Heidegger, op. cit., s. 298–327.

¹⁹¹ Zob. np. R. Girard, *Początki kultury*, op. cit.

nych kultur, zwłaszcza w ich wymiarze obrzędowym¹⁹². Warto przy okazji wspomnieć, że obrzędy związane ze śmiercią również doczekały się wielu opracowań i są uważane za jeden z najważniejszych typów obrzędów¹⁹³.

Śmierć jako kryzys, udręka, a jednocześnie potężnie działające uwarunkowanie, przekształcające myślenie, inspirujące do niepotrzebnych niższym ssakom „szalonych” zachowań¹⁹⁴. Jako doświadczenie na tyle silne, że nie tylko wywołało przejście z natury do kultury, lecz jest w kulturze ciągle obecne. Przenika ją swoją symboliką, wymusza ciągle wychodzenie mu naprzeciw za pomocą rytuałów i zmieniających się wyobrażeń, determinuje rytuały dotyczące innych aspektów życia. Życie człowieka leży w cieniu tego doświadczenia – jest życiem ku śmierci.

Tak można by podsumować ten fragment dyskursu o śmierci. Śmierć kształtuje nasze człowieczeństwo. Czy dyskurs „antropologiczny” o śmierci mógłby wytworzyć mocniejsze stwierdzenie?

Podsumowanie

Trudny temat śmierci w zaskakujący sposób wpływa na dyskursy akademickie, które próbują się z nim zmierzyć. Dyskurs o przeszłości, mówiąc o śmierci, zbacza w kierunku antropologii filozoficznej. Dyskurs etnologii, podając zapisy indywidualnego doświadczenia, potrafi zbliżyć się do literatury pięknej (i wytwarzać tym samym nowe fabuły). Wywodzący się z praktyki medycznej nurt „emancypacji umierających” przechodzi niepostrzeżenie w dyskurs troski o siebie lub ezoteryczny.

Jest to też dowód na odrębność dyskursu o śmierci. Wytwarza on swoje własne formy, które pojawiają się niezależnie od dyscypliny naukowej, z którą związany jest autor. Przykładami tych form są zaobserwowane przeze mnie przywołania obrazów śmierci czy specyficzny styl pisania, odbiegający od przeważającego w tekstach akademickich.

Styl naukowców biorących udział w „antropologicznym” dyskursie o śmierci jest impresyjny, raczej mało zdyscyplinowany i charakteryzuje

¹⁹² Zob. J. Tokarska, J.S. Wasilewski, M. Zmysłowska, *Śmierć jako organizator kultury*, „Etnografia Polska” 1982, z. 1, s. 79–114.

¹⁹³ Zob. np. w klasycznej pracy Arnolda van Gennepa *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii*, przeł. B. Biały, PIW, Warszawa 2006, rozdz. *Pogrzeb*, s. 151–167.

¹⁹⁴ Część książki Edgara Morina, z której pochodzą zacytowane fragmenty, nosi tytuł *Zwierzę obdarzone szaleństwem* – por. E. Morin, op. cit., s. 133–197.

się oryginalną, „kreatywną” metaforyką, która wydaje się używana z zamysłem¹⁹⁵.

Dyskurs o śmierci w swoim historycznym wydaniu opiera się bardziej na unikatowych, artystycznych przedstawieniach niż na masowych śladach materialnych. Omawiane są głównie postawy i wyobrażenia, nie kładzie się zaś nacisku na ich społeczne tło. Wyniki analiz przybierają formę raczej swobodnego eseju niż skrupulatnego raportu.

W pracach historycznych wpisujących się w antropologiczny dyskurs o śmierci da się zauważyć odbicie dwóch, głęboko zakorzenionych w europejskiej kulturze, wizji śmierci. Wizje te są sobie przeciwstawne, przy czym jedna z tych wizji wydaje się bliższa dominującemu doświadczeniu śmierci.

Wizja „odleglejsza” powstaje i utrzymuje się przez przekształcenie tej pierwszej: odwrócenie, estetyzację i idealizację. Przekształcenie to – jak dowodzi Vernant – jest odrzuceniem trudnego do zaakceptowania chaosu, bezkształtności i niedostatku sensu doświadczenia śmierci. W pewien sposób potwierdza też ciągłość indywidualności ludzkiej¹⁹⁶.

W tekstach historyków znalazłem kilka kulturowych strategii przekształcania czy też „odwracania”. Może to być: odwrócenie tego, co zwykłe i naturalne; odrzucenie tego, co niezgodne z systemem wartości; reinterpretacja – w celu przybliżenia do pozytywnych wartości systemu; nadanie cech ludzkich (antropomorfizacja) lub nadludzkich – cech bożka, ducha, fatum¹⁹⁷.

Wizja wyidealizowana przypomina opisany przeze mnie typ przedstawienia *śmierć-znak*, wizja zaś alternatywna – straszna i makabryczna – *śmierć „prawdziwą”*. Gdy dyskurs akademicki zajmuje się wyłączenie obrazami, w dodatku tworząc na podstawie zastanych obrazów nowe, również zbliża się do przedstawień *śmierci-znaku*. Oddala się od trudnego tematu doświadczenia śmierci.

¹⁹⁵ Wydaje się, że z jednej strony, na użycie takiego języka wpływa świadomość doniosłości tematu – suchy język naukowy może być uznawany za nieadekwatny – z drugiej strony, temat ten inspirował do literackich „wysoków” pióra.

¹⁹⁶ Por. J.P. Vernant, op. cit., s. 281. Fragment, który stał się tu inspiracją, zacytowany jest w podrozdz. *Śmierć o dwóch obliczach*.

¹⁹⁷ Por. ze schematami narracyjnymi i zabiegami formalnymi opisanymi przy omawianiu *śmierci czystej* w rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów* mojej pracy.

Owo *doświadczenie śmierci* bardzo trudno jest opisać, wydaje się ono jednak możliwe do zbadania. Prowadząc takie badania, nie można wzdragać się przed analizowaniem zjawisk, takich jak emocje, uczucia, intymność, osobiste wyobrażenia i wizje, rzadko omawianych w dyskursie naukowym. Chodzi także o osobiste doświadczenia badacza. Bez uwzględnienia własnego doświadczenia (lub wobec jego braku) badacz może mieć duże problemy ze zrozumieniem analizowanego zjawiska¹⁹⁸. Należy też pamiętać, że emocje i uczucia, choć indywidualne, są uwarunkowane przez relacje jednostki z jej społecznym otoczeniem.

Zabierając głos w dyskursie o śmierci, warto samo umieranie i umierających uczynić przedmiotem badań. Nie musi być nim wyabstrahowany z jednostkowych manifestacji „człowiek”.

TABU I BRUD

Czy tabu, o którym bez przerwy się mówi, ciągle jest tabu?

W obliczu tej stale rosnącej masy dokumentów – badając amerykańską roczną produkcję „tanatologiczną” (1977), doliczyłem się ponad pięćdziesięciu pozycji literatury naukowej, pomijając beletrystykę – czujemy, jakby zalewała nas fala nie tyle niekontrolowana (powtarzalność tematów ułatwia sprawę), ile coraz obfitsza¹⁹⁹.

„Śmierć – i mówienie o niej – jest tym jedynym wielkim tabu naszych czasów” (*Radio Times*, 24.02.1990). Powyższy cytat jest jednym z tuzinów podobnych wypowiedzi w tygodnikach opinii, w raportach i ulotkach dla osób w żałobie. Dziwne to tabu, skoro ogłasza je każdy ekspert w kraju i nie ma niedzieli, by przynajmniej w jednej gazecie nie dyskutowano o śmierci, żałobie, hospicjach, albo pogrzebach. Ta intensywna dyskusja na temat tabu nie jest też wcale specjalnością Wielkiej Brytanii. Bibliografia Simpsona z 1979 roku wymienia ponad 650 anglojęzycznych pozycji na ten temat, podczas gdy jej rozszerzona

¹⁹⁸ Por. rozdz. *Zakończenie – Doświadczenie badacza*.

¹⁹⁹ M. Vovelle, op. cit., s. 47.

wersja z 1987 roku dodaje kolejne 1700 książek wydanych pomiędzy 1979 a 1986 rokiem. O co zatem chodzi?²⁰⁰.

Zalewa nas fala produkcji tanatologicznej. Intensywna euroatlantycka dyskusja o śmierci, w której nieustannie powraca to polinezyjskie słowo, oznaczające (między innymi) zakaz mówienia. Dla jasności od razu przytoczę jego słownikową definicję, dającą pewne wyobrażenie o potocznym znaczeniu:

Tabu – 1) w społeczeństwach pierwotnych zakaz kulturowy kontaktowania się z pewnymi przedmiotami, osobami albo dokonywania pewnych czynności, dla uniknięcia kary ze strony sił nadprzyrodzonych; 2) przedmiot, osoba, czynność objęte tym zakazem; 3) *przen.* zakazany, nietykalny (zwł. ze względu na zasady moralności, obyczaju, dobrego smaku albo na ryzyko związane z naruszeniem zakazu); (...) w jęz. Polinezyjczyków z wysp Tonga 4) „święty; przeklęty”²⁰¹.

Na paradoks diagnozy o tabu śmierci, powtarzanej w bardzo szerokim w istocie dyskursie, zwraca uwagę Tony Walter w tekście *Modern Death: Taboo or Not Taboo?*²⁰². Brytyjski socjolog próbuje zrekonstruować wszechobecną tezę o tabu, następnie zaś podaje siedem tez alternatywnych, będących jej rozszerzeniem bądź zaprzeczeniem. Dokonuje ich rekonstrukcji, analizując dyskurs akademicki – głównie pisma socjologów. Warto przytoczyć, w dużym skrócie, wywód tego autora.

²⁰⁰ T. Walter, *Modern Death: Taboo or Not Taboo?*, [w:] D. Dickenson, M. Johnson (red.), *Death, Dying and Bereavement*, Sage Publications, London–Thousand Oaks–New Delhi 1996, s. 33 [przekład własny].

²⁰¹ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych*, op. cit., s. 563 [numeracja – P.Sz.].

²⁰² T. Walter, op. cit.

Teza o tabu i siedem alternatyw

Źródłem tezy o tabu Walter upatruje w pracach Geoffreya Gorera i Philippe'a Ariès²⁰³. Teza ma następującą postać: nowoczesne społeczeństwa nie radzą sobie ze śmiercią. Od końca I wojny światowej postępuje zanik rytuałów śmierci. Nieprzepracowywane rytualnie doświadczenie śmierci powoduje psychologiczne problemy u jednostek; na poziomie społecznym zaś – powoduje powracanie śmierci w postaci „pornografii śmierci”²⁰⁴; obsesję na punkcie przedstawień śmierci, takich jak horrory i filmy wojenne (Gorer). Wyjaśnia to też zwiększanie się liczby publikacji na temat śmierci – może to być wywołane potrzebą pozostawioną przez zanik rytuału. Śmierć jest problematyczna, bo stanowi jedno z wielkich zagrożeń „kultury” ze strony „natury”. W kulturach przednowoczesnych rytuał sprawdzał się jako broń przed tym zagrożeniem, jednak przez ostatnich parę stuleci indywidualizm, romantyzm i sekularyzm, rozwój medycyny i związane z nim współczesne zaprzeczenie (Ariès) doprowadziły do stanu bezbronności – braku przygotowania jednostki na doświadczenie śmierci.

Pierwszą alternatywną wobec powyższych tezę Walter nazywa *Tabu plus koda*. Rozszerza pierwotną tezę Gorera i Ariès, poprawiając ją o głosy ich krytyków, przede wszystkim aby uzupełnić ją o kwestię różnic klasowych i genderowych. Śmierć stała się w jakimś stopniu tabu, ale z drugiej strony nasza wiedza na ten temat dotyczy głównie klas średnich i raczej mężczyzn niż kobiet (o śmierci kobiet rzadko się wspomina). Poza tym tabu śmierci, jak bardzo nie byłoby rozpowszechnione, i tak już powoli zanika. Dzieje się tak nie dzięki pracom naukowym, takim jak dzieła Gorera i Ariès, nie następuje też raczej powrót rytuału. Tabu zanika za sprawą nowych form osobistej ekspresji zaproponowanych przez ruch hospicyjny, a będących w zgodzie z tendencjami epoki (końca

²⁰³ Ma na myśli: G. Gorer, *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, Cresset Press, London 1965 (cytowany wcześniej esej *Pornografia śmierci* jest z 1955 roku) oraz P. Ariès, op. cit. (oryginał z 1977 roku), [za:] T. Walter, op. cit., s. 34. Omawiając poszczególne tezy rekonstruowane przez T. Waltera, nie będę zaznaczał, od którego autora pochodzi dany fragment tezy. Autor opisuje tezy szczegółowo, przytaczając poszczególne prace. Rekonstrukcja Waltera znajduje się na s. 34–42 omawianego tekstu. Z tych stron pochodzą także wszystkie przytaczane w kolejnych akapitach cytaty.

²⁰⁴ Zob. G. Gorer, *Pornografia śmierci*, przeł. I. Sieradzki, „Teksty” 1979, nr 3, s. 197–203.

lat 60.) – duchem hipisowskiej kontrkultury, ruchem zielonych i ruchem kobiet²⁰⁵.

Drugą tezę alternatywną jest wyjaśnienie demograficzne. Kiedyś ludzie umierali młodo, „w sile wieku”. Taka śmierć pozostawiała po sobie olbrzymią lukę – społeczną, ekonomiczną i psychologiczną, na przykład w rodzinach pozbawionych „ojca-żywiciela”. Współczesna medycyna doprowadziła do tego, że śmierć przychodzi w późnym wieku, gdy umierającego w jego społecznych rolach zastępują już dzieci i wnuki. Dlatego właśnie śmierć ma mniejsze znaczenie niż kiedyś; niepotrzebne są skomplikowane rytuały, ani nawet wiara w życie pozagrobowe. Śmierć „nie jest zakazana, ale ukryta”²⁰⁶. Przestała być po prostu ważna.

Trzecia teza – nazwana przez Waltera *Tabu ograniczone*²⁰⁷ – mówi, że to nie całe nowoczesne społeczeństwo ma problem ze śmiercią, a tylko pewne grupy zawodowe. Grupą zawodową, dla której śmierć jest tematem wyjątkowo niewygodnym, są lekarze. Stanowi ona dla nich w pewnym sensie porażkę. Lekarze unikają jednak tego tematu nie z powodu psychicznego wyparcia, ale po prostu, by uniknąć zażenowania w rozmowie (*conversational embarrassment*). Temat śmierci może być dla nich nawet trudniejszy niż dla rodzin pacjentów, które spędzają w końcu z nimi więcej czasu niż lekarze. Drugą grupą, która może mieć problem ze śmiercią, są dziennikarze. To oni są odpowiedzialni za codzienne interpretowanie, a zarazem rekonstruowanie katastrof i nieszczęść – a tym samym za tworzenie Gorerowskiej „pornografii śmierci”²⁰⁸. Pracują przy tym jednocześnie w „świecie młodości i splendoru”.

Czwarta teza wychodzi od stwierdzenia, że istnieją cztery oddzielne ramy, w które śmierć jest ujmowana (przez które jest postrzegana) w szpitalu. Są to ramy: „praktyczna”, „biomedyczna”, „potoczna” (*lay*) i „semi-psychiatryczna”. Ramy te nie przystają do siebie, co czyni doświadczenie

²⁰⁵ Por. z podrozdz. *Polityka emancypacji w rozdz. Emancypacja umierających* mojej pracy.

²⁰⁶ Nazwa nadana tezie przez T. Waltera, w oryginale: *Not forbidden, but hidden*.

²⁰⁷ Oryg. *Limited taboo*.

²⁰⁸ Walter wspomina też o swojej własnej tezie dotyczącej dziennikarzy: „(...) te rekonstrukcje są próbami nadania sensu ograniczeniom technologii i władzy i jako takie zaspokajają zapotrzebowanie na obrazy pośredniczące między zasadniczo niewspółmiernymi ze sobą i niekomunikowalnymi osobistymi doświadczeniami śmierci a śmiercią w ogóle” – T. Walter, op. cit., s. 39 [przekład własny].

śmierci niespójnym i pokawałkowanym (według Waltera – „postmodernistycznym”). Dlatego ludziom trudno znaleźć język, którym mogliby mówić o śmierci. Dlatego trudna jest też rozmowa między dwojgiem ludzi posługujących się innymi „ramami” (na przykład lekarzem i pacjentem).

W piątej tezie²⁰⁹ zawarte jest spostrzeżenie, że każdy ruch społeczny potrzebuje prawdziwego lub symbolicznego wroga. Jednym z takich ruchów społecznych jest (według określenia omawianego autora) „Ruch Szczęśliwej Śmierci” (*Happy Death Movement*), który „przywołuje wyidealizowaną, szczęśliwą śmierć z przeszłości”, by skonstrastować ją z „dzisiejszą rzeczywistością rozdartą zaprzeczeniem, tajemnicą i tabu”. Bezustanne zapewnianie, że śmierć jest tabu, pełni właśnie funkcję przywoływania wspólnego wroga²¹⁰.

Szоста teza została nazwana *Tabu uniwersalne*. Głosi ona, że zaprzeczanie śmierci „nie jest kondycją nowoczesną, ale kondycją ludzką” – jest właściwe wszystkim społeczeństwom. Społeczeństwo musi jednocześnie zaprzeczać śmierci (aby radzić sobie z codziennymi sprawami) i ją akceptować (by nie tracić kontaktu z rzeczywistością). Mówienie o „tabu XX wieku” to uproszczenie – śmierć jest dla społeczeństw ludzkich dużo bardziej skomplikowanym problemem. Dlatego też możliwa jest niekończąca się i niekonkluzywna debata, w ramach której każdy może znaleźć stanowisko odpowiadające jego doświadczeniu śmierci.

Pod siódmą tezę podpisuje się sam Walter. Zatytułował ją *Jednostka i społeczeństwo*. Autor wychodzi od stwierdzenia, że rytuały pogrzebowe w społeczeństwach tradycyjnych mają przeciwdziałać nieodwracalnym zmianom czasu linearnego (taką zmianą jest śmierć). Rytuał wpisuje takie zmiany w obręb czasu cyklicznego, który mniej tym społeczeństwom zagraża, bo obiecuje powrót i niezmiennosć²¹¹. Autor stwierdza też, że w tradycyjnym społeczeństwie tożsamość jest zakorzeniona raczej w grupie niż w jednostce. Dlatego śmierć w takim społeczeństwie zagraża nie jednostce, ale całej grupie, całej kulturze. Stąd właśnie biorą się zbiorowe rytuały śmierci.

²⁰⁹ Nazwa tezy: *Ritual enemy* – rytualny wróg.

²¹⁰ Por. podrozdz. *Choroba to wojna (prywatna)* w rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* mojej pracy.

²¹¹ Zob. E. Leach, *Two Essays Concerning the Symbolic Representation of Time*, [w:] E. Leach, *Rethinking Anthropology*, Athlone, London 1971, [za:] T. Walter, op. cit., s. 41.

Sytuacja wygląda inaczej w społeczeństwach nowoczesnych: są oparte na historii, zmianie i postępie (czasie linearnym). Ceni się w nich raczej młodych niż starych. Dlatego społeczeństwa nowoczesne „inwestują tożsamość” nie w grupę, ale w jednostkę. Tej jednak śmierć zagraża w dużo większym stopniu niż całej kulturze. Tą właśnie różnicą autor wyjaśnia zanik zbiorowych rytuałów związanych ze śmiercią. W społeczeństwie nowoczesnym niepotrzebne są formy potwierdzania niezmienności kultury. Jest za to przestrzeń do rozwoju indywidualnej terapii i poradnictwa dla jednostek, które zetknęły się ze śmiercią.

Walter dochodzi do konkluzji: nowoczesne społeczeństwo nie ma problemu ze śmiercią. Radzi z nią sobie bardzo dobrze: dając pierwszeństwo młodzieży, przez edukację, przez postęp. Ceną jest zintensyfikowanie indywidualnego, „osobistego bólu”, który staje się tak duży, „że inni nie chcą go dzielić”. Nie można jednak rozszerzać psychologicznej koncepcji zaprzeczenia śmierci przez jednostki na całe „zaprzeczające śmierci” społeczeństwo²¹².

Pozwoliłem sobie streścić całość tego wywodu, ponieważ uważam, że autor w sposób przekonujący uchwycił problem i wprowadził porządek do mglistego dyskursu o tabu śmierci. Nie będę dyskutował z przytoczonymi przez Waltera wyjaśnieniami. Przedstawię natomiast sposób, w jaki rekonstruowane przez niego tezy uzupełniają moje wcześniejsze spostrzeżenia.

Skojarzenie w pierwszej tezie „ekspresywności” ruchu hospicyjnego z nowymi ruchami społecznymi (hipisowskim, ekologicznym, ruchem kobiet) jest zbieżne z moją rekonstrukcją dyskursu „emancypacji umierających”.

Nie przekonuje mnie stwierdzenie, zawarte w drugiej tezie, że śmierć przestała być dla nowoczesnego społeczeństwa ważna. Pozostaje ono w mocy dopóty, dopóki myślimy o perspektywie żywych i zdrowych jego członków. Istotnie, przemiana w strukturze demograficznej nowoczesnych społeczeństw dokonała się i zmieniła sytuację społeczną rodziny umierającego; nie zmieniła jednak znacząco sytuacji jednostki stojącej w obliczu własnej śmierci.

²¹² Por. T. Walter, op. cit., s. 42.

Nie wypowiem się na temat problemów ze śmiercią poszczególnych grup zawodowych, przyznaję jednak rację stwierdzeniu, że „zażenowanie w rozmowie”, a także inne trudno dostrzegalne aspekty codziennych interakcji mogą negatywnie wpływać na komunikację dotyczącą śmierci (zwłaszcza komunikację umierających z otoczeniem)²¹³.

Wyjaśnienie problemów w komunikacji różnymi „ramami”, w jakie ujmowana jest śmierć (teza piąta), wydaje mi się ciekawe, zwłaszcza że ujmuje ono doświadczenie w kategoriach językowych, co w pewnym zakresie robię także w mojej pracy²¹⁴. Ważniejsze jest jednak dla mnie określenie użyte przez Waltera, gdy pisał o „postmodernistycznym” doświadczeniu śmierci: „pokawałkowane”²¹⁵. Istotnie, takie właśnie wrażenie sprawiają wypowiedzi moich rozmówców omówione w części empirycznej²¹⁶.

W piątej tezie ponownie pojawia się motyw analizowany przeze mnie w rozdziale o „emancypacji”, a także w wątku *Śmierć o dwóch obliczach*: „Ruch Szczęśliwej Śmierci” odwołuje się do wyidealizowanej, „szczęśliwej” wizji dawnej śmierci. Przypomina ona zarówno model „śmierci oswojonej” Ariësa, jak i charakterystykę przedstawień *śmierci-znaku*, do której go przyrównywałem. „Dzisiejsza rzeczywistość rozdarta zaprzeczeniem i tabu” to zaś nic innego, jak próba wskazania współczesnej *śmierci „prawdziwej”*.

Nie mogę wypowiadać się na temat uniwersalności tabu (teza szósta) – wymagałoby to własnych szerokich badań z zakresu antropologii porównawczej. Jednak lektura *Czystości i zmazy* Mary Douglas²¹⁷ podpowiada mi, że tabu związane ze śmiercią rzeczywiście jest powszechne. Zgadza się jednocześnie ze stwierdzeniem Waltera, że teza „tabu dwudziestego wieku” to uproszczenie.

²¹³ Do tego wątku wrócę w empirycznej części tej pracy – zob. podrozdz. *Nie wiem, co mi jest i Komunikacja* w rozdz. *Obszary doświadczenia* mojej pracy.

²¹⁴ Por. rozdz. *Kluczowy termin – doświadczenie*, rozdz. *Metoda*, rozdz. *Metametafora i doświadczenie umierających* mojej pracy.

²¹⁵ Por. T. Walter, op. cit., s. 39. W oryginale: *fragmented*.

²¹⁶ Zob. podrozdz. *Dezorganizacja i kontrola oraz Chaos czy demencja?* w rozdz. *Obszary doświadczenia* mojej pracy. Zob. też rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

²¹⁷ M. Douglas, *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, przeł. M. Bucholc, PIW, Warszawa 2007.

Także własne spojrzenie Waltera na tabu śmierci (teza siódma) – w perspektywie relacji jednostka–społeczeństwo – wydaje mi się cenne. Kształtowanie przez społeczeństwo swoich pozytywnych wartości w opozycji do starości, choroby i śmierci może być rozpatrywane jako sposób radzenia sobie ze śmiercią (podobną refleksję spotkałem w tekście Vernanta²¹⁸). Uzupełnię jednak myśl Waltera: społeczeństwo radzi sobie ze śmiercią także „aktywnie”, za pomocą społecznej praktyki izolowania umierających²¹⁹. Dlatego cierpienie jednostek w społeczeństwach późnonowoczesnych wydaje się bardziej dotkliwe niż w tradycyjnych²²⁰. Społeczeństwo (pod postacią rodziny, przyjaciół, pracodawców, ale też zinstytucjonalizowanej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej) – potrafi zostawić jednostkę sam na sam z własnym umieraniem. Taki jest efekt zaniku zbiorowych metod neutralizowania zagrożenia, jakim jest śmierć, na poziomie życia codziennego i doświadczenia jednostki²²¹.

Powszechność tej sytuacji nakazuje ponownie rozważyć ocenę Waltera²²², iż nie należy rozszerzać problemu „zaprzeczania” śmierci przez jednostkę na diagnozę stosunku do śmierci całego społeczeństwa.

Najbardziej przekonująca wydaje mi się pewna intuicja zawarta w pierwotnej tezie, która dotyczy związku tabu śmierci z rytuałami.

Rytuał negatywny

Arnold van Gennep, w swej klasycznej dla antropologii kulturowej pracy *Obrzędy przejścia*, dokonał klasyfikacji rytuałów:

²¹⁸ Por. J.P. Vernant, op. cit., s. 281. Przypomnę, że tam chodziło o wartości ustanowione w starożytnej Grecji.

²¹⁹ Por. z uwagami Giddensa o „izolacji choroby i śmierci”: A. Giddens, op. cit., s. 221–223. Por. rozdział *Emanipacja umierających* mojej pracy.

²²⁰ Choć nie wiemy, czy rzeczywiście jest. Opisy żałobnej wściekłości Ilongotów w tekście Rosalda to przykład podważający tę tezę. Zob. R. Rosaldo, op. cit.

²²¹ Myśl tę rozwinę poniżej, w podrozdz. *Śmierć jako brud i doświadczenie śmierci*.

²²² Przejętą od innego socjologa: A. Kellehear, *Are We a „Death-Denying” Society?*, „A Sociological Review. Sociological Science and Medicine” 1984, t. 18, nr 9, s. 713–723, [za:] T. Walter, op. cit., s. 42.

Kolejnym rozróżnieniem jest podział na rytuały pozytywne (które są aktami woli przełożonymi na określony rytuał) oraz rytuały negatywne. Te ostatnie noszą potoczną nazwę *tabu*. Tabu to zakaz lub, inaczej mówiąc, nakaz „nieczynienia”. Psychologicznie rzecz ujmując, tabu odpowiada pojęciu *aktu woli negatywnej* (podczas gdy obrzęd pozytywny odpowiada pojęciu *aktu woli*), co znaczy, że zawiera w sobie *wolę* (chęć dokonania czegoś) oraz że jest aktem, a nie zaprzeczeniem aktu. Jednakże podobnie jak życie nie może polegać wyłącznie na permanentnej bezczynności, tak samo i tabu nie może samo w sobie stanowić rytuału, a już z pewnością nie może tworzyć magii. W tym sensie tabu nie jest autonomiczne – istnieje jako przeciwwaga dla obrzędów pozytywnych. Inaczej mówiąc, każdy rozpatrywany odrębnie rytuał negatywny ma własną indywidualność. Tabu może być rozumiane wyłącznie w odniesieniu do rytuałów „aktywnych”, z którymi koegzystuje w ceremoniach [podkreśl. – A.G.]²²³.

Van Gennep pisał o obrzędach – raczej nie miał na myśli tabu funkcjonujących w dyskursie publicznym ani zawartych w nierytualnych praktykach. Posłużę się jednak jego definicją, rozszerzając ją na te właśnie dwa obszary.

Najważniejsze jest tu stwierdzenie, że tabu to też rytuał. Pierwotna teza zrekonstruowana przez Waltera, a mająca źródła u Geoffrey’a Gorera i Philippe’a Arièsa, mówiła o zaniku rytuałów śmierci. To zanik rytuałów według tej tezy miał powodować psychologiczne problemy jednostek ze śmiercią. Podążając za myślą van Gennepa, można zauważyć, że tabu śmierci jest właśnie rytuałem śmierci. To, co teoretycy tabu śmierci uznawali za zanik rytuałów wokół umierania, można także zinterpretować jako stopniowe zastępowanie rytuałów pozytywnych rytuałem negatywnym – nakazem nieczynienia. Mielibyśmy więc do czynienia z przerostem negatywnych rytuałów śmierci nad rytuałami pozytywnymi²²⁴. Drugi wniosek jest taki, że tabu śmierci nie jest powodem psychologicznych problemów jednostek ze śmiercią, ale że ma służyć ich ochronie.

²²³ A. van Gennep, *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii*, przeł. B. Biały, PIW, Warszawa 2006, s. 34–35.

²²⁴ Nie należy przy tym zapominać o stwierdzeniu van Gennepa w tej samej definicji o nierozłączności tabu i jego odbicia w rytuałach pozytywnych, o czym poniżej.

Van Gennep podkreśla poza tym, że tabu nie jest zaprzeczeniem aktu, ale samo w sobie jest aktem woli. W odniesieniu do społecznych rytuałów związanych ze śmiercią pozwala to zdać sobie sprawę, że zaniechanie kontaktu z umierającymi i osobami w żałobie, a także pozwolenie na izolację ciężko chorej osoby w szpitalu czy hospicjum (co, jak zaznaczałem już wcześniej, często narzuca się jako rozwiązanie najbardziej racjonalne, które trudno potępiać) nie są powstrzymaniem się od aktu, ale są aktem, i to raczej świadomym niż nieświadomym. Można więc powiedzieć, że są to działania, za które ponosimy odpowiedzialność.

Dalej: według powyższej definicji tabu jest przeciwwagą dla obrzędów pozytywnych i może być rozumiane wyłącznie w odniesieniu do „aktywnych” rytuałów. Rozważmy zatem, jakie obrzędy mogą być (w kulturze europejskiej) rewersem społecznych praktyk związanych z tabu śmierci. Po pierwsze jest to pogrzeb – na który przybywają wszyscy, na którym wygłasza się przemówienia o zmarłym, na którym dalsi członkowie rodziny czują się zobowiązani porozmawiać z najbliższą rodziną zmarłego. Po drugie, stypa – na której je się posiłek niejako „z okazji” śmierci (jak zobaczymy dalej, brudnej – a więc nieidącej w parze z jedzeniem); na której też przy posiłku zwyczajowo wspomina się zmarłego. Także zanikające już obrzędy, takie jak „wystawianie” zmarłego w drzwiach, ceremonia mycia zmarłego przez kobiety, czuwanie przy ciele, pogrzeby przy otwartej trumnie (ciągle popularne w USA). Wszystkie te praktyki opierają się na mówieniu, widzeniu, obecności, kontakcie – zaprzeczeniu zakazu kontaktów ze śmiercią²²⁵.

Wróćmy do dyskursu publicznego i domniemanego tabu śmierci²²⁶. Jeśli tabu jest aktem woli, to również „milczenie” w dyskursie publicznym (przez bliżej nieokreślony okres XX wieku) nie było tylko zaniechaniem. Było aktem zawierającym w sobie wolę milczących – tych, którzy inaczej mogliby poruszać ten newralgiczny wszak temat, a więc twórców literatury i filmu, dziennikarzy i naukowców. Dodajmy jednak, że do „milczenia” mogło też przyczynić się działanie innych czynników kształtujących przestrzeń dyskursu, która, jak zauważa Foucault,

²²⁵ Por. A. van Gennep, op. cit., rozdz. *Pogrzeb*, s. 151–166.

²²⁶ Należy zauważyć, że prowadząc te rozważania, rozszerzam rozumienie tabu, wbrew zaleceniu Tony’ego Waltera, z poziomu psychologicznego (o którym pisał van Gennep à propos „aktu”) na poziom makrospołeczny.

rządzi się swoimi prawami: zawiera procedury selekcji, organizacji, kontroli dostępu, których rolą jest obezwładnianie jej niebezpiecznych obszarów²²⁷.

I wreszcie również na poziomie dyskursu tabu śmierci powinno mieć swój rewers w postaci jakiegoś rodzaju rytuałów pozytywnych, „aktywnych”. Mówiąc o dyskursie publicznym, jestem zmuszony w tym wypadku bardzo rozszerzyć pojęcie rytuału – zastosuję je jako metaforę.

„Milczenie” o śmierci w XX wieku, jak wspomniałem już na początku mojej pracy, mogło mieć związek z okresem wyjątkowo okrutnych wojen. To być może nie miejsce na takie porównania, ale zarówno kolejne rozdziały pozycyjnej I wojny światowej, jak i przerażające praktyki uśmiercania cywili podczas II wojny światowej – miały w sobie coś z mrocznego rytualizmu (jeżeli oczywiście wykorzystamy w metaforze pogardliwe rozumienie rytuału jako zbioru „pustych”, bezsensownych, powtarzanych kompulsywnie gestów i okrutnych praktyk²²⁸).

Ponownie posługując się tą metaforą, jako rodzaj „aktywnego” ob-
rzędu można zinterpretować masową produkcję i masową konsumpcję „pornografii śmierci” – filmów wojennych, horrorów, brutalnych komiksów, o których pisał Gorer (notabene już w latach 50., czyli wtedy, gdy według mojej pierwotnej hipotezy tabu było najsilniejsze). Na przestrzeni XX wieku „pornografia śmierci” w swojej „rytualnej” kompulsywności nabrała zupełnie nowych wymiarów w zalewie medialnych przedstawień przedwcześnie śmierci.

²²⁷ Por. „Podejrzewam mianowicie, że w każdym społeczeństwie wytwarzanie dyskursu jest równocześnie kontrolowane, selekcjonowane, organizowane i poddawane redystrybucji przez pewną liczbę procedur, których rolą jest zaklinać moce i niebezpieczeństwa, zawładnąć przypadkowością zdarzeń, wymknąć się ciężkiej, niepokojącej materialności” – M. Foucault, *Porządek dyskursu. Wykład inauguracyjny wygłoszony w Collège de France 2 grudnia 1970*, przeł. M. Kozłowski, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2002, s. 7–8.

²²⁸ Owo pogardliwe rozumienie bardzo utrwaliło się w europejskiej kulturze. Dopiero współczesna antropologia dokonuje swoistej rehabilitacji rytuału – por. M. Douglas, *Symbole naturalne. Rozważania o kosmologii*, przeł. E. Dżurak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004, rozdz. *Z dala od rytuału*, s. 42–59. Zob. też J. Tokarska-Bakir, „Zanik doświadczenia”. *Diagnoza antropologiczna*, „Teksty Drugie” 2006, nr 3, *Doświadczenie. Reaktywacja*, s. 39–45.

Taką „aktywną”, quasi-obrzędową praktyką wydaje się również potoczny dyskurs o śmierci, z istic rytualną powtarzalnością²²⁹ przywołujący diagnozę o tabu²³⁰.

Kończąc interpretację tabu śmierci jako rytuału, chciałbym podkreślić, co jest w tym porównaniu dla mnie najważniejsze (oprócz podstawowej tezy, że tabu śmierci to jeden z rytuałów śmierci): tabu nie jest powstrzymaniem się od działania, ale działaniem; postępowanie według tabu jest, przynajmniej w jakimś zakresie, intencjonalne; jak każdy inny rytuał, tabu czemuś służy – ma w sobie swoją wewnętrzną logikę, racjonalność i jest funkcjonalne dla kultury, w której zostało ustanowione (a przynajmniej dopełnia inne jej rozwiązania).

Śmierć jako brud i doświadczenie śmierci

Trzecia z powyższych tez nie pochodzi od Arnolda van Gennepa. Sformułowała ją wymieniana już kilkakrotnie Mary Douglas²³¹. Twierdzi ona, że tabu jako kulturowy brud jest uniwersalne; dotyczy wszystkich społeczeństw ludzkich i we wszystkich stanowi „produkt uboczny systematycznego porządkowania i klasyfikacji rzeczy”²³². Według Douglas tabu to

spontaniczny instrument służący ochronie dystynktywnych kategorii wszechświata. Tabu chroni lokalny konsensus w kwestii tego, jak zorganizowany jest świat. Podtrzymuje chwiejną pewność. Redukuje intelektualny i społeczny nieład [podkreśl. – P.Sz.]²³³.

²²⁹ Jeżeli chodzi o powtarzalność: w Polsce o śmierci i zmarłych przeczytamy i usłyszymy niezawodnie raz do roku – 1 listopada, z okazji Święta Zmarłych.

²³⁰ Na miejscu jest tu skojarzenie ze słynną krytyką hipotezy o milczeniu na inny newralgiczny temat naszej kultury – na temat seksualności. Mam na myśli to, co Michel Foucault pisał o „hipotezie represji”. M. Foucault, *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Czytelnik, Warszawa 1995, s. 22–51.

²³¹ Por. M. Douglas, *Symbole naturalne*, op. cit.; por. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 45–49, 71–81.

²³² M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 77.

²³³ M. Douglas, *Preface to the Routledge Classics Edition*, [w:] M. Douglas, *Purity and Danger. An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge, London–New York

Tym samym chciałbym powrócić do interpretacji śmierci jako kulturowego brudu w rozumieniu tej autorki²³⁴.

W moim przekonaniu śmierć jest brudem, ale jeden jej aspekt jest brudem najgroźniejszym – to doświadczenie śmierci. Właśnie doświadczenie śmierci uważam za najsilniej tabuizowane – prawdopodobnie niezmiennie, bez względu na „emancypacyjne” postulaty pokonania tabu czy obietnice „powrotu” do śmierci łagodnej i bliskiej. Mam na myśli zarówno doświadczenie śmierci cudzej (na przykład bliskiej osoby), jak i przede wszystkim doświadczenie umierania – doświadczenie własnej śmierci. Natomiast wiele innych aspektów pojmowania śmierci, zwłaszcza te, które nie odnoszą się bezpośrednio do doświadczenia lub są jego odległym przetworzeniem (jak jej ikonografia czy wyidealizowane obrazy), nie mają siły kulturowego brudu i w mniejszym stopniu są tabuizowane²³⁵.

Doświadczenie śmierci, jak każdy brud, zaburza strukturę doświadczenia. Mary Douglas pisze:

Nasze unikanie brudu nie wynika ze strachu czy bezmyślności – to twórcza aktywność, wysiłek mający na celu dostosowanie formy do funkcji i ujednolicenie doświadczenia. (...) W tej książce próbowałam pokazać, że rytuały czystości i nieczystości są źródłem jedności doświadczenia [podreśl. – P.Sz.]²³⁶.

Należy dodać, że chodzi tu przede wszystkim o doświadczenie jednostki.

Doświadczenie jednostek jest zapośredniczone przez kulturę, rozumianą jako publiczne, ujednolicone wartości danej wspólnoty. Kultura dostarcza z góry pewnej liczby kategorii podstawowych, pozytywnego wzoru, w którym można schludnie uporządkować idee i wartości. Co

2000, s. XI, [za:] J. Tokarska-Bakir, *Energia odpadków* (wstęp), [w:] M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 9.

²³⁴ Zaprezentowałam ją już, opisując parę typów przedstawień: *Śmierć brudna – śmierć czysta*. Zob. rozdz. *Typy przedstawień choroby i śmierci*.

²³⁵ Por. rozdz. *Wymiary śmierci i Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

²³⁶ M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 46.

więcej, kultura ma nad jednostkami władzę, ponieważ skłania każdą z nich do konsensusu, używając jako argumentu zgody innych²³⁷.

Zgadzam się ze stwierdzeniem Tony'ego Waltera, że śmierć zagraża przede wszystkim jednostce. Społeczeństwo stara się chronić jednostkę, w którą „zainwestowało tożsamość”, przed doświadczeniem śmierci. Podsumowując pojawiające się wcześniej wyjaśnienia, można ułożyć krótką listę sposobów, na jakie społeczeństwo tego dokonuje:

- 1) ustanawiając i podtrzymując porządek wartości, w którym śmierć pozostaje brudem;
- 2) za pomocą rytuału „negatywnego”: zakazu mówienia, kontaktu, pokazywania;
- 3) za pomocą rytuałów „pozytywnych” uchylających zakaz kontaktu; te jednak tracą odświętny i zakładający uczestnictwo jednostki charakter, a zmieniają się w świeckie praktyki mówienia i pokazywania, umiarkowanie angażujące odbiorców²³⁸;
- 4) za pomocą praktyk w życiu codziennym (jak sprint na drugą stronę ulicy na widok kolegi w żałobie czy przewiezienie rodzica do domu opieki), prowadzących do fizycznej i społecznej izolacji umierających i żałobników „skażonych” doświadczeniem śmierci.

Jak widać, społeczeństwo chroni jednostkę przed doświadczeniem śmierci, jednak tylko do czasu, kiedy jednostka sama staje w obliczu śmierci – własnej lub śmierci najbliższych. W obu wypadkach kontakt z tym doświadczeniem i „skażenie” są nieuniknione.

Z tego obrazu wyłania się perfidna funkcjonalność ustanowienia śmierci odpadkiem społecznego porządku. Społeczne praktyki fizycznej izolacji umierających, a także towarzyskiej izolacji żałobników, chronią przede wszystkim jednostki żywe i zdrowe, mogące sprawnie funkcjonować w obrębie społeczeństwa. „Piętno” doświadczenia śmierci ma chronić „normalsów”, a nie napiętnowanych²³⁹ – tak jak emancypacja skażonych

²³⁷ Ibidem, s. 80.

²³⁸ Por. J. Tokarska-Bakir, „Zanik doświadczenia”, op. cit. Por. rozdz. *Wymiary śmierci i Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

²³⁹ Por. E. Goffman, op. cit., np. rozdz. *Przystosowanie do grupy a tożsamość ego*, s. 147–168.

śmiercią „odmieńców” potrafi przeobrazić się w poradnictwo w służbie równowagi duchowej reszty społeczeństwa²⁴⁰. Konwenanse, delikatność, poczucie nieadekwatności i zażenowania – to, co często przesądza o decyzji zaniechania kontaktu z osobami w żałobie i z umierającymi – ma chronić nie umierających i żałobników, ale nas samych. Wszystkie te uczucia mają u źródła lęk przed skażeniem, w jaki wyposaża nas kultura, by chronić przed zburzeniem jedności doświadczenia. Doświadczenie śmierci jest gruntownie niespójne z porządkiem kultury opierającej się na indywidualizmie, młodości, sprawności, żywotności, płodności i seksualnym pięknie²⁴¹. Wystawia nas na niebezpieczny i przykry dysonans.

To zaburzenie i ochronę przed nim dobrze uchwycił Antony Giddens, pisząc o „separacji doświadczenia”²⁴²:

Separacja doświadczenia (*sequestration of experience*): oddzielenie życia codziennego od doświadczeń, które mogłyby skłonić do stawiania potencjalnie niepokojących pytań egzystencjalnych, zwłaszcza w styczności z chorobą, szaleństwem, przestępczością, seksualnością i śmiercią²⁴³.

W innym miejscu:

W warunkach nowoczesności taka separacja umożliwia ustanowienie rozległych obszarów względnego bezpieczeństwa w życiu codziennym. Jej skutkiem, który, jak widzieliśmy, należy rozumieć przede wszystkim w kategoriach niezamierzonych konsekwencji rozwoju nowoczesnych instytucji, jest *represja grupy podstawowych moralnych i egzystencjalnych aspektów życia ludzkiego*, które zostają wyparte [podkreśl. – A.G.]²⁴⁴.

²⁴⁰ Por. podrozdz. *Umierający jako odmieńcy* tej pracy. Por. H. Mayer, op. cit.

²⁴¹ Paradoksalnie nie kto inny jak Jan Paweł II zdefiniował pozytywną strukturę euroatlantyckiej kultury jako „cywilizację życia” zagrożoną przez „cywilizację śmierci”.

²⁴² A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, op. cit., rozdz. *Separacja doświadczenia*, s. 198–247.

²⁴³ Ibidem, s. 317 (w zamieszczonym w książce *Słowniku podstawowych pojęć*).

²⁴⁴ Ibidem, s. 228.

Z terenu antropologii znów wracamy do refleksji egzystencjalnej – u Giddensa tym, przed czym społeczeństwo nas broni, są właśnie egzystencjalne pytania. Zaburzenie struktury doświadczenia jest przykre i trudne, ale kryje w sobie załazek poznania. Poznanie, które może być efektem stawiania egzystencjalnych pytań, jest niebezpieczne – jak uczy Mary Douglas – przede wszystkim dla *status quo* kultury i społeczeństwa. Zmodyfikujmy wypowiedzi Giddensa: jakkolwiek celem ochrony przed doświadczeniem śmierci jest codzienne bezpieczeństwo jednostek, chodzi raczej o względne poczucie bezpieczeństwa, podczas gdy właściwą stawką jest ochrona pozytywnej struktury symboli, wartości i klasyfikacji społeczeństwa²⁴⁵. Bezpieczeństwo to zapewniają nowoczesne instytucje, jak system opieki zdrowotnej, ale też media czy współczesna mutacja obyczajowości. Podstawowym niebezpieczeństwem nie jest sama śmierć, ale wnioski, jakie jednostka może wyciągnąć z popartej indywidualnym doświadczeniem wiedzy o nieuchronności zbliżającej się śmierci²⁴⁶.

Z ewangeliczną prostotą ujęła to autorka artykułu zamieszczonego w jednej z pierwszych w Polsce publikacji o ruchu hospicyjnym:

Naturalną konsekwencją społecznej negacji śmierci jest oddalenie jej symboli – ludzie ciężko chorzy i/lub starzy są separowani od reszty społeczeństwa, by ich obecność nie przypominała innym, że pewnego dnia sami umrą²⁴⁷.

²⁴⁵ Por. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 80.

²⁴⁶ By przełamać enigmatyczność tego stwierdzenia, podam przykłady: choćby wnioski zawarte w *Księdze Koholeta*; albo nieco odmienne, do jakich dochodzi bohater *Poszerzenia pola walki* Houellebecq: „Ogólnie rzecz biorąc, wszyscy jesteśmy skazani na starość i śmierć. Pojęcie starości i śmierci jest nie do zniesienia dla ludzkiej jednostki; w naszych cywilizacjach rozwija się ono wszechwładne i absolutne, wypełnia stopniowo pole świadomości, nie pozostawiając miejsca na nic innego. W ten sposób, pomału, wytwarza się przeświadczenie o ograniczeniu świata. Pożądanie zanika; pozostaje jedynie gorycz, zazdrość i strach. Przede wszystkim zaś pozostaje gorycz, niezmierzona, niepojęta gorycz. Żadna cywilizacja, żadna epoka nie rozwinęła u swoich współczesnych takiej ilości goryczy. Z tego punktu widzenia żyjemy w czasach bez precedensu. Gdyby należało podsumować stan współczesnego umysłu jednym słowem, byłoby nim właśnie to, które wybrałem: gorycz” – M. Houellebecq, *Poszerzenie pola walki*, przeł. E. Wieleżyńska, WAB, Warszawa 2005, s. 160. Nie trzeba chyba dodawać, że jednostka, która wyciąga takie wnioski (i traktuje je poważnie), nie będzie „funkcjonalna” dla nowoczesnego społeczeństwa.

²⁴⁷ E. Sikorska, op. cit., Warszawa 1989, s. 67. Warto zwrócić uwagę na wzmiankę o symbolach. Pisałem już o przemocy symbolicznej w stosunku do umierających. W tym

Śmierć jako anomalia (i metody obrony przed zagrożeniem)

Brud, jako produkt uboczny systemu porządkowania, w świecie zorganizowanym według tego systemu ma status anomalii²⁴⁸. Choć śmierć zdaje się zjawiskiem bezspornie naturalnym, zarówno „antropologowie” śmierci, jak i krytycy kultury, tworzący tezy o tabu, piszą o niej jako o czymś wyjątkowym. Dla pierwszych jest fundamentalnym ludzkim doświadczeniem (fundamentalnym również dla kultury), dla drugich stanowi coś z kultury wypartego, wyrzuconego poza jej nawias. W obu tych perspektywach śmierć jest problemem, skandalem, wyjątkiem, w dodatku wymagającym od kultury reakcji.

Tak pisze Mary Douglas:

Każdy system klasyfikacji musi stwarzać miejsce dla anomalii, każda kultura musi stawić czoła zdarzeniom, które wydają się podważać jej założenia. Kultura nie może ignorować anomalii wytwarzanych przez jej własny schemat pojęciowy, chyba że ryzykując podważenie pewności siebie²⁴⁹.

Nazywa też istnienie nietypowych form „wyzwaniem”, na które kultura nie może pozostać obojętna²⁵⁰.

Spróbujmy więc spojrzeć na śmierć jak na tak rozumianą anomalię i „wyzwanie” dla późnonowoczesnych społeczeństw. Przytoczę w tym celu listę kulturowych sposobów radzenia sobie z anomalią, sporządzoną przez Douglas²⁵¹. Anomalię może zatem znieść:

- 1) nowa interpretacja (powtórna klasyfikacja, która wskazuje odpowiedni sposób postępowania);
- 2) fizyczna kontrola (wyeliminowanie, fizyczne usunięcie anomalii);

fragmentie autorka sugeruje, że umierająca jednostka staje się dla otoczenia symbolem śmierci – jako abstrakcji, zasady, „śmierci-postaci”. Umierający zostaje zatem zredukowany do znaku.

²⁴⁸ Por. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 76–81.

²⁴⁹ Ibidem, s. 80.

²⁵⁰ Ibidem.

²⁵¹ Por. ibidem. Listę odtwarzam (pomijając przykłady) na podstawie opisu na s. 80–81. Stosuję bezpośrednio zwroty użyte w tekście.

- 3) zasada unikania anomalii (która umacnia i potwierdza definicję, przeciw której anomalia stanowi wykroczenie; anomalia staje się negatywem wzorca rzeczy aprobowanej);
- 4) etykietowanie jako zagrożenie (ustanowienie społecznych instytucji, na przykład społecznych wierzeń, co może być metodą zapobiegania różnicom poglądów, a także wzmacniania postaw konformistycznych);
- 5) wykorzystanie w rytuałach (użycie dwuznacznych symboli w celu wzbogacenia palety sensów lub skierowania uwagi na inne wymiary istnienia).

Zasada unikania anomalii (3) objawia się tym wszystkim, co uczestnicy dyskursu o śmierci wiążą z określeniem „tabu”: unikaniem chorych, starych i umierających oraz osób w żałobie; problemami z rozmawianiem na temat śmierci; psychicznym obciążeniem, jakim jest przebywanie w towarzystwie „śmiertelnie” chorego; repulsją na widok wyniszczonego ciała; a nawet wspomnianym przeze mnie uczuciem nieadekwatności i zażenowania towarzyszącym składaniu kondolencji. Wszystko to można zinterpretować jako efekty zinternalizowanej przez jednostki zasady unikania doświadczeń podważających system norm i wartości późnowoczesnego społeczeństwa (jak wyżej: młodego, zdrowego, sprawnego, efektywnego...). Doświadczenia, o których mowa, są odwrotnością tej pozytywnej struktury – stanowią wszystko, czego się boimy i czego chcemy uniknąć²⁵².

Pokrewnym sposobem unikania anomalii jest jej etykietowanie jako zagrożenia (4). Jako takie etykiety można zinterpretować piętnujące mity dotyczące „śmiertelnych” chorób. Susan Sontag w swoich esejach o metaforach chorób wymienia tych mitów bardzo wiele, na przykład: gruźlica to choroba wrażliwych i nadpobudliwych, rak to kara za tłumienie namiętności, AIDS to kara za występki seksualny²⁵³. Sama metafora choroby i śmierci to również tego rodzaju etykietowanie. Potrzeba refleksji i pracy nad własnym językiem (a mało kto ma na to szansę), by nie

²⁵² Por. z cytowanym wcześniej fragmentem z *Poszerzenia pola walki* Houellebecqa.

²⁵³ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, op. cit.; S. Sontag, *AIDS i jego metafory*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 91–181.

podtrzymywać w polu semantycznym choroby i śmierci skojarzeń, takich jak: wojna, atak, walka, wróg, morderca, katastrofa, więzienie²⁵⁴.

Jeśli chodzi o wykorzystanie śmierci w rytuałach (5), to jak wskazuje wiele prac antropologicznych, symbolika śmierci wykorzystywana jest w większości ważnych obrzędów znanych kultur ludzkich. Szczególnym przykładem jest trójstopniowy model „obrzędów przejścia”, stworzony przez van Gennepa. Obrzędy przejścia niezmiennie zawierają „fazę progową” (liminalną), podczas której poddana obrzędowi jednostka jest wyłączona ze świata społecznego. Podkreślane jest to między innymi właśnie użyciem symboli śmierci (wyłączenie ze świata społecznego jest zrównane z usunięciem ze świata żywych)²⁵⁵. Warto zaznaczyć, że elementy obrzędów przejścia zawarte są nie tylko w obrzędach inicjacyjnych, ale właściwie we wszystkich obrzędach dotyczących ważnych wydarzeń biograficznych (od narodzin po śmierć). Przypomnę też sugestię zawartą w pracy *Śmierć jako organizator kultury*, że symbolika śmierci stanowi strukturalno-logiczny organizator całości życia obrzędowego²⁵⁶.

Śmierć można wreszcie na nowo zinterpretować (1). Taką ponowną interpretacją jest potraktowanie umierania jako przesłanki zniewolenia, jak stało się w opisanym przeze mnie dyskursie „emancypacji umierających”. Jest nią również ukazywanie śmierci jako pozytywnego doświadczenia, które może mieć zbawienny wpływ na żywych (wątek „życiodajnej śmierci”).

Reinterpretacją nazwałem jedną ze strategii „odwracania doświadczenia” – estetyzacji i idealizacji śmierci. Mam na myśli zabiegi, których efektem jest przybliżenie śmierci – już jako idei, figury, znaku – do systemu pozytywnych wartości kultury²⁵⁷. Tak przetworzona, śmierć przekształca się w *śmierć czystą*: „pozytywnie przeorganizowaną”, czyli – wracając do języka Mary Douglas – na nowo zaklasyfikowaną w celu przywrócenia

²⁵⁴ Por. z analizą systemu metaforycznego materiału z wywiadów w rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

²⁵⁵ Por. z fabularnymi schematami dezorganizacji i reorganizacji życia w narracjach fabularnych – zob. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów*

²⁵⁶ J. Tokarska, J.S. Wasilewski, M. Zmysłowska, *Śmierć jako organizator kultury*, op. cit.

²⁵⁷ Zob. podrozdz. *Podsumowanie* w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka* tej pracy.

porządku. Idealizacja śmierci służy bowiem kulturze do neutralizacji, jak pisał Vernant, „chaosu, bezkształtności i bezsensu” śmierci – a zatem podstawowych cech każących interpretować śmierć jako „wykroczenie przeciw porządkowi”²⁵⁸.

Jednak praca reinterpretacji może też odbywać się w świadomości jednostki i dotyczyć samego indywidualnego doświadczenia śmierci. W obrębie „modelu przebiegu procesów trajektoryjnych”, stworzonego przez Gerharda Riemanna i Fritza Schützego²⁵⁹ jako uogólnienie i rozwinięcie koncepcji „trajektorii umierania” opisanej przez Anselma Straussa²⁶⁰, wyróżnione zostaje stadium „prób teoretycznego przepracowania” trajektorii²⁶¹. Podczas tego stadium jednostka jest zmuszona wytworzyć „radycznie nowe definicje [swojej] sytuacji życiowej”²⁶². Następnie zaś podejmuje „praktyczne próby opracowania trajektorii i uzyskania nad nią kontroli”, co stanowi następne stadium trajektorii²⁶³. Chodzi więc o reinterpretację indywidualnego doświadczenia, rodzaj intelektualnej pracy nad doświadczeniem w celu zwiększenia przez jednostkę poczucia kontroli nad własnym życiem.

Wyobrażam sobie, że te etapy modelu Riemanna i Schützego mogą trafnie opisywać zmiany w psychice jednostki, która doświadcza śmierci drugiej osoby (na przykład kogoś bliskiego). Trafnie opisują też fabularne schematy „dojrzwiania” do śmierci i załatwiania „ważnych spraw”²⁶⁴. Jednak jak wskazuje materiał z przeprowadzonego przeze mnie bada-

²⁵⁸ Por. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 46.

²⁵⁹ G. Riemann, F. Schütze, „Trajektorii” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, przeł. Z. Bokszański, A. Piotrowski, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 2, s. 89–109; F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, op. cit.

²⁶⁰ Zob. np. A. Strauss i in., *Social Organization of Medical Work*, op. cit., s. 215–218.

²⁶¹ F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, op. cit., s. 26.

²⁶² Ibidem, s. 26

²⁶³ Ibidem. Por. „Piąty etap: pogodzenie się” wg E. Kübler-Ross: „Jeśli pacjent miał dość czasu (tzn. nie spotkała go nagła, nieoczekiwana śmierć) i doznał pewnej pomocy, gdy przeżywał uprzednio opisane etapy, osiągnie wreszcie fazę, kiedy nie będzie ani załamany, ani gniewny z powodu swego «przeznaczenia»” – E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit., s. 123.

²⁶⁴ Por. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów*.

nia, w wypadku doświadczenia umierających model ten nie okazuje się w pełni adekwatny (powróć do tego zagadnienia w części empirycznej pracy).

Ostatnim sposobem unikania anomalii jest „fizyczna kontrola” (2). Douglas, tworząc tę kategorię, miała na myśli uśmiercenie – opisując ją, podała przykłady zabicia człowieka lub zwierzęcia, które narusza zasadę klasyfikacji (dziecko potworkowate narusza granice klasyfikacji na ludzi i nie-ludzi). W moim przekonaniu „fizycznym” usunięciem anomalii można też określić izolację umierających w specjalnych zakładach opieki zdrowotnej. Inaczej: można tak określić „racjonalną” zasadę postępowania, zgodnie z którą umierający człowiek jest nakłaniany do spędzenia swoich ostatnich dni w szpitalu lub w hospicjum, nawet wbrew jego woli (na takie przypadki natrafiłem podczas mojego badania²⁶⁵).

Izolacja chorych i umierających jest rozwiązaniem racjonalnym z punktu widzenia organizacji pracy medycznej, z punktu widzenia skuteczności łagodzenia fizycznego cierpienia pacjenta, a także pod względem wygody pacjenta i jego rodziny (hospicjum zapewnia stałą opiekę pielęgnacyjną). Jednak, niezależnie od tych argumentów, izolacja pozostaje – wartym zastanowienia – społecznym faktem.

Chaotyczne doświadczenie umierania jako brud

Przywołałem wyżej koncepcję „trajektorii cierpienia” Gerharda Riemanna i Fritza Schützego. Dla tych autorów pojęcie trajektorii stanowi „podstawową kategorię oznaczającą bezładne procesy społeczne i procesy cierpienia” [podkreśl. – G.R., F.S.]²⁶⁶. Trajektoria, w rozumieniu Riemanna i Schützego, jest procesem biograficznym, którego podstawową cechą jest doświadczenie narastającego cierpienia, z którego nie widać wyjścia. Jednostka doświadczająca procesu trajektoryjnego jest pozbawiona możliwości aktywnego działania, zachowuje się reaktywnie, ma problemy z komunikowaniem się z innymi i staje się wyobcowana zarówno z otoczenia, jak i wobec samej siebie. Towarzyszy temu wszystkiemu irytacja, strach i smutek, a także poczucie utraty „rów-

²⁶⁵ Zob. podrozdz. *Rodzina – samotność, izolacja, usprawiedliwienia i Chęć stąd wyjść*.

²⁶⁶ G. Riemann, F. Schütze, op. cit., s. 92.

nowagi radzenia sobie z życiem codziennym²⁶⁷. Jedną z kluczowych cech procesu trajektoryjnego jest narastające poczucie chaosu, bezładu i utraty kontroli nad własnym życiem²⁶⁸. Ta cecha jest też powodem, dla którego przytaczam w tym miejscu koncepcję Riemanna i Schützego. Ich opis doświadczeń trajektoryjnych jest kolejną przesłanką trafności interpretacji doświadczenia umierania jako kulturowego brudu.

Są wszelkie powody, by podejrzewać, że doświadczenie umierających chorych jest chaotyczne, bezładne i wiąże się z utratą kontroli nad własnym życiem – jego dezorganizacją i rozbiciem. Zdradzę już teraz, że kategorie te trafnie nazywają to, z czym spotkałem się w moich wywiadach²⁶⁹.

Uważam, że chaotyczność i bezład doświadczenia umierania to klucz do zrozumienia faktu nakładania nań w nowoczesnych społeczeństwach zakazu, tabu. Powracam tym samym do głównej tezy tego rozdziału: to doświadczenie śmierci jest tabuizowane. Jest tabuizowane, ponieważ jest kulturowym brudem²⁷⁰.

Podsumowanie

Tabu śmierci wcale nie znikło, mimo że na temat śmierci i o samym tabu toczy się wartka dyskusja. Śmierć ciągle budzi strach, a o pewnych jej aspektach wciąż niewiele się mówi i trudno je zobrazować.

Warto tabu śmierci poddać swoistemu stopniowaniu:

1) Nie dotyczy ono tych aspektów i obrazów śmierci, które nazwałem *śmiercią-znakiem*: estetyzowanych, wyidealizowanych, będących od-

²⁶⁷ Por. F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, op. cit., s. 25.

²⁶⁸ Por. ibidem, s. 21–22.

²⁶⁹ Zastrzegam, że nie rozpoczynałem badania, ani też analizy materiału, wybrawszy uprzednio interpretację w tych kategoriach. Zdecydowałem się na nią dopiero w wyniku analizy materiału. Ponadto interpretacja z użyciem pojęcia trajektorii jest zbieżna z wynikami moich badań tylko częściowo. Zob. rozdz. *Obszary doświadczenia* mojej pracy.

²⁷⁰ Mógłbym w tym miejscu kontynuować wątki kontroli i ryzyka w kontekście doświadczenia biograficznego jednostki, a także strukturalnego porządku nowoczesnych społeczeństw. Poprzestanę jednak na wskazaniu książki Mary Douglas *Risk and Blame* (Ryzyko i wina), w której autorka antropologicznej koncepcji brudu sama omawia część tych zagadnień. Zob. M. Douglas, *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Routledge, London–New York 2005, s. 3–54.

ległym przetworzeniem doświadczenia, które kiedyś legło u ich podstaw. Bez zająknięcia można mówić o „śmierci-postaci”, o śmierci męczeńskiej, bohaterskiej, romantycznej, w dramatycznych okolicznościach. Można bez większych problemów realistycznie przedstawiać śmierć, o ile obraz ten zostanie przełamany oczyszczeniem. Wreszcie, nawet gdy rzeczywista, faktyczna śmierć konkretnej osoby opisana jest w dostatecznie estetyzowany sposób – przestaje być tabu. Zamienia się w przedstawienie, obraz, znak, o którym można mówić.

2) Pewne aspekty śmierci są sporadycznie podejmowane w debacie publicznej: leczenie chorób, sytuacja pacjentów szpitali onkologicznych, HIV i AIDS, żałoba po śmierci bliskich, trauma wojenna, problemy opieki hospicyjnej. Gdy zebrać te rozproszone głosy, objawią się nam one już jako obfity dyskurs, w którym aktywnie uczestniczą też naukowcy. Jego analiza prowadzi jednak do niepokojących wniosków: choć bierze on na warsztat dominujące współcześnie doświadczenie umierania (a więc sytuuje się niejako „bliżej doświadczenia”), także on polega na produkcji przedstawień, według reguł specyficznych dla danej subdyscypliny. Dla czytelnika tekstu naukowego, a tym bardziej widza telewizyjnej „setki”, zapośredniczone doświadczenie śmierci jest kolejnym obrazem, *znakiem*, o którym można mówić. Być może to stoi za diagnozą, że tabu śmierci zelżało. Bardziej pesymistyczna jest myśl, że obfitość „produkcji tanatologicznej” nie tylko nie świadczy o zaniku tabu, ale przyczynia się do jego umacniania – w stosunku do innych, niedostrzeganych przez tanatologów aspektów śmierci.

3) Ten rzadko dostrzegany aspekt to doświadczenie indywidualne: doświadczenie śmierci drugiego człowieka lub doświadczenie własnego umierania. Od obcowania z przedstawieniami różni się ono zasadniczo: zakłada współobecność, wiąże się z niebezpieczeństwem, daje pewną wiedzę i odmienia podmiot²⁷¹. Uważam, że ten właśnie aspekt śmierci ciągle obłożony jest silnym tabu. Mówienie o nim, a także słuchanie takiej opowieści, zwłaszcza w bezpośredniej interakcji z mówiącym, niezmienne jest bardzo trudne.

Wyjaśnieniem tego intrygującego statusu tabu śmierci może być jego rytualny charakter. Według mojej interpretacji tabu, jako rytuał

²⁷¹ Por. definicja Gadamera przytoczona przeze mnie jako motto pracy.

„negatywny”, zdominowało w jakimś zakresie swoje rytualne „aktywne” odpowiedniki, jak rozbudowane niegdyś obrzędy pogrzebowe, które znacznie zubożały w Europie w ciągu XX wieku. Tym właśnie można tłumaczyć opinie o „zaniku rytuałów śmierci”. „Aktywne czynności” będące rewersem tabu śmierci w nowoczesnych społeczeństwach przybierają poza tym postać niekojarzącą się z rytuałem: tym próbowałem wyjaśnić wszechobecność przedstawień śmierci i publicznej dyskusji na jej temat. Tabu, mimo wzmocnienia swej pozycji wśród innych rytuałów śmierci, zachowało swoją funkcję ochrony psychiki jednostki przed trudnym doświadczeniem śmierci.

W kategoriach Mary Douglas doświadczenie umierania jest w późnonowoczesnych społeczeństwach obłożone tabu, ponieważ stanowi produkt uboczny kulturowego systemu porządkowania. Znajduje się na niebezpiecznych obrzeżach więcej niż jednego systemu porządkowania naszej kultury: systemu „wewnątrzświatowych” wartości, takich jak zdrowie, młodość, witalność, aktywność, ruch i cielesne piękno; spójnego z owymi wartościami systemu klasycznych reguł estetycznych (nie tylko wizualnych, lecz także dotyczących tworzenia opowieści); czy systemu wiedzy nowoczesnej medycyny (oraz kompleksu wyobrażeń, lęków i nadziei z nim związanych).

Późnonowoczesne społeczeństwo za pośrednictwem tabu chroni jednostkę przed niebezpiecznym doświadczeniem śmierci, ale tylko tak długo i w takim zakresie, w jakim to doświadczenie zagraża samemu społeczeństwu, tworząc ryzyko uczynienia jednostki niefunkcjonalną. Doświadczenie śmierci jest jednak nieuchronne – każda jednostka wcześniej czy później będzie na nie wystawiona, choćby wówczas, gdy sama będzie umierać. Wtedy jednak społeczeństwo nie zapewnia wystarczającej ochrony, ponieważ byłoby to sprzeczne z chronieniem większości, dla której umieranie pociąga za sobą ryzyko skażenia.

Doświadczenie śmierci, a szczególnie doświadczenie własnego umierania, jest niekontrolowane, chaotyczne, niejednorodne, jest anomalią w stosunku do życia codziennego i procesów biograficznych zdrowej osoby. Tabu śmierci, usuwając sprzed naszych oczu traumatyczną, dezorganizującą, podważającą porządek rzeczywistość śmierci, gwarantuje naszemu doświadczeniu pożądaną, bezpieczną jedność. Dzięki temu czyni nas podatnymi do funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie.

Śmierć-znak – obecna zarówno w narracjach fabularnych, jak i obecna w dyskursie akademickim, wyidealizowana, przetworzona na podobieństwo pozytywnych wartości systemu i według estetycznych reguł – pozostaje elementem porządku. Doświadczenie śmierci – chaotyczne, niejednorodne, bezładne – pozostaje dla systemu brudem, rażącą anomalią, którą należy usunąć.

III. DOŚWIADCZENIE UMIERAJĄCYCH

Trzecia część mojej pracy wydaje mi się zdecydowanie najważniejsza. Porzucam w niej próby zbliżenia się do tematu umierania w ramach spekulatywnych analiz. Jest ona relacją z rozmów przeprowadzonych przeze mnie z umierającymi pacjentami hospicjum.

Relację rozpocynam od krótkiego raportu, zawierającego podstawowe informacje o badaniu. Następnie opisuję najważniejsze wątki pojawiające się w treści wywiadów (*Obszary doświadczenia*). Przyjąłem strategię idiograficznego przedstawienia, w którym mój komentarz ograniczony jest do minimum (kluczowe interpretacje, na które wpłynął silnie materiał z wywiadów, zaprezentowałem w poprzedniej części pracy). Analizy systemu metaforycznego zbioru wywiadów znalazły się w rozdziałach *Piramida metafor* oraz *Metametafory i doświadczenie umierających*.

W rozdziale *Piramida metafor*, zgodnie z założeniem przyjętej metody, opisuję kolejne stadia „warstwowego zdejmowania metafor z tekstu”, tym samym dokonując rekonstrukcji systemu metaforycznego wywiadów. Od pojedynczych wyrażen metaforycznych, przez metafory rozwinięte, przechodzę aż do rozległych konstrukcji metaforycznych. W rozdziale *Metametafory i doświadczenie umierających* dobudowuję ostatnie piętro „piramidy”: rekonstruuje metametafory opisujące i strukturyzujące całość tego systemu metaforycznego. Sądzę, że ta rekonstrukcja w sposób wyjątkowy pozwala na wgląd w odbite w języku doświadczenie moich rozmówców. Kończę rozdział porównaniem mojej interpretacji języka wywiadów z opisanymi przeze mnie nurtami dyskursu o śmierci oraz ze sposobami przedstawiania umierania w narracjach fabularnych. To próba połączenia wniosków z analizy wywiadów z refleksjami z poprzednich części pracy.

INFORMACJE O BADANIU

Czas i miejsce

W dniach od 26 marca do 11 maja 2007 roku przeprowadziłem piętnaście wywiadów z pacjentami Hospicjum Stacjonarnego Caritas Archidiecezji Warszawskiej. Badania rozpocząłem wcześniej – od 20 marca prowadziłem tak zwane „negocjacje dostępu”¹ z administracją szpitala, a od 23 marca do 30 marca przeprowadziłem pięć wywiadów „przygotowawczych” z pracownikami hospicjum: lekarzem onkologiem, psychologiem, pielęgniarką oddziałową, koordynatorem wolontariuszy, pracownicą administracji i klerykiem, który odwiedzał pacjentów².

Negocjacje dostępu

Przed rozpoczęciem badań odbyłem rozmowę z dyrektorką hospicjum. Zgoda na rozpoczęcie przeze mnie badań zależała od przedstawienia projektu badań na piśmie i od zgody opiekującej się pacjentami psycholożki. Zdecydowałem się na pewną jawność założeń badania wobec personelu hospicjum.

Rozmówcy

Wśród moich rozmówców było osiem kobiet i siedmiu mężczyzn. Byli oni w wieku od 55 do 92 lat (dokładny wiek każdego z rozmówców podaję w dalszej części niniejszego podrozdziału). Wśród nich cztery osoby miały wykształcenie wyższe, sześć osób – wykształcenie średnie, dwie osoby – podstawowe, jedna osoba – niepełne podstawowe; o wykształceniu dwóch osób – brak danych. Wśród rozmówców znaleźli się: lekarz, dwóch inżynierów, ekonomista, hydraulik-budowlaniec, mechanik, ślusarz, „pracownik fizyczny”, nauczycielka, „wychowawczyni niemowląt” i dwie gospodynie domowe. Wszyscy bez wyjątku byli w terminalnym stadium choroby nowotworowej³.

¹ Zob. M. Hammersley, P. Atkinson, *Metody badań terenowych*, przeł. S. Dymczyk, Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 64–88.

² Zdecydowałem się nie włączać tego materiału do analiz prowadzonych w pracy.

³ To znaczy tym stadium, w którym zaprzestano już leczenia nastawionego na wyliczenie choroby, ponieważ na tym jej etapie nie daje ono szans na polepszenie stanu lub

Dobór rozmówców

Nie wyznaczyłem żadnych kryteriów demograficznych przy doborze rozmówców. Na początku każdej mojej wizyty w hospicjum kontaktowałem się z jednym z pracowników (psychologiem lub pielęgniarką oddziałową) i prosiłem o przedstawienie mnie jednemu z pacjentów, którzy w tym dniu i w porze mojej wizyty czuli się na tyle dobrze, żeby ze mną porozmawiać. Byłem prowadzony do pacjenta i prezentowany jako „student socjologii, który rozmawia z pacjentami”. Jeśli pacjent wyraził zgodę, przedstawiałem się i rozpoczynałem wywiad. Po skończonej rozmowie prosiłem pracownika o przedstawienie mnie następnemu pacjentowi. Według tej rutyny przeprowadzałem nie więcej niż trzy wywiady dziennie. Z reguły były to jednak dwa wywiady, a w czasie kilku wizyt – tylko jeden lub wcale⁴. Metodę doboru zaproponowała mi hospicyjna psycholożka podczas wywiadu przygotowawczego.

W trzech przypadkach sam prosiłem badanych o rozmowę – ci pacjenci byli jednak wskazani przez pracownika wcześniej jako osoby, z którymi będę w stanie przeprowadzić wywiad.

Tylko jeden raz pacjentka stanowczo odmówiła rozmowy. W innym przypadku pacjentka odmówiła rozmowy ze względu na złe samopoczucie, ale zgodziła się na przeprowadzenie wywiadu w następnym dniu.

Chciałbym zaznaczyć, że sposób doboru rozmówców – choć okazał się efektywny w swojej prostocie – miał też pewne wady. Najpoważniejszą było to, że do czasu rozpoczęcia rozmowy nie byłem w stanie zweryfikować oceny pracownika hospicjum, dotyczącej stanu pacjenta (aktualnego samopoczucia, przytomności umysłu). W ten sposób rozpocząłem

wydłużenie życia, a jedynie powoduje dyskomfort u pacjenta. Przechodzi się wówczas do leczenia *paliatywnego*, czyli nastawionego jedynie na uśmierzanie bólu i innych dolegliwości związanych z chorobą i umieraniem. Por. definicja we *Wstępie* do mojej pracy. Zob. np. J. Jarosz, *Problemy medyczne w opiece terminalnej*, [w:] J. Drążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 9–30. Dane co do wykształcenia i zawodu – według deklaracji rozmówców. Wiek i rozpoznanie – według danych hospicjum.

⁴ Było to związane m. in. z okolicznościami i przebiegiem wywiadów – zob. odpowiednie podrozdziały.

wywiady 9, 13 i 14, podczas których pozyskałem stosunkowo niewiele materiału i które byłem zmuszony przedwcześnie zakończyć⁵.

Metoda prowadzenia badania

Przypomnę, że wywiady z pacjentami przeprowadziłem z wykorzystaniem techniki wywiadu narracyjnego tematycznego zaliczającej się do tradycji biograficznej. Wywiady przygotowawcze z pracownikami hospicjum prowadziłem techniką wywiadu swobodnego ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji. W trakcie badania prowadziłem niesystematyczne notatki – rodzaj uproszczonego dziennika badacza.

Okoliczności interakcji badawczej

Wszystkie wywiady, z jednym wyjątkiem (wywiad 1), przeprowadzone zostały przy łóżku pacjenta-rozmówcy, w jednym z sześciu czteroosobowych pokoi. Wywiad pierwszy przeprowadzony został na korytarzu. W większości przypadków pacjenci nie mogli już chodzić i leżeli w łóżku na stałe.

Hospicjum, w którym prowadziłem badania, przyjmuje naraz nie więcej niż dwudziestu czterech pacjentów, ulokowanych w sześciu czteroosobowych pokojach, dodatkowo podzielonych według płci. W momencie prowadzenia większości wywiadów (oprócz wywiadu 1) podczas rozmów w pokoju byli obecni inni pacjenci, czasem także członkowie rodzin lub znajomi pacjentów i mogli słyszeć rozmowy. Nigdy rozmowa nie była prowadzona z bezpośrednim udziałem lub w „oficjalnej” obecności osób trzecich, jak na przykład członkowie rodzin.

Wywiady prowadzone były z reguły około południa lub wczesnym popołudniem – wtedy, gdy była największa szansa na znalezienie osoby, która byłaby w stanie ze mną porozmawiać. Po południu większość pacjentów szybko zasypiała lub nie była w stanie rozmawiać z powodu nasilania się dolegliwości związanych z chorobą. Z powodu pory wiele wywiadów było przerywanych przez personel rozdający obiady czy leki

⁵ Zgodnie z obostrzeniami, jakie dodałem do założeń metody ze względu na specyficzną sytuację rozmówców – zob. rozdz. *Metoda*.

lub wykonujący zabiegi higieniczne. Podczas obiadów rozmówcy, mimo moich propozycji, nie chcieli przerywać rozmowy.

W przypadku jednego wywiadu (wywiad 9) zdecydowałem się na przerwanie wywiadu z powodu złego samopoczucia pacjenta. Wywiad próbowałem dokończyć następnego dnia, ale także szybko zdecydowałem się na jego zakończenie.

Przebieg wywiadów

Nie mierzyłem czasu trwania wywiadów, jednak trwały one od około dwudziestu minut (jeden z przedwcześnie przerwanych) do około dwóch godzin.

Po przedstawieniu się wygłaszałem z pamięci prostą „formułkę wstępną”:

Jestem socjologiem i prowadzę wywiady z pacjentami, w formie swobodnej rozmowy. Materiał uzyskany w wywiadzie będzie opracowywany zgodnie z regułami anonimowości. Jeżeli w trakcie wywiadu poczuje się pan/i źle lub będzie chciała z innych powodów przerwać wywiad – proszę o tym powiedzieć.

Następnie prosiłem o zgodę na użycie dyktafonu i zadawałem pierwsze pytanie.

W trakcie wywiadu zapisywałem na kartce najważniejsze elementy narracji, takie jak wydarzenia opisywane w pierwszej części wywiadu i niejasne lub ciekawe sformułowania. O elementy te pytałem w dalszych częściach wywiadu⁶.

Wbrew moim wcześniejszym obawom pacjenci hospicjum rozmawiali ze mną, według mojej oceny, chętnie. Wywiady były długie zarówno z powodu obranej techniki ich prowadzenia, która nastawiona jest na pozyskanie dużych ilości materiału, jak i z powodu rozległych narracji rozmówców w odpowiedzi na kolejne pytania.

⁶ Dokładny opis techniki prowadzenia wywiadu zamieściłem w rozdziale *Metoda*.

Transkrypcja i informacje o rozmówcach

Wywiady spisywałem z analogowego nagrania samodzielnie, dokonując pełnej transkrypcji.

Oryginalny maszynopis pracy zawierał pełną treść zanonimizowanych wywiadów, jako jeden z rezultatów tego projektu badawczego. Wraz z oryginałem pracy są one dostępne do wglądu w bibliotece Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego.

Poniżej zamieszczam podstawowe informacje demograficzne o poszczególnych rozmówcach: wiek, wykształcenie, zawód, a także diagnozę – typ nowotworu.

Zdecydowałem się na to, ponieważ uważam, że umieranie jest doświadczeniem, które w szczególnie dużym stopniu przeżywane jest indywidualnie. Dlatego chciałem podać o moich rozmówcach tyle informacji, na ile tylko pozwalają reguły anonimowości i udostępnić czytelnikowi tę dodatkową porcję kontekstu moich analiz.

Powstrzymuję się od rozważań nad tym, czy cechy demograficzne, jak wiek, wykształcenie czy klasa społeczna nadają specyficzny odcień doświadczeniu umierania. Nie przewidziałem tego typu analizy w momencie planowania badania i zebrany materiał nie umożliwia przeprowadzenia takiego wnioskowania. Jestem jednak o tym wpływie przekonany.

WYWIAD 1

K, ur. 1937 r. (70 lat), wyk. średnie, rak jajnika.

Wywiad jako jedyny przeprowadzony na krzesłach na korytarzu hospicjum, a nie przy łóżku rozmówcy.

WYWIAD 2

K, ur. 1934 r. (73 lata), wyk. – brak danych, rak mózgu.

WYWIAD 3

M, ur. 1952 r. (55 lat), wyk. wyższe techniczne (inżynier), rak płuca.

WYWIAD 4

M, ur. 1929 r. (78 lat), wyk. wyższe (inżynier mechanik), rak wątroby.

Według psycholog: „pacjent bardzo apodyktyczny”.

WYWIAD 5

M, ur. 1932 r. (75 lat), wyk. średnie techniczne (mechanik), rak płuca i prostaty.

WYWIAD 6

K, ur. 1915 r. (92 lata), wyk. wyższe (ekonomistka, lingwistka, zakładanie ośrodków nauczania), rak jelita grubego. Istotna informacja: pacjentka przebywała w hospicjum od prawie roku.

WYWIAD 7

M, ur. 1947 r. (60 lat), wyk. średnie (budowlaniec, hydraulik, glazurnik), rak odbyticy.

WYWIAD 8

K, ur. 1929 r. (78 lat) [według danych hospicjum: ur. 1925 r. (82 lata)], wyk. podstawowe (niepełne średnie), rak tarczycy (w wywiadzie mówi, że płuca).

WYWIAD 9

M, ur. 1946 r. (61 lat), wyk. – brak danych, rak płuca.

WYWIAD 10

K, ur. 1931 r. (76 lat), wyk. wyższe (medyczne, rozmówczyni prosiła o zatajenie informacji o jej specjalizacji), rak szyjki macicy.

WYWIAD 11

K, ur. 1944 (63 lata), wyk. średnie (gospodyni domowa), rak jajowodu.

WYWIAD 12

M, ur. 1919 r. (88 lat), wyk. niepełne podstawowe (pracownik fizyczny), rak płuca.

WYWIAD 13

K, ur. 1915 (92 lata), wyk. średnie („wychowawczyni niemowląt”), rak mózgu.

WYWIAD 14

M, ur. 1936 r. (71 lat), wyk. niepełne zawodowe (ślusarz, mechanik), rak jelita grubego.

WYWIAD 15

K, ur. 1942 r. (65 lat), wyk. średnie (nauczycielka), rak płuc.

OBSZARY DOŚWIADCZENIA

Podstawą interpretacji wyników badania jest analiza systemu metaforycznego wywiadów. Jednak zanim przejdę do tej, nastawionej na badanie języka, analizy, przedstawię grupę najbardziej charakterystycznych i wyjątkowo, w moim przekonaniu, interesujących wątków, jakie pojawiły się w moich rozmowach z pacjentami hospicjum. Są one rodzajem idiograficznego przedstawienia treści, które uznałem za najbardziej istotne w pozyskanym dzięki wywiadam materiale.

Zacznę jednak od wypowiedzi, które chciałbym opisać jako powtarzającą się w różnych wywiadach „strukturę procesową”⁷.

Trajektoria pacjenta

Zgodnie z przewidywaniami techniki wywiadu bezpośrednio po pytaniu o „życie od momentu, kiedy dowiedział/a się Pan/i o chorobie” następował dłuższy fragment spontanicznej narracji, o którego uszczegółowienie prosiłem w kolejnych fazach wywiadu.

W tym fragmencie, a także w partiach następujących niedługo po nim, w większości wywiadów pojawiała się narracyjna struktura, pod wieloma względami zbieżna z modelem *trajektorii cierpienia* opisanym przez Gerharda Riemana i Fritza Shützego, pod innymi jednak wyróżniającą się. Motyw ten nazwałem *trajektorią pacjenta*, ponieważ niezmiennie stanowił bardzo szczegółowy opis doświadczeń chorego z instytucjonalną służbą zdrowia⁸.

⁷ Zob. np. A. Rokuszevska-Pawełek, *Miejsce biografii w socjologii interpretatywnej. Program socjologii biografistycznej Fritza Schützego*, „ASK” 1996, nr 1, s. 48.

⁸ Nie pojawił się on jednak we wszystkich wywiadach. Przyjmował też różne postaci i w różnym stopniu stanowił zwartą całość wypowiedzeniową. W wielu przypadkach wątek trajektorii wystąpił nie tylko w pierwotnej narracji, lecz powracał także w dalszych częściach wywiadu. Trajektoria nie pojawia się w wywiadach 4 i 13 – były to przypadki trudnych wywiadów, w których rozmówcy mówili mało, odpowiadali krótko, między innymi z powodu ciężkiego stanu choroby (wywiad 13). W kilku rozmowach (wywiady 3, 11, 12, 14, 15) narracja zawierająca opis trajektorii rozpoczynała się już po wstępnym, pomocniczym pytaniu („Czy pamięta Pan/i, kiedy się dowiedziała o chorobie?”). W wywiadzie 12 opis trajektorii nie pojawił się zaraz po pytaniu o chorobę – rozmówca rozpoczął od wypowiedzi dotyczącej całej swojej biografii i dopiero potem płynnie przeszedł do opisu trajektorii. Por. ze wzmianką o metaforycznej ramie „Jestem inwalidą wojennym”

Opis ten, relacjonujący zarazem dłuższy fragment historii życia, rozpoczynał się z reguły od wspomnienia o diagnozie choroby, kończył się zaś w momencie przewiezienia chorego do hospicjum.

Użycie metafory „trajektorii” wymaga pewnych wyjaśnień. Pojęcie to wprowadził do socjologii Anselm Strauss, wraz ze współpracownikami, przy okazji badań organizacji pracy w szpitalu. Po raz pierwszy zostało skonceptualizowane właśnie jako *trajektoria umierania* w książce Anselma L. Straussa i Barneya G. Gläsera *Time for Dying*. Kilkanaście lat później zostało rozwinięte w pojęcie *trajektorii choroby*⁹. W obu tych przypadkach chodziło o sekwencyjność rozwoju choroby i następnie umierania indywidualnego pacjenta, jednak widzianą w optyce personelu medycznego, który próbuje przebieg choroby kontrolować: doprecyzowywać diagnozę, dobierać medyczne działania, radzić sobie z sytuacjami kryzysowymi (z czym z kolei związane jest pojęcie „zarządzania trajektorią”, *trajectory management*). Schemat trajektorii Strauss i współpracownicy rozumieją więc jako „wyobrażenie sekwencji potencjalnych zdarzeń i przewidywanych działań” na podstawie stanu wiedzy profesjonalnej i doświadczenia lekarzy odnośnie do różnych jednostek chorobowych¹⁰. *Trajektoria choroby* to „nie tylko fizjologiczny rozwój choroby pacjenta, lecz całościowa organizacja pracy wykonanej w związku z tym przebiegiem plus wpływ na osoby włączone w tę pracę i jej organizowanie”¹¹.

Uogólniony model trajektorii cierpienia stworzony przez Riemanna i Schütze’go lepiej nadaje się więc do interpretacji moich wywiadów. Po pierwsze, dlatego że stworzono go do opisu struktur narracyjnych w opowieściach o życiu podobnych do tych, które usłyszałem. Po drugie,

w podrozdz. dot. *Rozległych wyrażań metaforycznych*. Por. z opisem przedstawień „śmierci szpitalnej” w rozdz. *Wymiary śmierci*.

⁹ B.G. Gläser, A. Strauss, *Time for Dying*, Adeline Publishing, Chicago 1968; A. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, *Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press, Chicago 1985. Por. A. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, *Trajektorie choroby*, przeł. K. Waniek, [w:] *Metoda biograficzna w socjologii*, red. K. Kaźmierska, Nomos, Kraków 2012, s. 373–388.

¹⁰ A. Strauss i in., *Trajektorie choroby*, op. cit., s. 376.

¹¹ A. Strauss i in., *Social Organization of Medical Work*, op. cit., s. 8. Przekł. cyt. za: G. Riemann, F. Shütze, „*Trajektoria*” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, przeł. Z. Bokszański, A. Piotrowski, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 2, s. 89–109.

opisany jest z perspektywy osoby doświadczającej tego procesu biograficznego we własnej historii życia.

Zbieżność omawianej przeze mnie grupy wypowiedzi z uogólnionym modelem trajektorii polega na:

- pojawieniu się w narracji kilku biograficznych wydarzeń – ułożonych w podobnej kolejności w różnych wywiadach;
- na wymienianiu i opisywaniu tych wydarzeń w narracji w taki sposób, że tworzą nierozzerwalną sekwencję zdarzeń – etapów trajektorii;
- na tym, że zarówno forma (sposób prowadzenia narracji), jak i treść wypowiedzi (wydarzenia, o których się opowiada) wskazują na, będące podstawową cechą charakterystyczną *trajektorii cierpienia*, doświadczenie chaotyczności i dezorganizacji życia codziennego¹²;
- na tym, że jednostka znajdująca się na trajektorii traci zdolność aktywnego działania, a tym samym również kontrolę nad swoim życiem, stając się w efekcie biernym przedmiotem, na który biograficzne wydarzenia oddziałują niejako „przymuszająco”; mogącym w odpowiedzi na nie działać co najwyżej „reaktywnie”¹³.

Poniżej przedstawiam prosty schemat odzwierciedlający najbardziej typowy przebieg *trajektorii pacjenta* w moich wywiadach¹⁴. We fragmentach rozmów, w których występowała ta narracyjna sekwencja, była ona

¹² Tezy o chaotyczności *trajektorii pacjenta* nie potwierdza odpowiedni fragment w wywiadzie 4 – z rozmówczynią, która miała wykształcenie medyczne. W jej przypadku przebieg doświadczeń ze służbą zdrowia jest niemal „wyłożony”, opisany przesadnie dokładnie, z precyzyjnym formułowaniem opisów badań i szczególnie „wykładową” intonacją.

¹³ Por. F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, przeł. M. Czyżewski, „Studia Socjologiczne” 1997, nr 1, s. 21–24. Analiza systemu metaforycznego wywiadów pokazała, że owa utrata kontroli znalazła odbicie również w językowej warstwie wywiadów. Zob. rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

¹⁴ Zaznaczam, że w poszczególnych wywiadach opis trajektorii na różne sposoby odbiegał od mojego modelu. Niektóre etapy były wspomniane dopiero w dalszych częściach rozmowy. Nie zawsze w przebiegu trajektorii występowały wszystkie etapy – np. jeden z rozmówców był operowany zaraz po ataku pierwszych dolegliwości, jeszcze przed postawieniem diagnozy dotyczącej nowotworu.

pozbawiona pogłębionej interpretacji ze strony rozmówców – i tak prezentuję ją tutaj. Opowieść rozmówców przebiegała według kolejnych etapów swoistej „instytucjonalnej biografii” chorego na raka pacjenta:

- 1) **pierwsze przesłanki** – niezidentyfikowany ból, atak dolegliwości związanych z chorobą lub przypadkowe naprowadzenie przez wyniki innych badań;
- 2) **pierwsze badania** w przychodni lub szpitalu;
- 3) **zła wiadomość** – zdiagnozowanie raka;
- 4) **rozpoczęcie terapii** – chemioterapia i radioterapia, częściowa utrata samodzielności;
- 5) **operacja**;
- 6) **polepszenie** – krótkotrwała poprawa stanu zdrowia; odzyskanie samodzielności;
- 7) **pogorszenie** – ponowny atak lub zapaść, ponowna – tym razem całkowita – utrata samodzielności, przewiezienie do szpitala;
- 8) **przewiezienie do hospicjum**.

W sposobie opisu tej sekwencji wydarzeń powtarzały się pewne cechy charakterystyczne.

Jak już wspomniałem, fragmenty opisujące trajektorię pacjenta nie zawierały pogłębionych interpretacji przedstawianych doświadczeń, nie zawierały też refleksji nad chorobą i śmiercią. Moi rozmówcy nie podawali doświadczeń trajektorii interpretacjom psychologicznym, nie pojawiały się też na tym etapie poważne „wyznania” – takie wypowiedzi zauważyłem dopiero w dalszych partiach wywiadów¹⁵. W tych fragmentach, na samym początku wywiadów, padał za to ciąg nazw przychodni i szpitali (charakterystycznie zastępowanych w wypowiedziach nazwą lokalizacji, na przykład ulicy), nazw zabiegów, nazwisk i stopni naukowych lekarzy, wszystko zaś z użyciem dużej liczby terminów medycznych.

¹⁵ Wyjątkami były: wywiad 1, gdzie już w pierwszym fragmencie narracji pojawiły się wypowiedzi o izolacji i pragnieniu szybkiej śmierci (zob. wątek *Chcę umrzeć*), oraz wywiad 3, podczas którego rozmówca po bardzo krótkim opisie *trajektorii pacjenta* zaczął mówić o „uciekaniu od choroby”.

Całość trajektorii pacjenta niezmiennie była opisywana w sposób chaotyczny, w pourywanych zdaniach, niesystematycznie¹⁶. Odniosłem wrażenie, że owa utrudniająca zrozumienie chaotyczność (dotycząca nie tylko konstrukcji narracji, lecz także warstwy językowej) wynikała z czegoś więcej niż tylko z właściwości chaotycznego z natury języka mówionego, niskich kompetencji narracyjnych moich rozmówców czy nawet występującej niekiedy u terminalnie chorych demencji. To spostrzeżenie znalazło po części wyjaśnienie w analizie językowej materiału¹⁷.

Poniżej prezentuję przykład wypowiedzi odpowiadającej trajektorii pacjenta. Wybrałem akurat ten, ponieważ wyjątkowo stanowi dość zwartą całość, nieprzerywaną pytaniami „popychającymi”. Tu i w dalszej części pracy zamieszczam niezredagowane fragmenty z tekstu pełnej, bardzo szczegółowej transkrypcji wywiadów – dlatego ich lektura może być utrudniona¹⁸.

R: Tak, dobrze. W piątym, w maju. Bo mnie we wrześniu / Tak mnie pobolewało w dziewiątym... „Oj, to nie wiadomo, co to jest...” Ja mówię / ja na ()... brałam po pięćdziesiątce na czczo / niby / na tak zwany przekwit kobiecy.

B: Mhm.

¹⁶ Por. czwarta z „tez o tabu” zebranych przez T. Waltera – doświadczenie śmierci było w niej określone jako „niespójne” i „pokawałkowane”. Zob. T. Walter, *Modern Death: Taboo or Not Taboo?*, [w:] *Death, Dying and Bereavement*, D. Dickenson, M. Johnson (red.), Sage Publications, London–Thousand Oaks–New Delhi, 1996, s. 39. Zob. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

¹⁷ Por. rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* mojej pracy. Por. też podrozdz. *Chaotyczne doświadczenie umierania jako brud* w rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

¹⁸ Oznaczenia używane w transkrypcji: R – rozmówca; B – badacz; (...) – dłuższa przerwa lub pauza; (20 sek.) – długa przerwa, trwająca powyżej mniej więcej 10 sekund; / – przeskok w inne zdanie, zbitka zdaniowa wypowiedziana „jednym tchem”; () – pojedyncze słowo lub krótka fraza niezrozumiałe w nagraniu; [wtedy] – wyrażenia domniemane, uzupełniane przeze mnie, gdy słowo jest niezrozumiałe, ale można się go domyślić; ((kaszle)) – komentarz w tekście dotyczący tonu głosu, dźwięków, przeszkód w rozmowie itp.; z żądłą – fragmenty zdania akcentowane przez rozmówcę; symbol [...] rezerwuję dla oznaczenia opuszczeń w przytaczanym fragmencie transkrypcji. Podkreślenia kursywą pochodzą ode mnie.

Wszystkie cytowane fragmenty pochodzą z transkrypcji przeprowadzonych przeze mnie wywiadów. Na końcu podaję etykietę zawierającą numer wywiadu (np. WYW 11 – wywiad 11) oraz płeć i wiek rozmówcy (np. K53 – kobieta, 53 lata).

R: I tak było czerwiec, lipiec, sierpień... Ale we wrześniu zmusili mnie, żebym poszła do lekarza. Poszłam do lekarza... od razu mnie wywieźli do szpitala... W szpitalu przeleżałam jeden dzień / taki jedno... dniowy... leczenie tak zwane / było w wypisie... Do ZOZ-u mnie wysłali, żeby się leczyć. Więc tam się leczyłam, chyba miesiąc... albo dwa... Nic to nie pomagało. I w Radomiu byłam, na Józefowie też... jeden dzień, całą noc mnie trzymali... Oni nic nie widzą, tutaj nie ma nic takiego, żeby interweniować... chirurgicznie. No to dobrze, to czułam się zdrowa... Komfortowo, ale jednak ból narastał coraz bardziej. Okazało się, że... już w grudniu, to już tak pogotowie nie mogło przyjeżdżać, żeby wieźli mnie od razu do szpitala. I w szpitalu musieli mi zrobić operację niestety... Czyli w szóstym roku... operacja była / w piątym się dowiedziałam o chorobie, dobrze. No i... po tej operacji... dobrze było, ale... Po wynik się miałam zgłosić / okazało się, że dla mnie to jest wyrok. () Kobięce sprawy. Oni mi tam wszystko usunęli, w tej (), w tym styczniu. No i skierowali mnie do pana doktora, który się zajmuje właśnie... / jest onkologiem. I pracował na Ursynowie w Warszawie. I on mnie skierował... na Ursynów do instytutu. Tam mnie skierowali i niby leczyli mnie. Chemoterapię brałam... I niby wyszłam... zdrowa. Ale... jak byłam w lipcu na... Powinłam zgłosić się na taką wizytę... To było dobrze. Ale w lipcu / listopadzie już... wzięli krew... Tak zwane markery, czyli... czyli / czy są podwyższone te komórki rakowe... Okazało się, że są... No to kazali mi zrobić tomografię. Skierowali mnie gdzieś tam, żebym sobie zrobiła. No to pojechałam do Radomia, zrobiłam tą tomografię, czekałam tam dwa tygodnie... Pojechałam z mężem na Ursynów z powrotem... / tomografia niepotrzebna... Docent stwierdził, że przegraliśmy z tą chorobą i tak dalej, i tak dalej... No to wróciłam do domu no i leżałam w domu i zrobiła się na brzuchu martwica właśnie... No i wzięli mnie do szpitala i znowu to samo... Otworzyli, wywalili, mnie zaszyli i jest tak, jak jest. I koniec. (...) [WYW 11 K63]

W powyższej narracji da się zauważyć wszystkie wymienione przeze mnie cechy: pielgrzymkę przez instytucje, urywki diagnoz i przegląd zabiegów, brak refleksji czy ramy interpretacyjnej nadającej jakąś spójność tym przeżyciom, wreszcie chaotyczną formę.

Należy jeszcze wspomnieć o różnicach między *trajektorią pacjenta* w wypowiedziach z wywiadów a uogólnionym modelem procesów trajektoryjnych Riemanna i Schützego.

W wypowiedziach moich rozmówców nie było treści, które można by zinterpretować jako etap „gromadzenia potencjału trajektoryjnego”¹⁹, czyli kumulowania się kolejnych warunków „uczynnienia trajektorii”. Wypowiedzi z wywiadów sugerują raczej nagłe wytrącenie z ładu życia codziennego przez pierwsze objawy choroby nowotworowej – i tym samym uruchomienie procesu trajektorii.

Zauważyłem tylko kilka wypowiedzi, które mogą być zinterpretowane jako „próby teoretycznego przepracowania” trajektorii i tworzenia „nowych definicji sytuacji życiowej” związanych z ocenami moralnymi i ocenami oddziaływania trajektorii na życie. Przybierały one jednak formy karykaturalne w stosunku do „autentycznego przepracowania”, a nawet „szablonowego przejmowania obcych wyjaśnień”, o których pisał Schütze²⁰.

Nie znalazłem wypowiedzi, które można określić jako „praktyczne próby odzyskania kontroli” lub „próby uwolnienia się z więzów” trajektorii. Trajektorია pacjenta chorego na raka wydaje się zmierzać do nieodwołalnego końca. Napotkałem jedynie pewne zjawiska, które dopiero przy zastosowaniu dość ryzykownej, pokrewnej psychoanalizie interpretacji można by określić jako próby „odzyskiwania kontroli” nad doświadczeniem trajektorii. Również w tym wypadku przybierały one jednak formy bardzo specyficzne i w pewnym sensie karykaturalne w stosunku do modelu Riemanna i Schützego. Chodzi o pewne specyficzne cechy języka, w jakim moi rozmówcy mówili o swoich doświadczeniach związanych z chorobą. Zagadnienie to omawiam szerzej w dalszej części pracy²¹.

¹⁹ Zob. F. Schütze, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, op. cit., ten i kolejne cytaty w tym podrozdziale ze s. 24–26.

²⁰ Zob. podrozdz. *Chcę umrzeć, Nadzieja: Nie chcę umierać, Wina, Rodzina – samotność, izolacja, usprawiedliwienia*.

²¹ Zob. podrozdz. *Wina, Dezorganizacja i kontrola* niniejszego rozdziału, a także analiza systemu metaforycznego: rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

Lęk przed śmiercią

Jedną z bardzo ważnych składowych ogólnego obrazu wywiadów były wypowiedzi dotyczące lęku.

Gdy mówiono o lęku wprost, chodziło o lęk związany z koniecznością przeprowadzania natychmiastowej operacji, strach przed brakiem odpowiedniej opieki (w sytuacji braku bliskiej rodziny) czy o lęk przed pobytem w hospicjum (w którym to przypadku rozmówca przywołał negatywny wizerunek tej instytucji, o której „różne opowieści krążą”). Były to pojedyncze wypowiedzi. Pozostałe dotyczyły, wyrażanego z reguły w dość zawołowany sposób, lęku przed śmiercią.

W jakimś stopniu zaskoczyło mnie, że w całym materiale prawie w ogóle nie pojawiały się wypowiedzi formułujące lęk przed śmiercią wprost. Oto trzy z kilku takich sporadycznych przypadków:

Tak. No każdego niepokoi. Każdy, proszę pana, będzie żył w takiej nieświadomości. Co to będzie jutro. Jak się ułożą sprawy. (...) Tak że tutaj nie ma tych wybrańców i skazańców. Tylko po prostu, wszyscy są... jednacy. [WYW 6 K92]

I cały czas tylko jest to myślenie: „A co będzie jutro? Czy ja jutro wstanę? (...) Czy ja jutro będę żył? Czy ja zobaczę tą wnusię swoją?” (...) I to jest cały czas jest ta męczarnia. I człowiek przez takie męczarnie traci apetyt, wszystko traci. [WYW 7 M60]

No tak, jakbym myślała o tym, co mnie czeka i co mnie spotka, to bym nie jadła, nie piła, jak to w depresji jęczała, no. No, taka jest prawda, no. [WYW 10 K76]

Pozostałe świadectwa lęku przed śmiercią były niejako ukryte w deklaracjach nadziei na wyzdrowienie, oświadczeniach chęci powrotu do domu czy relacjach szokującego doświadczenia utraty kontroli nad własnym ciałem. Jeszcze inną grupę wypowiedzi można zinterpretować jako świadczącą o lęku przed śmiercią – chodzi o te, które dyskurs psychologiczny określa jako „zaprzeczanie”, a w konkretnym wypadku lęku przed śmiercią wyjaśnia za pomocą teorii „mechanizmów obron-

nych”²². Chciałbym podać przykład wypowiedzi, która, tak jak zamieszczone wyżej, mówi o lęku przed śmiercią wprost, jednak tym razem zaprzecza takiemu lękowi (również wprost), a wreszcie wprost formułuje sugestie, co czyni odpornym na lęk przed śmiercią:

Boję się. Wie pan, ja się nie bałam... śmierci, jak byłam młodsza. Bo ja chorowałam. Ja ze trzy razy, w takiej bardzo ciężkiej żółtaczce, że lekarka mówiła tak, że: „Proszę tu być bardzo blisko”. Do rodziny. Bo tu mówi: „Zejście to jest...” – mówi – „może w każdej chwili / może nastąpić”. No i... Ja tu się zorientowałam... że ja / jest ze mną źle. Bo córka była młodsza i... płakała bardzo... nie umiała się tak zachować. I to spojrzała na mnie i płakała, i to... Ale ja się wtedy nie bałam tak. (...) A... później, jak ozdrowiałam, to se myślę / A i zapadłam raz... Yy... No, w sen. (...) Jezus Maria, co to się... Drugi raz zapadłam tak, to miałam już / jak się ma trzydzieści... yy... trzy stopnie żółci we krwi, to wariuje i umiera. I ja leżałam na tym oddziale... gdzie dwie takie leżały babki... Takie wesołe kobiety... / chodziły... A ja byłam straszenie chorzunia. I one chodziły, nawet się śmiały, ja się tak nakrywałam. I tego... I kiedyś się zrobił taki raban / ale ja nie wychodziłam nic oglądać, bo mi się... Po prostu nie miałam siły. I... później się na drugi dzień dowiaduję, że te dwie osoby zabrali do szpitala. I, że nie / nie żyją. (...) Tak że... A później się przestałam bać, bo tak sobie myślę: „Jak śmierć jest taka... łagodna jak... / no jak to / ta... taka...” / O, widzi pan, to mi się robi, że mi brakuje słów. (...) Jak to się mówi? Nie zapaść, tylko taki... tylko taki sen, przejście z jednego bytu do drugiego, nie? *To jak taka jest śmierć, to to zupełnie jest fajnie*. Nie boję się śmierci jako takiej, że... spojrzę na... na Boga, a ten mnie kopnie, czy odepchnie... czy, czy jak nie... Tak się nie boję. Ale... Ale jest tak, że się boję. A teraz to inaczej patrzę. Bo jestem w innym, starszym wieku. I chciałabym jeszcze trochę pożyć. Ale jak nie można, to nie można. To... *To ja już doświadczyłam tego, że... / że człowiek musi... / Nie może być sobie wyrocznią. Że nie jest sam sobie wyrocznią, tylko jest... / musi się podporządkować.*

²² Zob. np. H.J. Grzegółowska-Klarkowa, *Mechanizmy obronne osobowości*, PWN, Warszawa 1986. Taką interpretacją posługiwali się też pracownicy hospicjum, z którymi rozmawiałem.

Bo tak niestety jest. Podporządkowujemy się całe życie komuś. (...)
[WYW 8 K82]

Pominę na razie inne wątki zawarte w tym fragmencie (wróć do niego w analizach metaforyki). Chciałbym zwrócić uwagę na to, co rozmówczyni powiedziała o lęku przed śmiercią: to wcześniejsze doświadczenie własnej ciężkiej choroby lub towarzyszenie odchodzeniu innych sprawia, że umieranie wydaje się mniej straszne. Zauważyłem ponadto, że moi rozmówcy wielokrotnie wspominali swoje uprzednie doświadczenia ze śmiercią, nawet wtedy, gdy w innych miejscach zdawali się zaprzeczać własnemu umieraniu.

Ta i podobne do niej wypowiedzi pomogły mi sformułować kulturoznawcze refleksje o izolacji doświadczenia umierania i traktowaniu go jako niebezpiecznego dla zdrowych brudu. Praktyki oddzielania umierających od świata życia codziennego i wywabiania przedstawień ukazujących doświadczenie umierania wydają się w świetle tych wypowiedzi krzywdzące także dla zdrowych członków społeczeństwa, bo utrudniają im przygotowanie się na własne doświadczenie umierania.

Wcześniejsze doświadczenie śmierci

Wcześniejsze doświadczenia ze śmiercią były wspomniane w różnych miejscach wywiadów, głównie jako dygresje od innych wątków. Napotkałem między innymi dwie wypowiedzi o śmierci innych pacjentów w hospicjum i jedną o doświadczeniu śmierci związanym z uprawianym zawodem lekarza. Pojawiła się też wypowiedź dotycząca późnego wieku rozmówczyni, w której stwierdziła ona:

Nie mam nikogo już na świecie. Jak się ma tyle lat, to wszystko już odchodziło. (...) [WYW 6 K92]

Jednak większość wypowiedzi o wcześniejszym doświadczeniu śmierci dotyczyła bliskiej rodziny rozmówców, a chodziło zwykle o trudne doświadczenie utraty współmałżonka. W poniższym przykładzie rozmówczyni znowu sugeruje wpływ doświadczenia śmierci na własne postrzeganie nawrotu choroby nowotworowej:

Jak drugi raz się już dowiedziałam, że nastąpił nawrót... to muszę panu powiedzieć, że już byłam mniej zdziwiona. *Nie rozpaczalam... Bo to już było po śmierci męża.* To życie / życie jest takie kruche. Mąż był niewiele starszy ode mnie, bo tylko trzy lata. Mówię... życie w sumie jest takie kruche, dziś chodzisz, jutro cię nie ma. I muszę panu powiedzieć, że ze spokojem to przyjąłem. Nawet lekarka moja mówi, że zaskoczona jest, bo troszkę jak pierwszy raz... zachorowałam, no to jednak sama do psychologa sobie poszłam i... chodziłam przez miesiąc... A tutaj w ogóle już nie tego no... () nie robiłam już z tego żadnego problemu... I nie robię dalej. Jestem, bo jestem ((śmiej)). (...) [WYW 15 K65]²³

Drugi przykład jest jedną z wypowiedzi dotyczących umierania innych pacjentów hospicjum. Ta wypowiedź z kolei podaje w wątpliwość hipotezę o „kojącym” wpływie doświadczenia śmierci innych. Jest za to dowodem, że przebywanie w placówce naznaczonej piętnem miejsca, w którym się umiera, jest przeżyciem bardzo trudnym:

Ja przeżywam każdą tutaj... ludzką śmierć. Dzisiaj zmarło tutaj dwie osoby. (...) I za każdą ludzką śmierć / Ja już dzisiaj w nocy nie będę spał... Jeśli... ((bardzo niewyraźnie)) Nie będę, bo rzecz się dzisiaj takie / w dzisiejszą noc spał. (...) Bo ja każdą taką / każdą noc to przeżywałam. Jeśli ktoś schodzi z tego świata... [WYW 7 M60]

Pozostałe wypowiedzi nie sugerują związku doświadczenia śmierci z postrzeganiem własnego umierania. Zawsze jednak mówienie o śmierci innych, a zwłaszcza bliskich, osób zdawało się czymś ważnym dla moich rozmówców, rodzajem intymnego wyznania. Zawsze wskazywało też na kontekst, w jakim słowa te były wypowiedzane: wiadomo było, że wspominają śmierć innych, ponieważ sami umierają.

Nie wiem, co mi jest

Z wielu wypowiedzi wynikało, że niektórzy moi rozmówcy, mimo pobytu w hospicjum (o czym są informowani) i bcyu, bez wyjątku, w ter-

²³ Wypowiedź ta jest ciekawa również ze względu na swoją metaforykę, która częściowo będzie omówiona w dalszej części pracy.

minalnym stadium raka, nie są do końca świadomi swojego stanu, a nawet diagnozy, lub przynajmniej zaprzeczają tym faktom mniej lub bardziej świadomie²⁴. Pracownicy hospicjum, których pytałem o to zjawisko, mówili, że odpowiedzialne są „mechanizmy obronne” często występujące u pacjentów hospicjum²⁵. Jednak przynajmniej w jednym przypadku (wywiad 8) wszystko wskazywało na to, że moja rozmówczyni naprawdę nie wiedziała, co się z nią dzieje. Wypowiedzi wskazujące na niewiedzę, dezorientację lub „zaprzeczanie”, jednak nie dające jasności co do „rzeczywistej” wiedzy czy przekonania, pojawiły się w sześciu z piętnastu wywiadów.

Poniżej chciałbym przedstawić cztery z tych przypadków dokładnie.

Rozmówca z wywiadu czwartego zapytany o to, kiedy się dowiedział o chorobie, zaczął mówić o cukrzycy, zupełnie pomijając temat raka. Na moje pierwsze pytanie, które miało wywołać narrację, a także na późniejsze pytania „popychające” odpowiadał najwyżej kilkoma zdaniami. To był jeden z trudniejszych wywiadów. Jak dowiedziałem się później, pacjent ten z własnej woli opuszczał tego dnia hospicjum, a hospicyjna psycholog powiedziała o nim „pacjent bardzo apodyktyczny”. W wywiadzie tym padły następujące wypowiedzi:

Żona mnie tu przywiozła. Nie wiem, po co. I tak to się wlecze. Dzisiaj chcę wrócić do domu. (...) Mam ładny dom. Dobrze się w nim czuję i doskonale sobie radzę... z tymi sprawami. (...) [WYW 4 M78]

O żonie:

Tak, prawie codziennie jest tu. Prawie codziennie. A to mi przynosi piżamkę... No różne takie rzeczy. Oprócz, oprócz pożywienia, bo tego sobie nie życzę, bo nie bardzo wiem, co tam szkodzi, co nie szkodzi. Tak że korzystam tylko z żywności w szpitalu. [WYW 4 M78]

B: No właśnie, może jest jeszcze coś, co chciałby pan powiedzieć à propos swojej choroby. Jak pan o tym myśli i tak dalej... O czymkolwiek zupełnie...

²⁴ O zaprzeczaniu – por. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Media Rodzina, Poznań, 1979, rozdz. *Pierwszy etap: zaprzeczenie i izolacja*, s. 55–65; por. rozdz. *Emancypacja umierających* mojej pracy.

²⁵ Zob. H.J. Grzegółowska-Klarkowa, op. cit.

R: W brzuchu mi burczy... O czym bym chciał powiedzieć? Nie to to, co tu się rozżalać. Co? Zachorowałem, leczę się... Na tym koniec. (...)
[WYW 4 M78]

We fragmentach tych rozmówca mówi, że „nie wie, po co” go przewieziono do miejsca, w którym się znajduje; miejsce to nazywa „szpitalem” i wspomina, że troszczy się o to, „co szkodzi” z pożywienia, i wreszcie niejako bagatelizuje swoją chorobę w ostatnim cytacie, tak jakby to była angina. Jeśli miałbym tu postawić diagnozę psychologiczną, to właśnie ten wywiad wskazałbym jako przykład „zaprzeczania”.

W wywiadzie 14 mój rozmówca, pytany, kiedy się dowiedział o chorobie, zaczyna mówić o odrze, przeziębieniu, łuszczycy, a nawet zaprzecza, żeby przechodził choroby weneryczne. Dopiero po dokładniejszym pytaniu rozpoczyna fragmentaryczny, uzupełniony dopiero później opis *trajektorii pacjenta*, wskazujący na to, że mówi o raku.

B: To może ja powiem tak od razu... Czy... Czy pamięta pan, kiedy się pan dowiedział o swojej chorobie...

R: O swojej chorobie? No wie pan... Pierwsze, co pamiętam / odrę. A później to już nie chorowałem... Taak... Później była przerwa... No lekkie jak zwykle przeziębienie, prawda... Lekkie przeziębienie no to... Później co tam było... Odra, odra... Odrę to takie... O, miałem łuszczycę. I wie pan... Byłem dwa razy w szpitalu, nic pomogło. Przestałem chodzić do szpitala i zeszło. Wszystko – widzi pan... czysta skóra. Dlaczego to się tak ma?

B: A jeżeli chodzi o tę chorobę, przez którą się pan tu znalazł?

R: Nie, nic nie... Żadnych, żadnych wenerycznych nic nie przechodziłem... (...)

B: Tą... teraz, którą pan przechodził? Czy tą, która...?

R: Chory jestem trochę...

B: A tę chorobę, przez którą się pan tutaj, dzisiaj / teraz znalazł?

R: Nie wiem... Bo... Zachorowałem... () Słabo się poczułem... Do przychodni / z przychodni dostałem skierowanie do szpitala / tam w szpitalu na () widziały, bo byłem na Bródnie. Między innymi trafiłem na gastrolo / lo / lo / logię. I z gastrologii na operację. Miałem wstawione tutej tak... dwie... () [rurki] żeby worek podłączyć... No i tutaj... do moczu odchodzenia to samo miałem. [WYW 14 M71]

W dalszych partiach wywiadu ten sam rozmówca zaczyna mówić o śmierci, ale mówi o tym w bardzo dwuznaczny, zmetaforyzowany sposób.

Bardzo podobny schemat znalazłem w wywiadzie 12. Rozmówca zaraz po wstępnym pytaniu o to, czy pamięta, kiedy się dowiedział o chorobie, rozpoczyna swoją opowieść wyrażeniem: „Proszę pana... Najpierw to ja jestem inwalidą wojennym” [WYW 12 M88], a następnie opowiada o: odłamkach z II wojny światowej, które ma ciągle w płucach; osadach, również w płucach, z fabryki plastiku, w której pracował; następnie o zapaleniu płuc, które przeszedł; o problemach z nogami; a w dalszej części wywiadu sugeruje, że chodzi o przemęczenie. Jednocześnie z opisu doświadczeń wojennych i zawodowych płynnie przechodzi do opisu doświadczeń szpitalnych, różnych badań i zabiegów, które prawdopodobnie związane były z rakiem. W dalszych partiach wywiadu cytuje też określenie lekarza: „jak to nie będzie złośliwe”.

Wreszcie czwarty przypadek to rozmówczyni z wywiadu 8. W tym wywiadzie pada bardzo wiele wypowiedzi o śmierci i umieraniu. Moja rozmówczyni wyraźnie czuła, że umiera, a jednocześnie wielokrotnie wprost powtarzała, że nie wie, co jej jest. Była też przekonana, że jest od wielu lat chora na gruźlicę, opisywała pewne zdarzenia wiążące się z leczeniem gruźlicy, jednakże mimo to powtarzała, że nie wie, czemu jest w tak złym stanie (personel hospicjum twierdził, że pacjentka ta z całą pewnością gruźlicy nie ma). Jednocześnie moja rozmówczyni nie wykazywała żadnych objawów demencji, a w dniu prowadzenia wywiadu była zupełnie przytomna, wypowiadała się płynnie i nawet żartowała.

Poniżej zamieszczam trzy fragmenty tego wywiadu:

No chodziłam, szukałam ratunku, bo to się nie da, jak to się nie śpi, jak się... / To jest coś niesamowitego. No i tak się zakręciło, że to nie wiem, czy pan doktor tutaj doszedł do wniosku pewnie, że mi... / Powie mi, czy mi nie powie () tylko jedno. Żeby się dowiedzieć: co mnie jest. Bo ja nie jestem tak już ... Naszykowana na takie... / do takiego życia... Chciałabym jak każdy, nie? (...) ((kaszle)) Ale się muszę z tym pogodzić... I to tyle odnośnie tej choroby ((łamiącym się głosem)). (...) [WYW 8 K82]

B: A chciałem zadać takie pytanie / pani powiedziała w którymś momencie, że „nie wiem co mi jest”. Yyy... I, że „chcę się dowiedzieć”. Był moment, że pani nie wiedziała? Co to za choroba i tak dalej?

R: Nie, ja do tej pory nie wiem, co mi jest.

B: Mhm.

R: / dlatego ja powiedziałam, że ja jedno bym chciała wiedzieć. Żeby się dowiedziała od pana doktora, nawet po śmierci... To ja się oddam na sekcję. Poproszę swoją rodzinę, żeby mnie oddali na sekcję. Żeby oni wiedzieli, co / na co ja zmarłam. Bo mi nikt nie chce uwierzyć... Bo czerwona jestem, wie pan, zarumieniona, temperatury nie mam, nadciśnienie mam dobre. I tak cierpieć, to jest nie do wiary! (...) [WYW 8 K82]

B: A chciałem... Mm... A dlaczego pani myśli, że pani / znaczy dlaczego chce pani wiedzieć, co / co pani jest?

R: To już takie jest, wie pan... nie związane z chorobą. Ponieważ nikt mi nie wierzy, że jestem chora na / teraz. Nie mogę chodzić... Nie mogę / no mam zachwianą równowagę. Mówię dużo... w nocy. Bez przerwy mówię i mówię, i mówię. I każdy widzi, że jestem chora. I przy tym jestem / bardzo byłam pracowita przez całe życie. I nigdy nie umiałam siedzieć, tak nawet żeby tak usiąść i przed telewizorem siedzieć beczynn timer, jak teraz to robię. Siedzę i gapię się w telewizor. Albo idę spać, leżeć... Bo to mi się zdaje, że... Że... Po to, żeby... córka widziała... I tak jak z rodziny ktoś tam () „O, co tam matka. Matka tam tego”. To mówię: „Zrobisz, każesz zrobić sekcję zwłok. Po to, żebyś się ty dowiedziała. Że może w przyszłości twoje dziecko, czy ty będziesz na podobną chorobę...” / Bo to może iść i genetycznie, prawda? / „To żebyś wiedziała, jak to się u mnie zaczynało”. (...) [WYW 8 K82]

Zadałem też mojej rozmówczyni pytanie, co ma na myśli, mówiąc, że „nikt jej nie wierzy” w to, że jest chora. Odpowiedź wskazywała, że winne są w dużej mierze konwenanse – praktyka zaprzeczania chorobie i śmierci w celu uniknięcia zażenowania w rozmowie²⁶. Ja także, na szczęście tylko przez jeden moment i tylko w jednym wywiadzie, popełniłem ten błąd (koniec wywiadu 1). Po wyrazie twarzy mojej rozmówczyni zobaczyłem natychmiast, że zwyczaj ten nie pomaga, a tylko powoduje więcej cierpienia umierającej osoby.

²⁶ Por. z trzecią „tezę o tabu” wg T. Waltera, zrelacjonowaną w rozdziale *Tabu i brud* mojej pracy. Por. T. Walter, op. cit., s. 38.

Przywodzi to na myśl inne moje spostrzeżenie: w windzie, którą pacjenci są przewożeni na czwarte piętro, na którym jest hospicjum, każde z pięter oznaczone jest etykietką z nazwą oddziału (w tym samym budynku co hospicjum są też pomieszczenia niewielkiej przychodni prowadzonej przez Caritas). Przy piątce, na którym znajduje się hospicjum, etykiety nie ma – została zdjęta lub nigdy jej nie było. Zastanawiam się, czy po to, by nie przypominać tej informacji jadącym na czwarte piętro pacjentom.

Komunikacja

W materiale znalazły się też wypowiedzi wskazujące na problemy w komunikacji między pacjentami a lekarzami. Dokładniej – na problemy, jakie pacjenci mają ze zrozumieniem komunikatów lekarzy. Niektóre z tych wypowiedzi wskazują na trudny do zrozumienia żargon medyczny. Kilka wypowiedzi świadczyło o tym, że pacjent nie wiedział, czemu zostało przeprowadzone jakieś badanie. W dwóch wypowiedziach rozmówcy uskarżali się na to, że nie otrzymali od lekarzy żadnych informacji: o przebytych właśnie badaniu (wywiad 7) i o efektach pobytu w szpitalu, który właśnie się kończył (wywiad 9)²⁷. W jednej wypowiedzi rozmówca skarżył się, że „wyrzucono” go ze szpitala zbyt wcześnie po operacji (wywiad 14). W innej rozmówczyni zasugerowała, że dopiero choremu w bardzo ciężkim stanie należy się intensywna pomoc medyczna:

Aż mnie pogotowie zawiozło od razu na chirurgię... I to mi popękało, bo jakby nie popękało, to ja nie wiem, co by było dalej... Ale jak to pękło, no to można po pogotowie zadzwonić od razu na... chirurgię. Tak że... (...) [WYW 11 K63]

Pojawiły się też dwie wypowiedzi świadczące o problemach personelu z komunikowaniem złych wieści, do których z pewnością należy zaliczyć informację o nowotworze:

²⁷ Por. z czwartą „tezą o tabu” z tekstu T. Waltera – o różnych, nieprzystających do siebie „ramach”, w jakie ujmowana jest śmierć w szpitalu – zob. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy. Por. T. Walter, op. cit., s. 39.

Najpierw powiedziała córce, że... już umieram, prawda. Córka się załamała... Zadzwoiła do tego onkologa. A onkolog powiedział, że nie ((śmiej)). Zadzwoił do niej, żeby nie straszyla córki. Bo owszem, nowotwór zaawansowany, mama umiera... A on powiedział, że nowotwór nie jest zaawansowany, owszem był na początku, ale został podleczoney i w tej chwili ... nie ma niepokoju o... życie... Z tego powodu. (...) [WYW 10 K76]

B: A chciałem się spytać właśnie / kiedy tam / tak / w szpitalu na Ursynowie pani... brali krew i... tam / już / ten wynik mieli, prawda, że podwyższone są te komórki rakowe... czy / czy / czy / Jak pani zareagowała na to... czy pamięta pani?

R: No w ogóle nie zareagowałam / to się odbywa... / No już... / () [Rozmawiałam z panem doktorem] / I to, co docent do mnie mówił / ja nic nie powiedziałam, nic. Przecież ja byłam ich pacjentem nadal... Powinni coś zdziałać... Tak mi się wydaje, ja nie wiem... To, że zostałam... ich... pacjentem... no to powinni się cały czas mną zajmować... (...) Ale może tak nie można... (...) [WYW 11 K63]

Na koniec dwa fragmenty o języku medycznym i o niedostatecznym tłumaczeniu przez lekarzy celowości badań – oba z wywiadu 11, w którym skargi na deficyt informacji i problemy z komunikacją pojawiały się najczęściej:

Co ja mogę powiedzieć, jak... lekarz z drugim rozmawia, z trzecim... I co ja mogę połknąć z tego? Ja mogę połknąć, ale ja nie wiem, o co chodzi... W tym sensie powiedziałam... Po prostu, że jest... problem / bo jak łaciny nie znamy / ja mogę poszperać, bo ja mam książkę... Ale to sam... / ta nazwa... która była w tym, to nie wystarczyła / jeden wyraz () [bo przeszło tatuś też był chory]... Ale tak jak lekarze rozmawiają, to my nie mamy wpływu na to. Ponieważ / Chyba że... jest ktoś chory lekarz albo... wie pan... A my nie. (...) [WYW 11 K63]

Zaczy, pojechałam z tym... wynikiem, który mi dali... na Ursynów. Ale ich to nie... satysfakcjonowało, bo oni chcą ten... wie pan... / Mmm... jak to powiedzieć... Bo oni na dysku teraz robią ten / taki / takimi pasami te... badanie. Komputerowo jakoś, nie wiem. W każ-

dym bądź razie... Ja zawiozłam tam coś, ale już nie o to im chodzi. O cały opis im chodzi i ja to muszę im dostarczyć. No znowu pojechałam... z mężem... Nie bardzo można było coś tam zobaczyć. No ale... / nie wiem, czy się dzwoniło czy coś / w każdym bądź razie... nawet nie przejrżeli tam coś... Bo oni im chyba przysłali, czy coś / już nie pamiętam teraz, bo się okazało, że... nawet nie patrzyli w ogóle w ten... wynik... tomografii... Ja się () całą noc, a później... / To po co kazaliście robić? [WYW 11 K53]

Warunki pobytu w szpitalu i w hospicjum

Inny często powtarzający się w wywiadach motyw to wypowiedzi dotyczące warunków pobytu w szpitalu i w hospicjum, które często były ze sobą pod tym względem porównywane. Oceny zawsze wypadały na korzyść „warunków” w hospicjum. Chodziło przede wszystkim o trzy aspekty jakości usług medycznych: czystość, jakość opieki pielęgniarskiej i kuchnię, ale w jednym wywiadzie rozmówczyni zwróciła też uwagę na istotną dla niej „atmosferę”, którą w hospicjum, w przeciwieństwie do szpitala, charakteryzowała „duchowość”. W jednym wywiadzie rozmówczyni skrytykowała też jakość opieki duchowej, sprawowanej przez odwiedzającego hospicjum księdza (według niej w szpitalu była lepsza). Dużą liczbę wypowiedzi dotyczących materialnych warunków oraz fakt, że największa ich liczba dotyczyła profesjonalizmu i dostępności opieki pielęgnacyjnej, interpretuję jako odzwierciedlenie poważnego problemu z jakością usług w polskiej służbie zdrowia.

Podkreślę przy tym jeszcze raz, że hospicjum, w którym prowadziłem badania, na tle warunków szpitalnych było określane jako lepsze pod prawie każdym względem, a opieka w nim była oceniana wysoko (choć również zdarzały się głosy krytyczne).

Poniżej kilka fragmentów wypowiedzi tego typu. Pierwsza z nich opisuje aroganckie traktowanie pacjentki w szpitalu:

B: A może pani coś właśnie powiedzieć, o tym, gdzie pani właśnie takie doświadczenia miała?

R: Nawet w Centrum. Aha. Był taki przypadek: była kolacja. Więc do kolacji trzeba posadzić. A po kolacji, nikogo to nie interesuje. Tak zostawiono mnie... To ja zadzwoniłam, żeby ktoś przyszedł... „Pani W,

jak się pani nie podoba, może sobie pani zmienić szpital... Do innego szpitala może pani iść. Niech sobie pani zmieni szpital, jak się pani nie podoba...". No to proszę pana... To już wystarczy człowiekowi, żeby się leczył, żeby się dobrze czuł... Ja miałam tak zostać na noc, taka krzywa... I nic nie mówić... [WYW 2 K73]

No leżenie nie jest przyjemnością. (...) Ale jest opieka. W miarę... dobra. (...) I warunki tutaj, jak pan widzi, jakie są, takie są. Ciągłe brak personelu... Medycznego personelu (...) yy, pielęgniark... / pielęgniarskiego. Tak że to nie jest tak, jak bym sobie wymarzyła... Ale jest dobrze. (...)
[...]

R: No jest / są / że brak trochę personelu. Człowiek nieraz czeka dłuższy czas na to... żeby ktoś przyszedł, zmienił pampersy i tak dalej, tak że... nie można narzekać, bo jeszcze są gorsze warunki... ale nie można za bardzo przechwalać.
[...]

R: No jak potrzeba, to muszą przyjść, trochę wcześniej, czy trochę później. Sprawniej czy mniej sprawniej, ale w każdym bądź razie jest to opieka. (20 sek.) Tak. (...) [WYW 6 K92]

Wypowiedź o atmosferze w hospicjum:

B: Czy pani sama podjęła decyzję, czy to lekarz pani, na przykład, polecił?

R: No lekarz wspomniał, że jest coś takiego... Ja zapytałam, jakie są warunki. No bo ja myślałam o czymś takim... Wspomniał, że warunki są podobno dobre. No bo z tych hospicjów, o których ja słyszałam, to są warunki fatalne... Nie wiem, co bym wymyśliła... Ale jak powiedział, że są takie warunki... No i rzeczywiście zgadza się... Warunki tu są dobre... I opieka pielęgnacyjna jest bardzo dobra. To trzeba im przyznać. I kuchnię mają... Bo dzisiaj spróbowałam pierwszej kuchni... tutaj... Więc również kuchnię mają tutaj taką domową. Natomiast w szpitalu to kuchnia jest, powiedziałabym, trująca... (...) No i poza tym tu jest, no, jakaś taka atmosfera bardziej / duchowość, że tak [się] wyrażę. Nie takie, wie pan... [WYW 10 K76]²⁸

²⁸ Dodam, że rozmówczyni, od której pochodzi ta wypowiedź, była z zawodu lekarzem.

I jeszcze jeden krytyczny głos o hospicjum:

Może nie podoba mi się, że tutaj jest przeciąganie takie... To znaczy trochę robienie ludzi w... gumę, jak ja to nazywam. To znaczy, ja na przykład zgłaszam: boli mnie to, to i to. Mam taką dolegliwość. A personel mówi: „Dobrze, zaraz przyjdziemy”. I nie przychodzi... Przez pół godziny, godzinę. I nie ma nikogo. To mi się nie podoba. Ale może to jest taka technika tutaj... nie wiem, działania.

[WYW 3 M55]

Życie codzienne hospicjum

W wielu wywiadach pojawiły się opisy życia codziennego pacjenta w hospicjum. W ich świetle życie to w swoim czasowym wymiarze dzieli się na sen, posiłki, zabiegi higieniczne, odwiedziny rodziny i przyjaciół oraz rzadkie oglądanie telewizji lub czytanie (w większości z czteroosobowych sal były telewizory). Pojawiały się pojedyncze głosy o przełamujących formalne relacje kontaktach z personelem medycznym oraz o kontaktach z innymi mieszkańcami hospicjum – te ostatnie jednak, z racji kondycji większości z nich, były utrudnione. Życie codzienne pacjentów hospicjum zdeterminowane jest ich stanem zdrowia, przede wszystkim zaś stopniem ograniczenia samodzielności ruchowej. Niektórzy pacjenci mogli jeszcze samodzielnie chodzić (wśród moich rozmówców tylko rozmówczyni z wywiadu 1), niektórzy – tylko wychodzić na tak zwane „spacery” na wózku, czyli oprowadzenie na wózku po hospicyjnym korytarzu i niewielkiej stołówce; niektórzy zaś zmuszeni byli do leżenia na łóżku, z przerwami już tylko na mycie w specjalnym pokoju-gabinie.

Możliwości czytania i oglądania telewizji, a także prowadzenia rozmów z rodziną (lub takich jak te ze mną) były również w dużym stopniu ograniczone przez wycieńczenie organizmu i będące jego efektem poczucie zmęczenia i obniżenie koncentracji²⁹.

²⁹ W rozdz. *Informacje o badaniu* pisałem już, że wywiady mogłem prowadzić tylko o określonej porze, około południa, gdy pacjenci byli w stosunkowo najlepszej kondycji psychofizycznej.

Oto kilka przykładów wypowiedzi:

B: O pani chorobie w ogóle czy coś jeszcze pani może powiedzieć?

R: No po okresie, że nie mogłam czytać, teraz będę trochę czytać. Telewizji w ogóle nie oglądam. Radia nie słucham. Bardzo, że tak powiem, okrojony pobyt tutaj () Tracę słuch. Przedtem już zanosilo się na to, że będę źle słyszeć, ale nie przypuszczałam, że aż tak. Ale mogę się porozumieć (...) z kimś, kto przychodzi do mnie z wizytą. (...)

B: A czy właśnie czytanie, telewizja i tak dalej, czy to jest dla pani, że tak powiem, coś ważnego? Pani powiedziała, że nie może czytać?

R: Teraz znowu mogę trochę poczytać, ale był okres, że nie mogłam brać do ręki ani gazety ani () W każdym bądź razie... Teraz jakby się to unormowało. I tak jak z chorobą moją. [WYW 6 K92]

B: A jeszcze tylko ostatnie naprawdę pytanie: czy tutaj z lekarzami, czy z pielęgniarkami tutaj pani troszkę rozmawia?

R: Owszem, jak coś mi dolega. Albo na przykład, wie pan, mam takie zachcianki jedzeniowe, jak to chory. Chciało mi się ciemnego piwa bezalkoholowego. Mówię tak: „Panie doktorze, czy ja się tego piwa to mogę trochę napić?”. Mówi: „Może pani!”. Śledzia... A to śledzia mi się chce, wie pan co, czego kiedyś nie miałam. I wtedy rozmawiam z lekarzami. Lekarze się ze mnie śmieją. Lubią mnie lekarze, ja lekarzy też lubię. No jakoś tak (...) No jestem sympatyczna dla ludzi, to i ludzie są dla mnie sympatyczni. [WYW 1 K70]

Dużo śpię. Widocznie organizm potrzebuje, bo usypiam momentalnie. Oglądam niektóre programy telewizyjne, które lubię... Ale mam też które / które lubię, a nie oglądam... Bo po prostu nie wyrabiam. Godzina przychodzi i nie wiem jaki ciekawy program czy film mógłby być, i ja... przewracam się na bok i usypiam momentalnie. Tak że... nawet ograniczone są te programy, które lubiłam. Lubię programy... dyskusyjne, polityczne, różne. Spotkania z ciekawymi ludźmi, z politykami... (...) [WYW 15 K65]

Rodzina – samotność, izolacja, usprawiedliwienia

Wypowiedzi dotyczące rodziny pacjentów były wyjątkowo liczne³⁰. Wyłania się z nich też najbardziej spójny obraz. Rozmówcy wspominali o rodzinie, mówiąc na różne tematy, ale niezmiennie w wypowiedziach tych pojawiały się motywy poczucia osamotnienia i izolacji oraz następujące zwykle zaraz potem lub zaraz przedtem usprawiedliwianie rodziny. Przypomnę, że refleksje zawarte we wcześniejszych partiach mojej pracy, również te o izolacji umierających, były spisywane już pod wpływem doświadczeń z badania w hospicjum. Nazwanie tego, o czym mówili mi rozmówcy, *izolacją* stanowi moją interpretację – to słowo nie pada ani razu wprost – jednak z uwagi na treść wypowiedzi pojęcie to nie wydaje mi się przesadą.

Wypowiedzi o samotności również nie były formułowane wprost przez pacjentów (choć wprost padały już z ust pracowników hospicjum). Dało się jednak tę samotność z ich wypowiedzi odczytać – nie tylko ja miałem wrażenie, że są samotni, ale też, jak mi się wydaje, oni chcieli mi o swojej samotności powiedzieć.

W wypowiedziach, które odebrałem jako świadectwa poczucia izolacji, pojawiały się sygnały o pewnym nacisku na pacjenta ze strony rodziny, żeby spędził swoje ostatnie dni w hospicjum. Co więcej, niektórzy rozmówcy sami czuli, że są dla rodziny, jak to określali, „ciężarem”, a w każdym razie byłiby nim, gdyby nie byli pod opieką hospicjum. Pojawiały się też wypowiedzi podające racjonalne argumenty za przebywaniem pacjenta w hospicjum, które często przechodziły w dłuższą wypowiedź – rodzaj usprawiedliwienia rodziny. Usprawiedliwienia pojawiały się też osobno, spontanicznie, w innych częściach wywiadu.

Oto dwa fragmenty rozmowy z pacjentką, o której tuż przed wywiadem pracująca w hospicjum psycholog powiedziała mi „ta pani jest bardzo samotna”:

B: A jak już przyjeżdża właśnie rodzina, to / to o czym państwo rozmawiacie?

³⁰ Druga szczególnie liczna grupa dotyczyła doświadczeń fizycznych. Zob. odpowiedni podrozdział.

R: O czym rozmawiamy? Ojej, o wszystkim. O ogrodzie... o różnych rzeczach. Gdzie nasiona i gdzie (). Córka się wzięła za działkę, się wzięła ((śmiech)). Ta działka do mnie należała, ale ja teraz jestem w stanie nieważkości... No to ona... Ta działka została taka piękna... Jak ja byłam zdrowa, ta działka była tak utrzymana, że ludzie, przechodząc, to się zatrzymywali i podziwiali... A teraz ona się wzięła za tą działkę, to o tym rozmawiamy...

B: A w ogóle... sympatyczne te wizyty są? Jak pani to ocenia?

R: U mnie? Bardzo... Bardzo... Ja to zawalona w ogóle jestem jedzeniem... (...) [WYW 2 K73]

I druga wypowiedź, jak zauważyłem, odkrywająca nieco mniej radosny obraz:

O, ja to bym chciała, żeby ktoś ze mną pochodził... Pospacerował / może ja bym doszła do siebie... przy pomocy jakiegoś ramiona. Dorosłej osoby. A ta moja rodzinka przyjedzie, to nie ma czasu... Oni już muszą jechać, bo oni nie mają czasu, bo oni mają tyle obowiązków. No... A chciałabym tak, żeby ktoś ze mną pochodził, powoził mnie na wózek. Woź mnie na wózek, ale za mało... I chciałabym tak, żeby ktoś taki dorosły mnie poprowadził. Bo jak się nie chodzi, to się nie wie. Bo może człowiek już może chodzić, no. (...) [WYW 2 K73]

Inne wypowiedzi wyrażające samotność i poczucie izolacji:

Znaczą pretensje, no w tym sensie, że mogłaby mnie rodzina jednak wziąć do domu i tak hołubić, ale no z kolei nie zgadzałoby się z dwoma rzeczami. Z jednym, że z funkcjonowaniem w ogóle tej rodziny. A drugie, z... / no z... / jakby to powiedzieć... (...) Z funkcjonowaniem to raz... A drugie no w ogóle nie wiem... Nie wiem tego wszystkiego. Tak że na razie musi być tak, jak jest. [WYW 3 M55]

B: A właśnie rodzina panią tutaj odwiedza czasami? Bo pani powiedziała, że ().

R: No wczoraj to przywiozła mnie córka. No a dzisiaj też ma przyjechać, ale jak się dowie, że ja chcę wrócić, to będzie niepocieszona, bo... Ona jest tak zmęczona, wie pan. Mam u siebie dom, tu... Tutaj przyjeżdżać

już przyjeżdżała do mnie trzy tygodnie. Nie przyjeżdżała, tylko była dzień i noc. Bo ja w nocy musiałam być pod jej opieką, bo to taki był dla mnie najgorszy taki kryzys... że ani wstać nie mogłam, ani nogi na wersalkę podnieść i tego to... No to ona mi pomagała i wstać i położyć się i tego, tak że... Wiem, że będzie bardzo rozzarowana. A ja tu nie mam ani butów, ani kurtki, ani niczego... To... (). Ale tak to ja mam swoje mieszkanie, to... Ja nie jestem takim ciężarem. [WYW 8 K82]

Proszę pana, tak.../ Teraz takich bliższych mi ludzi... Ja to [nie] jestem taka bezpośrednia... Ja nie jestem taka, żeby się odezwać do każdego, żeby z każdym porozmawiać, tylko... Boję się ludzi i próbuję tak... wzrokiem, nie?... Jak ktoś ma wzrok / takie łagodne spojrzenie, to taki człowiek jest życzliwy. A jak ktoś takie coś ma koło siebie, to już wiem, że ani nie pogadasz, ani nic nie... A przecież człowiek potrzebuje kontaktu. Ale to przecież wszystko latacie. Wszystko lata (). I to tak w tym roku ja najczęściej analizuję. [WYW 8 K82]

Moja przyjemność to byłaby, żebym tej rodzinie pomógł. To byłaby dla mnie największa przyjemność. Z moją malutką na spacer wyjść... To byłaby dla mnie największa radość. [WYW 7 M60]

Wreszcie wypowiedzi zawierające usprawiedliwienia rodziny:

Nie mam w domu zapewnionej opieki. Bo tak: zięć pracuje. W terenie. Cały czas po Polsce jeździ. Jak nie... Zamość, to Rzeszów. Taką ma pracę w terenie właśnie. Córka była w sanatorium miesiąc; wróciła, to teraz nie wie, za co się wziąć... Mieszkają poza Warszawą... Wnuczka pracuje i ma dziecko, które chodzi do szkoły. I nie ma się mną kto zaopiekować non-stop... A tu jest / tu jest opieka idealna. Nie ma słów. Tu jest opieka w ogóle idealna. [WYW 1 K70]

I nikt nie chce mi... po prostu / powiedział wyraźnie: „My pana na siłę nie trzymamy. Tylko niech przyjdzie córka, podpisze papier, że bierze pana na własną odpowiedzialność”. A ona mnie nie weźmie, bo to dzieciątko ma... Chłopak całe dnie pracuje... No bo ktoś musi ten dom utrzymać. Jak ktoś ma trzydzieści siedem lat i jest kawalerem... No ale kiedyś tę rodzinę musi założyć. Przecież też jakoś musi żyć. [WYW 7 M60]

I jeszcze jeden fragment, tym razem jednak w pewien sposób zaprzeczający samotności i potrzebie kontaktu:

A moje dzieci mieszkają poza Warszawą... i nie mają czasu praktycznie cały tydzień. Mają swoje rodziny... I praktycznie nie mają w tygodniu czasu, żeby przyjechać... Tylko w niedzielę. A w niedzielę to też – to mówię – „specjalnie nie przyjeżdżajcie, bo... Pobądźcie razem ze sobą lepiej. Niż tego no... Idźcie gdzieś z dziećmi a / a nie... a nie będziecie... Tam posiedzicie ze mną / będziecie jechali, posiedzicie ze mną z godzinę, a ja tego no... A ja usnę, odwrócę się i usnę i... bez sensu”. No i tak, o... [WYW 15 K65]

W wypowiedziach dotyczących rodziny znalazły się też w dwóch wywiadach (12 i 15) informacje o związanych ze śmiercią sytuacjach konfliktowych w obrębie rodziny, dotyczących przede wszystkim podziału majątku; mających jednak (w obu przypadkach) podłoże we wcześniejszych konfliktach.

Nadzieja: Nie chcę umierać

Moi rozmówcy wielokrotnie mówili o nadziei na wyzdrowienie i dalsze życie. Gdy wypowiedzi te były formułowane wprost, nadawały tej nadziei różne znaczenie: mówiono o nadziei na wyzdrowienie jeszcze na etapie leczenia (tylko jedna wypowiedź, w wywiadzie 15), o woli życia związanej ze zbyt młodym wiekiem (znów, tylko w wywiadzie 3), a także o nadziei na poprawę stanu zdrowia mimo obecnego stadium zaawansowania choroby. Pojawiły się też wypowiedzi świadczące o tym, że nadzieja jest wartością samą w sobie i nie musi być związana z racjonalnymi oczekiwaniami co do przyszłego losu. Najlicniejszą grupę stanowiły jednak wypowiedzi nie mówiące o nadziei, ani o woli życia wprost, za to formułujące plany na bliżej nieokreśloną przyszłość – dotyczące przyszłych wydarzeń rodzinnych lub okołozawodowych, a w jednym przypadku – stanowiące rozbudowany plan powrotu z hospicjum do domu³¹. W niektórych przypadkach wymienione motywy pojawiały się przeplecione w jednej wypowiedzi.

³¹ Patrz dalej – podrozdz. *Chcę stąd wyjść*.

Oto kilka przykładów:

(...) Zaczy wie pan, podtrzymuje mnie jedna rzecz na myśli, że ja jestem w średnim wieku w końcu. To jeszcze za wcześnie na jakieś odchodzenie, czy coś takiego. I trzeba się wszelkimi środkami temu przeciwstawiać. Jak ja bym miał 80 lat... to proszę bardzo. (...) [WYW 3 M55]

W tym czasie byłem jeszcze do uratowania. Byłem jeszcze w tym czasie do uratowania. No, nie wiadomo czy jeszcze... Nie ma żadnych nadziei. Nadzieja jest, wie pan, jak to się mówi, prawda, matką głupich. Ale... jakąś jeszcze mam... Bo mam / mam córkę, wnusię, mam syna, prawda, do wychowania. I zawieziono mnie ponownie. [WYW 7 M60]

B: A powiedziała pani, że chciałyby pani jeszcze trochę pożyć...

R: Pewno, że bym chciała. Bo jak ja mam pannę dwadzieścia dwa lata i kawalera dwadzieścia dwa, to ja bym nie chciała być u nich na weselu? Ja całe życie marzyłam o tym. A teraz tak się stało i prezenty i () / A teraz tak się stało, że i pieniądze poszły na pogrzeb męża i niewiele im co zostało... [WYW 8 K82]

Tak sama się na duchu podnoszę, że może jeszcze wrócę do domu. ((śmiej)) No tak... Tak sobie myślę, a może... A może te krwinki się odbudują i... ((ciszej)) I czekam na krwinki i będę mogła organizm jakoś tak... troszkę wzmocni się. [WYW 15 K65]

Ja mówię: „Panie doktorze, czy to jest jakieś wymienialne?”. „Tak, to się wymienia – mówi – co piąty, czwarty dzień to się wymienia... i przy tym można żyć”.

I mam, pan widzi, założone... To są gazy... wszystkie. I tu się odkręca i te gazy schodzą. I przez to, że to mam założone, czuję się bezpiecznie. Że... Nie czuję się na tyle, że może któraś z siostr zapomni. () Bo człowiek jest tylko człowiekiem, to nie jest maszyna. Ale i maszyny się mylą...

B: Mhm.

R: I mówi / zapomni, to ja sobie powietrze sam spuszczę... Przepraszam za te łzy... ((płacze)) I będę sobie mógł spokojnie sobie spać znów do rana, dokąd mi [się] nie zleje. [WYW 7 M60]

I na koniec, z tego samego wywiadu, podsumowanie dotyczące tego, co daje mojemu rozmówcy nadzieję:

Co mi daje taką nadzieję? (...) Ta lewa noga. I o tu już... tyle się zebrało. I... Trudno, już z tym muszę chodzić do końca życia. I to, że będę mógł sobie sam zmieniać te woreczki. I to mi daje tą szan... / szansę... Szansy to nie ma żadnej... Tylko mi daje nadzieję. Tą mi daje nadzieję. (...) [WYW 7 M60]

Chodzi o operację amputacji nogi, którą uważa za konieczną (przypominam, że jest w terminalnym stadium raka) i aparat medyczny umożliwiający trawienie po operacji guza jelit. Całość odnosi się do dłuższej wypowiedzi dotyczącej planów na przyszłe, samodzielne życie po wyjściu z hospicjum.

Nie przytaczam tej i poprzednich wypowiedzi, by pokazać, że moi rozmówcy, żywiąc nadzieję, byli nierozsądni i nie potrafili ocenić sytuacji. Z innych wypowiedzi wynikało zresztą, iż wiedzą, że umierają, nawet gdy zdawali się temu zaprzeczać³². Chcę tylko pokazać, jak silna była wola życia tych umierających na raka pacjentów i jak bardzo nie byli oni „pogodzeni” ze swoim umieraniem³³.

Chcę stąd wyjść

Kilkoro z moich rozmówców podkreślało chęć powrotu z hospicjum do domu (takie wypowiedzi pojawiły się w wywiadach 3, 4, 7 i 8). W części z tych kilkunastu fragmentów pojawiają się informacje o pobycie w hospicjum z woli rodziny, a także świadomości tego, że chęć powrotu nie będzie przez rodzinę łatwo przyjęta. Wspólnym mianownikiem wszystkich wypowiedzi jest mniej lub bardziej stanowcze wyrażanie chęci powrotu do domu i niezadowolenia z obecnej sytuacji pobytu w hospicjum. W jednym z wywiadów wola rozmówcy powrotu z hospicjum do

³² Stwierdzenie to dotyczy przynajmniej tych rozmówców, których wypowiedzi cytowałem w tym podrozdziale.

³³ O pogodzeniu: por. np. E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, op. cit., rozdz. *Piąty etap: pogodzenie się*, s. 123–146; por. rozdział *Emancypacja umierających* mojej pracy.

domu przybrała postać rozbudowanego i szczegółowego planu, który został zrelacjonowany w obrębie kilkakrotnie powracającego w wywiadzie wątku. Uważam, że jako całość wypowiedzi te mówią wiele o tym, czym dla pacjentów hospicjum potrafi się stać izolacja od bliskich.

Z pierwszego fragmentu dowiadujemy się, że rozmówca chciał zostać w swoim mieszkaniu między innymi dlatego, że tam zmarła jego żona. Dowiadujemy się też, że również członkowie rodziny potrafią używać „racjonalnych argumentów”:

No wszystko pozalać miałem sobie to. Przyszła szwagierka... w odwiedziny do mnie... i mówi: „K. – mówi – załatwiłam ci hospicjum. Jesteś sam. R. idzie do pracy na całą noc / na cały dzień idzie do pracy. Nie ma nikogo...”. M. ma malusieńkie dziecko, D. Ma trzy latka, trzy latka. „...Ona ich nie zostawi z tobą. No bo nie może zostawić. No bo... ty sobie nie dasz rady”. „No masz rację” – mówię. „No ale... Żona umarła w mieszkaniu, to i ja / ja zostanę tu”. [WYW 7 M60]

Racjonalne argumenty pojawiają się również w następnym fragmencie. Widoczna jest w nim też sarkastyczna ocena tej argumentacji:

Szwagierka się uwzięła. Mówi: „Tak, ja słyszałam o tym hospicjum i to dużo – mówi – słyszałam”.

Mówi: „Mąż zostawił tam żonę – mówi – Żona miała super, miała. I umarła”. Ja mówię: „No, przypadki chodzą, przecież ludzie umierają”. [WYW 7 M60]

W kolejnym fragmencie widoczna jest desperacja i determinacja pacjenta:

Już tu jest... mój koniec. To jest ostatnia moja deska ratunku. Już więcej ja nie mogę nic zrobić. Już chcę nawet, żeby mi nogi poobcinali. Wszystko żeby porobili. Żebym mógł wrócić do domu. Niech córka / bo córka mieszka na Bielanych. Syn mieszka... / też oddzielnie mieszka... Tylko tyle że... żeby w tym miejscu chwilę pobył, gdzie była moja żona... W tym miejscu, w którym ona umarła. (...) O, i jeszcze mnie ona sama prosiła: „K., zabieraj mnie do domu. K., zabieraj mnie do domu”... Poszedłem do lekarza i mówię: „Panie doktorze, chciałem

zabrać żonę na święta... na przepustkę”. A on mówi: „Już nie potrzeba”. Mówi: „Teraz niech pan już zabierze żonę, bo już nic nie możemy zrobić”. [WYW 7 M60]

W następnym pojawiają się elementy planu opuszczenia hospicjum:

I chciałbym tylko jedno... Ja sobie bym kogoś do siebie wynajął... A tym bardziej, że ja mieszkam sam. Sam mieszkam, więc... za... samo, wie pan, lokum, pomieszczenie, że ma gdzie kto pójść spać... Bo są teraz takie czasy, że są bezdomni... To bym taką osobę wziął. Ta osoba by się mną zaopiekowała. Za to tylko, że... ma mieszkanie, ma gdzie pójść spać, ma ugotowane... Taka osoba by mi pomogła... Tylko niech mnie / mi pomoże... Niech mi pomoże szpital (). I ja mu... Tylko tyle. Nawet nie chcę na stałe... Na okres próbny tygodnia czasu. ((płacze)) Niech mi dadzą tę szansę. Nie dam rady w ciągu tygodnia – sam wracam. I tylko tyle od szpitala... żeby mi pomógł... spróbować... czy dam ja radę. Bo... Nikt mnie nie może stąd wypisać. Jedynie córka... M. Niech mnie wypisze mnie stąd... Bo ona... / pytałem się tych właśnie, tego szczupłego... () Ale on niekiedy on jest lepszy od tego chirurga. (...) [WYW 7 M60]

Ciąg dalszy planu, dalej o „próbie”:

Tak że... (...) Tylko chciałbym tej, tej próby na tydzień czasu, żebym został. Córka może niech mieszka osobno u szwagierki, syn niech mieszka u siebie na Bielanach. I tylko żeby sam pozostał w domu na tydzień czasu. Po tygodniu, nie / nie dam sobie rady... Przycho-dzę sam. Ale wiem, że dałbym sobie radę. (...) Bo tylko wystarczy udzielić komuś mieszkania i udzieli panu wszystko, co możliwe. [WYW 7 M60]

Podaje jeszcze jeden powód, dla którego chce wrócić do domu:

A mnie by wystarczyło tylko tyle... Żeby być w domu, w domu. Być w mieszkaniu. I wtedy jest człowiek spokojny. Inaczej ten... / ten pokarm smakuje. (...) [WYW 7 M60]

Na koniec zaś pojawia się cytowane już wcześniej usprawiedliwienie rodziny. Dodam, że ten właśnie spośród moich rozmówców sprawiał wrażenie najbardziej „niepogodzonego” z umieraniem.

W wywiadach pojawiło się kilka wypowiedzi niepozwalających uogólniać na wszystkich pacjentów hospicjum desperackiej chęci powrotu do domu. Głosy te podkreślały konieczność posiadania stałej opieki medycznej i pielęgniarstwa, a w niektórych przypadkach także lęk przed brakiem opieki w sytuacji braku samodzielności.

Świadomość umierania

W wielu wywiadach pojawiały się dowody na to, że moi rozmówcy są świadomi nadchodzącej śmierci. Wypowiedzi te przybierały bardzo różną postać. Znalazłem takie, które informowały o tej świadomości wprost, na przykład autorstwa rozmówczyni, która była z zawodu lekarką. Kilkakrotnie rozmówcy mówili o „pogodzeniu się”. Z kolei rozmówca, który konstruował plan opuszczenia hospicjum, wspominał o zbliżającej się śmierci w kontekście „niepewności jutra”. W wywiadach pojawiały się też wypowiedziane spontanicznie, uogólnione refleksje na temat śmierci, które jednak można odczytać jako wypowiedziane w kontekście własnego umierania. Refleksje te nieraz opierały się na silnie obecnym w chrześcijańskiej tradycji motywie – stwierdzeniu: „wszyscy umrzemy”.

Oto kilka przykładów spośród głosów tego typu. Pierwszy pochodzi z wywiadu z byłą lekarką:

No nie / Ja naprawdę, ja to... Ja jestem, wie pan... człowiek, jak to się mówi... fachowy. Wiem, co mnie czeka w razie czego. Wiem, że w razie czego jest to nieuchronne. Na pewno będę rozpaczać w stanie terminalnym, tak jak wszyscy ludzie. Będzie mi żal tego świata... na pewno. I będę prosiła Boga o lekką śmierć. [WYW 10 K76]

Dodam, że w dalszym ciągu wywiadu rozmówczyni rozwija tę wypowiedź, szczegółowo określając, jak pod względem medycznym może przebiec jej śmierć.

Teraz wypowiedź o „niepewności jutra”:

R: [...] I czy pan sądzi, że ja jestem pewny dzisiejszego dnia, że ja jutro (...) / jutrzejszego / jutrzejszy dzień dożyję? (...) Ja powiem, nie dałbym, wie pan co? Najmniejszego włosa bym nie dał...

B: Mhm.

R: ... / że ja jutrzejszy dzień dożyję. Pan weźmie: ... był tu nas / leżał komplet. Sześciu ludzi leżało... Zostało trzech. (...) I... Dlatego człowiek nie jest pewny dnia jutrzejszego / że się cieszy jak rano wstanie i otworzy oczy. Już / już się z tego cieszy. To już / chętniej wtedy i zje... Sam nawet się nieraz upominam o jedzenie. Bo czuję ten głód, że ten... dzień przeżyłem. Dlatego panu mówię: człowiek nie jest... (...) pewny, czy jutrzejszego dnia dożyje. [WYW 7 M60]

Jeśli zaś mowa o „pogodzeniu”, przytoczę dwie wypowiedzi, obie z jednego wywiadu (15). Pierwsza każe podejrzewać, że pogodzenie potrafi być nieraz bliższe rezygnacji. Druga w interesujący sposób przechodzi w opis praktycznych przygotowań do własnej śmierci:

Tam w zeszłym tygodniu w piątek tutaj trafiłam. Taki przebieg choroby jest... Pogodziłam się już z tym. No bo co mam zrobić? A jak chodziłam przez miesiąc do psychologa na rozmowy, na Wawelską... Sama poszłam porozmawiać. (...) No i co? I teraz jak się odnowi, no to już... No to już koniec, nie ma ratunku... Po prostu. Już się pogodziłam z tym... [WYW 15 K65]

No widzi pan, ja już się pogodziłam z tym. I muszę panu powiedzieć, że... Moja siostra to mówi, że ona mnie podziwia, bo ja nawet mówię: „Ty, chodź jedziemy do sklepów”. Ja przygotowałam sobie / już wszystko mam przygotowane do trumny, wszystko, miejsce na cmentarzu, pomnik wybrany, wszystko... Ja po prostu już jak drugi raz teraz... Jak lekarze powiedzieli mi, że nie ma ratunku, to... to po prostu na chłodno przyjmować... Na chłodno. Mówię do siostry: „Wiesz co: nie będę się ubierała ani na czarno, ani na ciemno” – mówię, no bo co to... Nie muszę przecież. Mogę też wyglądać powabnie. I tak, autentycznie. Wszystko przygotowane mam. Wszystkie dokumenty, wszystko... Uporządkowałam, bo... bo... lekarz mówi, żeby uporządkować wszystko, wszystko. Tak że wszystko jest. I wszystko jest przygotowane, każdy wie, co ma zrobić, i koniec. [WYW 15 K65]

Wreszcie „uogólnione” refleksje na temat śmierci z jednego wywiadu, w którym takich refleksji pojawiło się najwięcej:

To znaczy, wie pan, no w tym sensie pogodzony, że... i tak wiadomo a priori, że zejdziemy z tego świata... Prędzej czy później... Aczkolwiek... Chciałbym jak najpóźniej. [WYW 3 M55]

Bo generalnie / i taka jest moja filozofia życia / i tak kiedyś wszyscy rozstaniemy się z tym światem, prawda? Tak że... Ja mogę tylko tutaj działać w ten sposób, żeby najdłużej się utrzymać. I w tym kierunku działałam. [WYW 3 M55]

Wie pan, tak naprawdę, to nikt tego nie wie. Więc ja nie będę żadnym alfą i omegą jeśli powiem, że nic nie wiem, jak to mówił Sokrates chyba, prawda? ((śmiech)) Że rodzimy się głupi, a umieramy jeszcze głupszy, prawda? Że na końcu tego życia dochodzi się do wniosku, że tak naprawdę nikt nic nie wie, jak to jest. [WYW 3 M55]

W innych wywiadach pojawiały się też refleksje w odmienny sposób podkreślające „egalitaryzm” śmierci – na przykład w cytowanym już fragmencie wywiadu 5: „tutaj nie ma wybrańców i skazańców”.

Chcę umrzeć

W pierwszym wywiadzie, który przeprowadziłem, pojawiło się najbardziej według mnie przejmujące świadectwo odczuć osoby przebywającej w hospicjum. Rozmówczyni ta przebywała już w hospicjum od ponad dwóch miesięcy. We fragmentach, które przytaczam, pojawiają się inne wcześniej wymieniane motywy: uczucia dezorientacji i niepewności co do swojego stanu zdrowia, a także poczucie izolacji, wyrażone tu charakterystycznym porównaniem hospicjum do więzienia. Cytuję trzy z większej liczby wypowiedzi, pozostawiając je bez dalszego komentarza:

I teraz tak zastanawiam się, bo ja tak myślałam: przyjdę tu i od razu chcę umrzeć. Tak sobie założyłam, wie pan. Że tu przychodzę i od razu umieram. A ja widzę, że tak, że ja nie mam zamiaru umierać. I dla mnie to jest więzienie w tej chwili. Czuję się jak w więzieniu. Bo tak:

nie czuję się gorzej, ale czuję się lepiej. Nic mnie nie boli, poza tym, że jestem słaba. I tak jak mówię: nie bolało mnie nic... na szczęście. Ale guz, guz jest. Urósł. Między pęcherzem a odbytnicą jest duży guz i... No i, tak jak mówię, nie boli mnie to. No i on tam sobie siedzi. Jakiej w tej chwili jest wielkości, nie wiem, bo tutaj jakoś nie można zrobić USG. No, no może jakoś dam sobie z tym radę. Poproszę lekarza, żeby stwierdzić, jaki jest mój stan w tej chwili. Ja nie wiem. Ja się czuję dobrze, tylko tyle, że jestem słaba. Ale tak jak właśnie mówię, mówiłam nawet na leczeniu: „Słuchajcie, ja tam idę po to tylko, ja tam chcę natychmiast umrzeć. Ja tam nie chcę być”. [WYW 1 K70]

B: Jak się pani z tym czuje?

R: Wie pan, że ja się nie zastanawiałam, jak ja się z tym czuję... Ale ja bym chciała, po prostu, żeby to, że ten stan się pogorszył, żeby ja mogła od razu umrzeć. Słowo daję. Żeby tu nie być miesiącami. No bo co mi z tego? Tu nie leczą, tylko przetrzymują... Ja tego nie wiem. Po prostu nie umiem panu powiedzieć, co będzie dalej. Nie wiem, nie wiem.

B: A nie myślała pani, na przykład, o tym właśnie, że jednak, życie jeszcze... jak najwięcej, to jednak... coś dobrego?

R: Ale proszę pana, jakie to jest życie... patrzeć w cztery... / w ściany? Co to jest za życie? To mnie przede wszystkim psychicznie zamorduje. Psychika, psychika moja. Bo ja tak już... Zresztą kilka razy myślałam, że ja od razu umrę. Przychodziły takie godziny, że ja się bardzo źle czułam... To ja myślałam, że ja już będę umierać. I wtedy byłam bardzo zadowolona. Bardzo się cieszyłam... A tu nic. [WYW 1 K70]

Chciałabym coś panu powiedzieć. Proszę pana... Coś panu powiem... Jak tak sobie leżę... Bo / Mamy grób rodzinny na Bródnie. ((śmiech)) Od tego zacznę... Tak sobie myślę: „Boże, jak ja bym tak pod tym drzewkiem tam chciała leżeć... Tam tak ładnie, tyle ptaków tam śpiewa... tak fajnie tam”. To są takie przemyślenia wie pan... A nie tu... Se myślę... A może tam coś jest, a może tam coś jest. A może... A może spotkam się ze swoimi bliskimi... Pochowałam już wszystkich najbliższych... [WYW 1 K70]

Wypowiedź o pragnieniu śmierci pojawiła się też w wywiadzie 6, przeprowadzonym z rozmówczynią w wieku 92 lat, przebywającą w ho-

spicjum od prawie roku. Czas ten jest niespotykaną rzadkością – według personelu hospicjum trafiający do niego pacjenci z reguły umierają na przestrzeni od kilku dni do kilku tygodni. W wywiadzie tym padła następująca wymiana zdań (po ostatnim zapadło długie milczenie):

B: Czy jeszcze coś, co by pani chciała powiedzieć na ten temat?

R: Nie, wszystko co miałam już... Nieciekawe jest to już wszystko dla mnie. Cieszę się zawsze, jak ktoś mnie odwiedzi, jak zatelefonuje... Mam jeszcze kontakty. Cztery koleżanki z pracy. Ale dwie już nie przyjeżdżają; jedna jeszcze przyjeżdża tutaj... W odwiedzin. Sama bym () [nie jest] też już zdrowa. Także ma siedemdziesiąt parę lat już... Nie funkcjonuje tak, jak powinno być. ... Ja się tylko modłę, żeby mnie Pan Bóg zabrał jak najszybciej... A to się tak przedłuża. (...)

B: A dlaczego pani tak myśli? Dlaczego pani tak myśli...?

R: Dlaczego chcę odejść? Mam dosyć tego życia. (30 sek.) [WYW 6 K92]

Wina

W wywiadach padło wiele wypowiedzi o winie w kontekście choroby i umierania. Rozmówcy informowali o sytuacjach, gdy to oni byli obwiniani, mówili o własnej winie, ale i sami obwiniali innych.

W jednym z wywiadów rozmówczyni wspomniała, jak jej córka, w atakach paniki związanej z informacją o umieraniu matki, krzyczała na nią, że „to jej (matki) wina”. W innym wywiadzie padły dłuższe wypowiedzi, w których rozmówczyni przewinieniem określiła swoje zaniedbanie. Powoływała się przy tym na obecny w mediach dyskurs profilaktyki zdrowotnej – mówiła o edukacji na temat raka i profilaktycznych badaniach³⁴. Jeszcze inna rozmówczyni, także obwiniając siebie, jako winę wskazała palenie. Zaznaczyła jednak, że gdy dowiedziała się o raku, i że jego prawdopodobnym powodem było palenie – wcale nie skończyła z nałogiem. Dodała też, że dopiero w hospicjum nie pali, dlatego że wyjście na dwór jest tu niemożliwe. Wreszcie w wywiadzie 7 rozmówca nie mówi o własnej winie, ale za to obwinia innych. W pierwszym wypadku chodzi

³⁴ Jedną z tych wypowiedzi będzie zacytowana przy okazji analizy rozległych wyrażań metaforycznych w rozdz. *Piramida metafor*.

o winę niezwiązaną z jego chorobą, ale o wskazanie winnych obniżenia jakości opieki pielęgnacyjnej. Rozmówca konstruuje w tym miejscu dłuższą historyjkę o dzwonku – narzędziu, za pomocą którego pacjent może wezwać pomoc pielęgniarki. Rozmówca ironicznie uskarża się na innych pacjentów, którzy według niego nadużywają dzwonka³⁵. W drugim wypadku wskazuje na winnych ciągłego braku skutecznego leku na raka – co zaskakujące, pojawia się tutaj projekcja antysemicka:

A może w przeciągu tych dwóch, trzech lat wynajdą... jakiś lek. (...) Czytałem niedawno w gazecie / no wie pan, człowiek jest na to chory, to się tym interesuje... W Göteborgu. Małżeństwo było o krok od wy-nalezienia / rozłożenia tkanki... rakowej. No im została przerwana... Dla badania myszy... Żywe myszy badać... A to... był krok tylko od tego. W Stanach Zjednoczonych to samo było... To prze / przerwali. Dokumentację schowali do (). I do dzisiaj nie wiadomo, co tam jest. Co tam pisze.

B: A pan myśli, że dlaczego się tak dzieje?

R: (...) Mam szczerze powiedzieć? (...) Wierzący pan jest? (...) Przerwali to Żydzi. (...) Żydzi przerwali.

B: Mhm.

R: To jest tak objęte tajemnicą... To wyjdzie na wierzch. Ale to wyjdzie za bardzo grube pieniądze. Za bardzo grube pieniądze. (...) () To jest / są / tuż tuż / za blisko są. Ci z Göteborga... dostali nagrody za to. Osiemnaście tysięcy / Co to jest osiemnaście tysięcy złotych? I oni włożyli te pieniądze, tę nagrodę, jeszcze w te badania... () To co to jest to osiemnaście tysięcy? Sto osiemdziesiąt milionów... nie wydadzą jeszcze... Znajdą... Jest, proszę pana, około dwustu przyczyn raka.

B: Mhm.

R: Przyczyn... gatunków. Raka. Tylko są te, co się ujawniają, i te, które się nie ujawniają. I te, które się nie ujawniają, to można z nimi żyć i żyć, i żyć... A są te, które się ujawniają i niestety... Na to właśnie oni mieli już prawie gotowy preparat. I... zostało przzerwane. (...)

B: Pan myśli, że w jakim celu to zostało przzerwane?

³⁵ Cały fragment zacytowany zostanie przy okazji analizy rozległych wyrażeń metaforycznych w rozdz. *Piramida metafor*.

R: (...) W jakim celu?

B: Mhm.

R: Dla pieniędzy. (...) To zostało przerwane, proszę pana, dla pieniędzy (...) [WYW 7 M60]

Na koniec jeszcze jeden cytat, tym razem zaprzeczający czyjejkolwiek winie:

B: Aa... Em... Powiedziała pani coś takiego, że / że / że nie może... pani mieć żalu, że to przez / przez kogoś się stało...

R: No przez kogo to się mogło stać? No niech pan powie. Nie mogę mieć do nikogo żalu. Przez kogo to się mogło stać? Przez nikogo. Taka choroba tylko... Z czego to się wzięło? O, to można dociekać. Z czego to się wzięło? (...) Ale pretensji to nie mogę / Bo na tego trafi to, a na drugiego co innego... Przecież nie mogę... powiedzieć, że ja jestem wybranką losu i mnie się nic nie stanie. Ja tutaj bym chciała, żeby tak było. Ale... Jakbym wiedziała może, że ja mam już sto lat, a drugi siedemdziesiąt i cierpi... To bym wołała ja odejść niż... [WYW 8 K82]

Doświadczenie fizyczne

W wywiadach pojawiały się też wypowiedzi dotyczące doznań fizycznych. Był to jeden z najliczniej występujących wątków. Moi rozmówcy mówili o różnych cielesnych odczuciach, jednak dwa tematy zdecydowanie dominowały: wypowiedzi o samodzielności ruchowej (zwykle chodziło konkretnie o „chodzenie”) oraz wypowiedzi o fizycznym bólu. Pojawiły się też pojedyncze wypowiedzi o kłopotach z oddychaniem, o zaniku apetytu i o dolegliwościach gastrycznych. Również dwie wypowiedzi, które zacytuję niżej, o tym, jak się fizycznie odczuwa nowotwór.

Zwracam uwagę, że wszystkie te wypowiedzi padały w rozmowie obcych sobie ludzi, w dodatku w nienaturalnej dla rozmówców sytuacji wywiadu. Choć prawdopodobnie moi rozmówcy byli przyzwyczajeni do mówienia obcym osobom o swoich dolegliwościach (wszak mówili o nich wielokrotnie lekarzom i pielęgniarkom), to w wywiadach wypowiedzi te miały często znaczenie intymnych wyznań. Sugerowały to nieraz ściszony lub łamiący się głos, zażenowanie.

Zacznijmy od wypowiedzi o samodzielności ruchowej:

Bo teraz ostatnio to co się wy / wyraziło, to rzeczą straszną dla mnie jest. Bo nie mam siły chodzić. Proszę pana. No to może sobie pan wyobrazić, jak wygląda... / jakie jest samopoczucie człowieka... Jak pan chce iść do przodu, a tu nie ma tak zwanej siły napędowej. [WYW 5 M75]

No tak, bo... chodziło o to, że... przed przyjęciem do szpitala... to jeszcze o kulach, to mogłam trochę pokuśtykać, jak to się mówi. Bo to nie było chodzenie... ale już takie kuśtykanie, ale mogłam samodzielnie... przejść. Czy po domu, czy zejść na dół... znaczy windą zjechać oczywiście, do spółdzielni lekarskiej... czy wsiąść do taksówki... specjalną metodą oczywiście, ale wsiąść... mogłam. I dojechać tam na ten Ursynów mogłam... A teraz nie mogę wstać. (...) Dlatego proszę rehabilitanta, żeby mi... koniecznie... najpierw wsadzał... bo to trzeba intensywnej rehabilitacji... Ja jeszcze mam na tyle siły, że mnie stać na to, żeby wstać... [WYW 10 K76]

Jest czyściutko. jest opieka... Więc, wie pan, cóż... marzyć? O czym bardziej marzyć? Tylko, żeby wstać i przejść się... Do okna... Do łazienki... Żeby usiąść, na boku poleżeć jednym i drugim / na którym nie mogę... Takie mam marzenia. (...) To są moje marzenia. (...) [WYW 11 K63]

Wypowiedzi te ukazują wyraźnie, jak ważna dla moich rozmówców była samodzielność ruchowa. Występowanie podobnych głosów w dużej liczbie i w wielu wywiadach (w siedmiu na piętnaście) pozwala na próbę uogólnienia tego spostrzeżenia: kontrola nad własnym ciałem staje się ważną troską dla chorych na raka, a doświadczenie utraty tejże kontroli jest ważnym elementem doświadczenia umierania³⁶.

W pierwszym fragmencie opisującym doświadczenie bólu mowa jest o bolesnym badaniu diagnostycznym, w drugim o doznaniach związanych z przechodzeniem chemioterapii (choć rozmówczyni nie mówi

³⁶ Por. podrozdz. *Dezorganizacja i kontrola*. Zob. też rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

bezpośrednio o bólu), w trzecim o bólu, który nie był skutecznie uśmierzany:

Po tych bronchoskopiach? (...) No bo to jest, wie pan, jak ci się... wbi-ja igłą w... (...) przewód ()... i w łopatkę... to jest taki ból, że można pisać, a tu masz się nie ruszyć nogami, nie zadrzeć nawet. A ja się tak starałam, bo ja sobie zdawałam sprawę, że jestem starsza... To chcę od razu mieć dobry wynik tego badania. Bo to... to musi / mnie to strasznie dużo zdrowia kosztowało. Żeby się tak zaprzec i tak... Raz zaprzec, a drugi raz ten organizm spowolnić... żeby / boli, ale luzno go, żeby tak można było tam sterować... Bo to () robią, wie pan, się słyszy (...) I miałam robione / ten rezonans magnetyczny na kręgosłup. No bo... bo... jeden lekarz mówił, że to może być od kręgosłupa. Bo to tak bolało... Tak bolało... Kręgosłup, łopatka... Na takim łopatka / bo tak jakby tu dotyka. O tak szerzej. A to boli tu w tym miejscu. Rwie cię... (...) Że ci... To... Wie pan, jak już miałam różne bóle, ale... takich nie miałam. (...) [WYW 8 K82]

Co ja pamiętam... Proszę pana... To było dla mnie gorsze niż właściwie wszystko najgorsze, co przeszłam. Bo... To były straszliwe torsje. To było w ogóle / nie mogłam pić / nic, nic, jeść / ani jeść. Przede wszystkim nie mogłam pić. Czułam wstręt do wody, który został mi do tej pory... wstręt do wody, do picia wody. Mogę pić różne inne płyny, byleby nie wodę. No a chemia się skończyła na tym, że ja tej chemii nie przyjął, tej pierwszej. Przyjechało do mnie pogotowie, bo ja już się tak odwodziłam... Bo tylko wymiotowałam, a już nie miałam czym... [WYW 1 K70]

Tak. (...) Tak. (...) Cały czas bolały i żadne leki nic... No tam jakieś pomagały, jak... w pewnym stopniu, wie pan... Jakiś tam Ketonal, coś... Ale... ((pociąga nosem)) () się na parę godzin i znowu... Zastrzyk to na cztery godziny i koniec. A co dalej? ((pociąga nosem)) (...) [WYW 11 K63]

Na koniec fragmenty dotyczące fizycznych doznań związanych z guzami nowotworowymi. Zaznaczam, że pierwszy fragment pochodzi od pacjentki, która twierdziła, że ma gruźlicę, a jako rozpoznanie miała

wpisany nowotwór tarczycy (co sprawia, że dziwne wydaje się ulokowanie niekomfortowego uczucia w łopatce)³⁷. Część drugiego fragmentu była już cytowana.

Jak ja tu leżę... to ja tu czuję, że tu jest, na tej poduszce jakby był taki... kij włożony. Już taki o, nie? I ten kij mnie tu gniecie w tę łopatkę... Albo na tej łopatce byłby guz, a ta poduszka mnie gniecie. A tu nic nie ma. Ja się po dziesiątki razy nieraz powta... po... poprawiam, żeby / Już teraz będę spokojnie leżała. (...) Już nie wiem, co mam mówić... Prawda? I dzieciom kazałam sprawdzać, bo pod pachą nieraz położyłam rękę... To teraz mnie już mniej dużo boli, tylko z sił opadam. Że tu pod pachą mam takie jajo obolałe, takie twarde. To... sprawdzam... Nie ma nic. Ale jak gąbką się wezmę do mycia... żeby sobie umyć... to jest taki ból przykry... wie pan, jakby skóry nie było... tylko ja jakąś szcztotą ryżową sobie po tym ciele... A tam nic nie ma. Ani żadnej krostki, ani niczego. [WYW 8 K82]

R: I jak leżałam, to już co raz się nie mogłam podnosić. / Bo tam coś się działo na tym brzuchu. () były twarde miejscami. Czy coś tam rośnie jakiś... Coś tam, mówili, rośnie... / postępująco szybko... Ale co, to ja nie wiem... [...] W każdym bądź razie... Tak, jak mówię no, zaczęło mi takie coś / i czułam sobie / wzięłam ręką / patrzę takie jakby baloniki.

B: Mhm.

R: To się zaczęło takie miękkie robić... A ja tak nie zobaczyłam brzucha, że aż tam... A to było już takie fioletowe się robiło / ja tam nie widziałam... aż tak... Aż mnie pogotowie zawiozło od razu na chirurgię... I to mi popękało, bo jakby nie popękało, to ja nie wiem, co by było dalej... Ale jak to pękło no to można po pogotowie zadzwonić od razu na... chirurgię. Tak że... (...) [WYW 11 K53]

³⁷ Przyczyny mogą być dwie: rozmówczyni nie mówiła o guzie nowotworowym, tylko o jakimś problemie związanym z chorobami kręgosłupa (co wydaje mi się prawdopodobne); mogła też odczuwać efekty przerzutów nowotworu do kości, co jest częste w terminalnym stadium choroby nowotworowej (i co wydaje mi się również prawdopodobne).

Dezorganizacja i kontrola

Osobliwie chaotyczny język wywiadów oraz fragmenty narracji o *trajektorii pacjenta* zwróciły moją uwagę na kategorie bezładu, chaosu, dezorganizacji. W materiale zaznaczały się także wypowiedzi opisujące dezorganizację dotychczasowego życia, zwłaszcza jego codziennej rutyny³⁸. Z kolei opisy ograniczenia samodzielności ruchowej i fizycznego wyczerpania można zinterpretować jako dezorganizację życia w jego wymiarze fizjologicznym.

Wypowiedzi o dezorganizacji znalazły w wywiadach rodzaj odbicia – rewersu – w głosach pozornie niepodobnych, nabierających jednak pokrewnego sensu, gdy zinterpretuje się je za pomocą kategorii *k o n t r o l i*.

Znalazłem pojedyncze wypowiedzi, świadczące o próbach przywracania kontroli nad ciałem w związku z utratą sprawności ruchowej: rozmówczyni z wywiadu 2 chciała sprawdzić, czy jeszcze może chodzić, rozmówczyni z wywiadu 10 mówiła o potrzebie rehabilitacji. Padła przynajmniej jedna wypowiedź o pilnowaniu diety – również formie kontroli nad ciałem. Pojawiło się kilka wypowiedzi o braniu przez pacjenta odpowiedzialności za swój proces leczenia (co ciekawe – wszystkie z wywiadu z byłą lekarką), a także wypowiedzi o wyborze i organizowaniu opieki hospicyjnej (wywiady 15 i znowu 10). W wywiadzie 7, jako element wątku *Chcę stąd wyjść*, pojawiła się wypowiedź o zaradności i samodzielności w aktywnościach życia codziennego, ilustrowana dodatkowo swoistym „dowodem zaradności” – wzmianką o prowadzeniu własnej firmy. Wreszcie w wywiadzie 3 padła wypowiedź będąca świadectwem prób kontroli nad własną świadomością i pamięcią³⁹. Wypowiedzi przypisujące winę także można zinterpretować jako sposób kontroli świadomości i przywracania porządku w obrębie własnego doświadczenia. Gdy dodatkowo obwinia się siebie samego, pojawia się sugestia brania odpowiedzialności za swoją chorobę – a więc, hipotetycznie, rodzaj psychicznego przywracania kontroli. W to porównanie wpisuje się zwłaszcza rozmówczyni

³⁸ Zaznaczam, że prawie wszystkie pochodziły z jednego wywiadu (15).

³⁹ Wypowiedź ta zacytowana będzie w podrozdziale *Metafory rozwinięte* w rozdziale *Piramida metafor* mojej pracy.

obwiniająca się za niekorzystanie z edukacji i profilaktyki zdrowotnej – mówiła wszak o kontroli ryzyka⁴⁰.

Do tematu dezorganizacji i kontroli wróć jeszcze w analizie systemu metaforycznego, gdzie pojawi się więcej wypowiedzi⁴¹. W tym miejscu zamieszczam tylko po dwa przykłady odnośnie do każdego zagadnienia. Najpierw o dezorganizacji⁴²:

Wie pan, właściwie to... trochę się zmieniło. Bo ja byłam osobą bardzo energiczną... To się mówi „gdzie diabeł nie mógł, tam babę posłał”... No a niestety już... z każdym tygodniem byłam słabsza, słabsza, słabsza... No i musiałam ograniczyć już po prostu swoje... życie do takich podstawowych funkcji. Poza tym wzrok mi się bardzo pogorszył. Sporo krzyżówek rozwiązywałam... Przestałam praktycznie czytać. Nawet krzyżówkę jedną jak rozwiążę, to oczy mnie bołą... Tak że... no pod tym względem, no zmieniło się pod tym właśnie względem, że człowiek jest... spokojniejszy... [WYW 15 K65]

I przy tym jestem / bardzo byłam pracowita przez całe życie. I nigdy nie umiałam siedzieć, tak nawet żeby tak usiąść i przed telewizorem siedzieć beczynnie, jak teraz to robię. Siedzę i gapię się w telewizor. Albo idę spać, leżeć... [WYW 8 K82]

Następnie przykłady wypowiedzi dotyczących praktycznych prób kontroli nad chaotycznym procesem choroby i leczenia:

Po prostu sama organizowałam wszystko... Sama organizowałam, no... Córka się nie nadawała do tego. Ona ma inny charakter w ogóle, wpada w panikę, nie jest zorganizowana i... i inaczej. Ja musiałam o wszystkim myśleć... Że tu zamówić taksówkarza jakiegoś, tu... żeby przyjeżdżał, czekał. No wie pan, różne takie życiowe sprawy. [WYW 10K76]

⁴⁰ Por. rozdz. *Tabu i brud; Piramida metafor*. Por. też: M. Douglas, *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Routledge, London–New York 2005.

⁴¹ Zob. rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*. Por. też rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

⁴² Drugi z nich, z wywiadu 8, cytowany był już wcześniej jako fragment dłuższej wypowiedzi.

Jeszcze do Świąt Wielkanocnych to radziłam sobie. I sama chodziłam po zakupy i... sobie posprzątałam... A po Świątach Wielkanocnych jakoś tak podupadłam na zdrowiu. I nic... Ponieważ nie ma się mną kto opiekować, zadecydowałam, że dla mnie... najlepszym rozwiązaniem będzie... takie miejsce, gdzie... po prostu... będzie opieka. Że będę wiedziała, że jak będę miała bóle czy coś / czy trzeba podać zastrzyk czy kroplówkę / a w domu byłabym bezradna. Bo zanim by siostra czy lekarz z domowego hospicjum przyjechali... tak. A tutaj jest zawsze na miejscu, zawsze. [WYW 15 K65]

Chaos czy demencja?

Moje wrażenie o chaotyczności języka rozmówców można by wytłumaczyć w sposób bardziej intuicyjny niż za pomocą kategorii procesów dezorganizacji i odzyskiwania kontroli⁴³. Mam na myśli demencję, występującą niekiedy u ludzi starych w warunkach ciężkiego wyniszczenia organizmu⁴⁴. Jak jednak podkreślałem, warunkami wstępnymi przeprowadzenia rozmowy z pacjentem były jego relatywnie dobry stan fizyczny i psychiczny oraz pozostawanie przy świadomości. Większość moich rozmówców, poza wypowiedziami o dezorientacji i nieznajomości swojego stanu, nie wykazywała objawów „znacznego obniżenia się poziomu sprawności umysłu”⁴⁵.

Znalazłem jednak w wywiadach głosy mówiące wprost o osłabieniu koncentracji i możliwości intelektualnych, takie jak poniższe:

No widzi pan, zaraz panu powiem, sobie przetłumaczę tylko... Przemyszę to wszystko... Ciężko mi jest, wie pan... zbierać myśli. Bardzo ciężko (...) [WYW 7 M60]

⁴³ Por. rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających*.

⁴⁴ Definicja demencji (otępienia) za *Internetową Encyklopedią PWN*: „Otępienie, demencja, zespół otępienny, med. zespół organicznych zaburzeń psychicznych; znaczne obniżenie poziomu sprawności umysłu **wynikające z rozległego i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu** na tle różnych przyczyn; utrudnia lub uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie w zwykłych warunkach życiowych; o. starcze, alkoholowe, pourazowe” – *Otępienie*, [w:] *Internetowa Encyklopedia PWN*, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/otepienie;3952686.html> [dostęp 10.12.2015].

⁴⁵ Choć, jak zaznaczyłem, opisując dobór rozmówców, w trzech przypadkach z powodu sposobu nawiązywania kontaktu z pacjentami – za pośrednictwem personelu – rozpocząłem rozmowę z pacjentami, u których zauważyłem pewne objawy tego, co potocznie określa się jako demencję.

Cieężko mi / ciężko mi po prostu zbierać myśli jest. Są takie momenty, że ja zapominam, jak się nazywam. Jak się nazywam zapominam. A i... Były też takie momenty, że ja nie mogłem... Nie wiedziałem, gdzie mieszkam, nie mogłem dojść do domu. Ale to wszystko na tle nerwowym. Podchodziłem... na ulicy do znajomych... Nieznajomi dla mnie już byli! Czy mnie pamiętają. „K., co ty się wygłupiasz?”. Ja mówię: „Bo nie wiem, gdzie mieszkam”. I mnie pod dom przyprowadzali... Tak człowiek na tle nerwowym traci pamięć. [WYW 7 M60]

W wywiadach pojawiły się też skargi na osłabienie słuchu. Spotkałem się również z takim przypadkiem: jeden z rozmówców podczas wywiadu przerwał na chwilę rozmowę i głośno wzywał córkę, która miała według niego czekać na korytarzu. Według personelu hospicjum, córki tego dnia w hospicjum nie było (wywiad 5).

Jeden z fragmentów wywarł na mnie szczególnie silne wrażenie świadectwa *chaotycznego doświadczenia*. Mój rozmówca (ten sam, który uskarżał się na problemy z pamięcią „na tle nerwowym” i problemy ze „zbieraniem myśli”) dokonał czegoś w rodzaju spontanicznego podsumowania wątków poruszanych we wcześniejszych partiach wywiadu (notabene był to wywiad wyjątkowo długi). Wypowiedź ta przybrała formę swoistego strumienia świadomości: zawierała przemieszane, przechodzące jeden w drugi wątki, różne, sprzeczne emocje, w dodatku o dużym natężeniu, a także wyobrażone lub wspominane obrazy: plany na przyszłość, sytuacje z życia codziennego – wszystko splecione w jednej, potocznej narracji⁴⁶:

(...) W przyptywie, wie pan, nie rozmawiam, jakieś półtora dnia nie rozmawiam... (...) Bo... proszę pana... ja przeżywam każdą tutaj... ludzką śmierć. Dzisiaj zmarło tutaj dwie osoby. (...) I za każdą ludzką śmierć / Ja już dzisiaj w nocy nie będę spał... Jeśli... ((bardzo niewyraźnie)) Nie będę, bo rzeczy się dzisiaj takie / w dzisiejszą noc spał. (...) Bo ja każdą taką każdą noc to przeżywam. Jeśli ktoś schodzi z tego świata... No trudno / Są takie choroby... Są takie choroby, że nie można pomóc. Nie ma wyjścia takiego, żeby pomóc... Ale... są też choroby, w których jakoś można ulżyć. Żeby ten człowiek chociaż

⁴⁶ Fragmenty tej wypowiedzi cytowałem już wcześniej.

() rok czy dwa lata... tym życiem nabawił się. Są takie... Że / Żeby mógł chociaż z tą swoją wnuśką pojechać z nią nad morze. Żeby zobaczyła... Bo ja nie wiem czy... będzie mogła... (...) Czy będzie miała w ogóle możliwość zobaczenia. ((łamiącym się głosem)) () to nad morze, w góry, na Mazury, żeby dziecku rezerwację... Bo ja... Ja, wie pan, już jestem myślami, naprzód jestem... Bo ja już myślę o pracy... O pracy myślę. Bo jak wyjdę stąd, to od razu biorę się... za pracę... Żeby zarobić. W tej chwili nawet... mam pracę, mam. Ale, no co teraz zrobić? Ale że mnie... Powyżej kolan nawet... Powyżej kolan zostały obcięte nogi. To jeszcze bym tutaj nawet na tych cwi... Chodziłbym, na tych nogach bym jeszcze mógł pracować. (...) Ale, kurwa, stało się inaczej, więc... Tak miało być... Ja się spodziewałem, że mi żona tak wcześniej umrze? Też nie. (...) Widzi pan, tak mniej więcej, między nami mężczyznami powiem panu... Prawie półtora roku... je / jestem, że tak powiem, w żałobie. Mnie kobiety nie interesują. W ogóle nie. Nie interesuje mnie to. Przyrzekłem żonie, że nic nas nie rozdzieli... tylko śmierć. A słowa dotrzymuję. (...) I do dzisiejszego dnia... Z żadną kobietą się nie spotkałem. Z żadną w ogóle... Spotkałem... (...) To chyba, co się pielęgniarki spotykam. O... I tylko tyle, co / co się napiję, to / tyle tych sióstr pielęgniarek / napiję się kawy. Czy herbaty się napiję... I to wszystko, cała moja przyjemność. Moja przyjemność to byłaby, żebym tej rodzinie pomógł. To byłaby dla mnie największa przyjemność. Z moją malutką na spacer wyjść... To byłaby dla mnie największa radość. I... To nie jest tajemnicą dla mnie, to, co ja mówię. Mogę podać panu swoje nazwisko, to nie jest dla mnie tajemnicą żadną. Może pan sobie zapisać: K. C. (...) [WYW 7 M60]

Zaznaczam, że reszta rozmowy nie odbiegała znacznie od stylu tego fragmentu. Nie był to jedyny wywiad, gdzie pojawiał się podobny styl strumienia chaotycznej mowy (także w wywiadach 8, 12 i 15).

Religia

„Wielkim nieobecnym” tematem moich wywiadów była religia. Wypowiedzi dotyczące wiary religijnej pojawiły się w czterech wywiadach. Nie były to jednak wyznania, których można by się spodziewać

po ludziach na łożu śmierci, w kraju z silnie dominującą religią katoliczką. W dwóch wywiadach pojawiło się coś, co można określić terminem *religijności indywidualnej* – złożonej z treści religijnych adaptowanych dowolnie spośród dostępnej w późnonowoczesnej kulturze oferty, niekoniecznie spójnych z kanonicznym modelem wiary⁴⁷. Jestem zresztą przekonany, że prywatna, intymna religijność jednostki zazwyczaj jest tak zbudowana. W pozostałych wywiadach pojawiły się opowieści o różnego rodzaju doświadczeniach „ponadnaturalnych”.

Niżej przedstawiam fragmenty wywiadu, w którym rozmówca wspomina, po pierwsze: o duchowych poszukiwaniach, inspirowanych duchowością wschodu; po drugie: o kojarzącym się z New Age myśleniu w kategoriach „kosmicznych”; po trzecie: o swoim racjonalizmie, którego przywołanie ociera się w cytowanym fragmencie o deklarację ateizmu, mimo wcześniejszego wyznania wiary katolickiej.

Znaczy filozofia życia to jest taka, że... / Też się wiąże ze śmiercią trochę... / Że trzeba stąd odejść, z tego padolu... Tak jak, nie wiem / pan spotkał się z hinduskimi tymi wierzeniami, prawda? Oni tam wierzą w reinkarnację i tak dalej, i tak dalej... Ale ci... mnichowie na przykład... To oni na przykład odchodzą, wtedy, kiedy osiągają to swoje... Yyy... Apogeum takie. Kiedy on chce odejść. Nie, że ktoś chce, tylko on chce odejść. I to właśnie... Zaczepnąłem od mnichów buddyjskich. (...)

[...]

B: A czy właśnie pan tę, że tak powiem, siłę do walki, czerpie z religijnych takich przekonań?

R: To znaczy nieee... Owszem, jestem wierzący. Ale uprawiałem różne sztuki walki, tam tai-chi, karate. Tak że te wszystkie filozofie nie są mi obce... walki wschodnie i tak dalej. Tak że ja trochę jestem taki bojownik ((śmiej)). (...)

[...]

B: A powiedział pan... To może będzie takie trudne pytanie... Ale powiedział pan o filozofii związanej ze śmiercią. Czy ma pan jakieś swoje właśnie przekonania co do tego?

⁴⁷ Por. T. Luckmann, *Niewidzialna religia. Problem religii we współczesnym społeczeństwie*, przeł. L. Bluszcz, Nomos, Kraków 1996, s. 105–109.

R: To znaczy... (...) Ja jestem katolikiem no. Tak że to nakazuje... Owszem, mam znajomych też ateistów, którzy twierdzą, że żadnego życia pozagrobowego nie ma i tak dalej... Ja mam wykształcenie techniczne, tak że umiem logicznie myśleć... Poza tym, no, interesują mnie sprawy kosmosu... Trochę w tym szerszym aspekcie, nie tylko religijnym, ale i kosmicznym, prawda... Jak ten wszechświat jest zbudowany... (...) Tak że tak, tak to wygląda.

[...]

B: No właśnie, a pan powiedział o tym logicznym myśleniu, czy... czy / co pan miał na myśli?

R: Nie, no że po prostu Politechnika nauczyła mnie logicznego myślenia. Ja studiowałem dość długo, bo tam miałem kłopoty zdrowotne, to... parę lat studiowałem... Pracowałem w tym zawodzie, no i... (...) Po prostu (...) Myślę, że mam jakieś pojęcie, o tym, co się dzieje. Ale przecież tak naprawdę to nikt tego nie wie, prawda. (...) [WYW 3 M55]

Kolejne dwa cytaty dotyczą doświadczeń mistycznych: w pierwszym fragmencie rozmówca opowiada, jak podczas II wojny światowej, gdy był ranny (i najwyraźniej rozważał popełnienie samobójstwa), ukazała mu się „kobieta w bieli”; w drugim rozmówczyni mówi o jakimś rodzaju wizji, również o charakterze religijnym, być może związanej z tym, co określa się jako „doświadczenie bliskie śmierci” (*near-death experience*, N.D.E.)⁴⁸. Trzecia tego typu wypowiedź, której fragment zacytuje w dalszej części pracy⁴⁹, opisuje bardziej typową – bo zbieżną z występowaniem określonych symptomów medycznych – postać „doświadczenia bliskiego śmierci”.

Tak sobie myślę... Boże kochany... Dokąd ja tu będę leżał. Kto mnie tu znajdzie w tych kartoflach? Bagnet miałem... wyciągnąłem go... włożyłem se go / tu ręki nie mogłem ruszać, bo... tu dostałem, tutaj tego i w nogę. I tą ręką wyciągnąłem bagnet z / z pochwy... Tutaj mam serce. Wkładałem sobie tu, do serca ten bagnet... Bagnet się buja... w tym... widzę... stoi kobieta jakaś... na biało ubrana... i mówi:

⁴⁸ Zob. np. E. Kübler-Ross, *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, przeł. E. Stahre-Godycka, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005, s. 73–76.

⁴⁹ Zob. podrozd. *Metafory rozwinięte* w rozdz. *Piramida metafor*.

„Nie rób tego, bo ty będziesz żył”. Dwa razy to mówiła. Ja później patrzę... oglądam się... nie ma jej. [WYW 12 M88]

B: A... Pani powiedziała, prawda, o „przejściu jednego bytu do drugiego”, coś takiego...

R: A no to widzi pan, zależy, jak to wyobraźnia pracuje. ((śmiech)) Nieraz to tak wyobraźnia pracuje, że to... Ja to takie mam miejsca... () Teraz to mi się tak, wie pan, przedstawia, że do takich miejsc... w których nie byłam sześćdziesiąt, siedemdziesiąt lat / temu. (...) I z takich osób, tych samych. I... / I to / I to nieraz myślę: „Boże jedyny”. I mnie się tak parę razy zrobiło, że ja spotkałam, tak jakbym... w tych miejscach spotykała się z taką osobą właśnie... No, jakby z Bogiem. Jakby z Bogiem, nie? I wtedy albo jestem w jakimś zachwyceniu, albo jestem tak stremowana z lekka... Albo co... / albo sama nie wiem, co mi się / i tego... Ale nie boję się, że / że tak się boję / no bo tam jest / ja wierzę, że tam jest... / że tam musi być dobrze. Chociaż ja z nikim się nie spotkałam, kto tam by odszedł. Mnie nikt tylko... (25 sek.) Co, jeszcze panu za mało? (...) [WYW 8 K82]

Podsumowanie

Opisując moje rozmowy w hospicjum, próbowałam uniknąć nieuprawnionych uogólnień i trzymać się blisko tekstu wywiadów. Chciałam pokazać wielość obecnych tam znaczeń, zaprezentować materiał jako całość, ale nie tracąc z oczu szczególnych cech każdej z rozmów.

Przedstawione przeze mnie wątki można odczytać jako rodzaj głównych figur doświadczenia odbitego w wywiadach, jego podstawowych obszarów. Choć w materiale pojawiają się wątki wspólne dla wielu rozmówców, a w opisie traktowałam materiał całościowo, to chciałam naświetlić przede wszystkim doświadczenie indywidualne.

Stosując metodę idiografii wywiadów, starałam się stworzyć rodzaj przedstawienia – podobnego do tych, które omawiałam w poprzednich częściach pracy. Tym razem jednak było to, w moim przekonaniu, przedstawienie dużo bliższe doświadczeniu umierających.

W dalszej części pracy próbuję pogłębić moje badanie tego doświadczenia o kolejne pokłady znaczenia zapisanego w materiale wywiadów. Użyłem w tym celu metody analizy systemu metaforycznego.

PIRAMIDA METAFOR

Rekonstrukcję piramidy metafor rozpocznę od krótkiej notatki o wrażeniach, jakie wyniosłem z „pierwszej lektury” wywiadów pod kątem ich języka, dotyczącej najłatwiej dostrzegalnych właściwości językowych materiału⁵⁰.

Moi rozmówcy prezentowali zróżnicowany poziom kompetencji kulturowych, językowych i narracyjnych. Poziom ten z reguły był wprost proporcjonalny do poziomu wykształcenia, ale i od tej zasady były wyjątki⁵¹. Poza rozmówczynią, która z wykształcenia była lekarzem, nie zauważyłem występowania naleciałości slangowych. Różnica polegała głównie na tym, że używała ona trafnie terminów medycznych.

Zróżnicowany był też poziom oryginalności językowej wypowiedzi moich rozmówców. W niektórych wywiadach pojawiało się więcej kreatywnych metafor i złożonych wyrażeń metaforycznych niż w innych (wyraźnie ponad przeciętną wybijali się pod tym względem rozmówcy z wywiadów 7 i 8).

Pojedyncze wyrażenia metaforyczne

Metafory proste prezentuję zgodnie z klasyfikacją Lakoffa i Johnso-na, opisaną w tabeli zamieszczonej na końcu rozdziału *Metoda*. Każda klasa metafor jest omówiona, zgodnie z założeniami Fatygi i Zielińskiego, według wyróżnionych przeze mnie podstawowych aspektów życia codziennego rozmówców, znajdujących odbicie w metaforach zawartych w materiale. Ich wybór zawęziłem w miarę postępu prac nad inwentaryzowaniem metafor, opierając się również na analizie treści wywiadów, omówionej w poprzednim rozdziale. Sporządziłem inwentarze metafor dla następujących obszarów doświadczenia:

- leczenie, personel medyczny, szpital i hospicjum;
- choroba;
- śmierć i umieranie – życie;
- rodzina.

⁵⁰ Por. rozdz. *Metoda* mojej pracy.

⁵¹ Na przykład wywiad 4, w którym inżynier z wyższym wykształceniem wypowiadał się zawsze najwyżej kilkoma zdaniem, mimo że był w relatywnie dobrej kondycji (w dniu, w którym rozmawialiśmy, na własną prośbę opuszczał hospicjum). Można to jednak tłumaczyć tym, że po prostu nie chciał rozmawiać.

Wymieniałem przede wszystkim metafory najliczniej występujące w inwentarzach, jednak wspominam też o ciekawych metaforach, które pojawiały się mniej licznie. Oprócz wyidealizowanego modelu metafory, jak na przykład CZAS TO PIENIĄDZ, przedstawiłem dla każdej metafory przykłady wybrane z inwentarza.

Metafory rzeczy i substancji

Prezentację rozpoczynają metafory ontologiczne dotyczące rzeczy i substancji. Przypomnę, że umożliwiają one rozumienie naszych doświadczeń lub mówienie o pojęciach abstrakcyjnych dzięki traktowaniu ich jako rzeczy, ewentualnie podkreślając ich określone właściwości fizyczne.

Metafory dotyczące leczenia, personelu i opieki medycznej:

LECZENIE TO PRZEDMIOT

tam miałem operację

Trzeba się wziąć za leczenie. (...) Tu nie ma co odkładać.

zrobili mi wszystkie badania

ZDROWIE/LECZENIE/HOSPICJUM TO UCHWYT

Bo to jest ostatnia deska dla pacjenta [o hospicjum]

to jest ostatnia moja deska ratunku [o powrocie do domu]

zaczęła się brać na serio za leczenie

żeby najdłużej się utrzymać

W tekście wywiadów wiele metafor pojawiało się w wypowiedziach w pierwszej osobie. Ukazując poszczególne typy metafor dotyczących osoby narratora (czy też podmiotu w narracji pierwszoosobowej), budowałem modele metafor, używając zwrotu „JA TO...”. Dodatkowo w nawiasie określałem „rolę”, w jakiej występował podmiot w danej wypowiedzi – co powinno wyjaśnić, dlaczego dana metafora wymieniona jest w odniesieniu do danej sfery życia codziennego. W inwentarzu dotyczącym leczenia pojawiła się na przykład metafora:

JA (PACJENT) TO PRZEDMIOT

będę cięty nożem

trochę krótko trzymali po operacji mnie

To były całe badania... przeprowadzone na mojej osobie

Otworzyli, wywalili, mnie zaszylili i jest tak, jak jest

Teraz szczególny typ tej samej metafory, występujący w inwentarzu najliczniej:

JA (PACJENT) TO PRZEDMIOT (KTÓRY JEST PRZEMIESZCZANY)

żona mnie tu przywiozła

wczoraj mnie przewieźli tutaj

karetką pogotowia mnie zawieźli do Szpitala Przemienienia Pańskiego

aż przyjedzie żona i mnie zabierze stąd

I jeszcze ciekawa metafora dotycząca leków (pojawiła się jeden raz):

LEKI TO POKARM

do tej pory nie jadłem żadnych leków

Metafory przedmiotu dotyczące choroby:

ORGANIZM TO PRZEDMIOT ŁAMLIWY

załamanie się... fizyczne organizmu

organizm się załamuje

Może się nagle krążenie załamać... też się zdarza

organizm jakoś tak... troszkę wzmocni się

i do tej pory nie ma załamań

JA (CHORY) TO PRZEDMIOT

Ja się... no, zaczynam gubić już

I jest pan jak nowy!

ale staram się właśnie nie dawać

Czy... posiadają moją krew

JA (CHORY) TO CIĘŻAR (DLA RODZINY)
Poza tym nie chciałam być dla nikogo ciężarem
Jak tu jestem, no to nie jestem dla nich ciężarem
wolę nikogo nie obarczać

Wreszcie kilka rzadszych, ale bardzo ciekawych metafor:

CHOROBA TO FILM/ZWÓJ
wszystko się przewija normalnie
jak się rozwinie, nikt nie wie

CHORY TO MASZYNA (Z USTERKĄ)
Panie starsze mało kontaktowe już
ta pani jest miła, ale ona często nie kontaktuje

CHOROBA TO REKLAMOWANY PRODUKT
Tutaj tak reklamują... brzuchy... męskie [chodzi o raka prostaty
i kampanię edukacji zdrowotnej]

RAK TO MASZYNA/TECHNOLOGIA
nowotwór zaawansowany

Jeśli chodzi o metafory dotyczące życia i śmierci, znajdowałem głównie metafory przedmiotu dotyczące życia. Aczkolwiek w kilku z wymienionych wyżej metafor JA TO PRZEDMIOT lub JA TO CIĘŻAR można dostrzec kontekst umierania, a więc rozwinąć je do postaci: JA (UMIERAJĄCY) TO PRZEDMIOT. Przesłanek ku temu można szukać w występujących w wypowiedziach niejasnościach i niedomówieniach.

ŻYCIE TO PRZEDMIOT (ewentualnie UCHWYT)
żebym się trzymał, żebym się nie poddawał
po prostu przedłużyć
ja mogę tylko działać w ten sposób, żeby najdłużej się utrzymać

ŻYCIE TO KRUCHY PRZEDMIOT
życie w sumie jest takie kruche
(ta ostatnia wielokrotnie, ale w tej samej formie)

WIEK/CZAS TO PRZEDMIOT POSIADANY

No tak, już masz... osiemdziesiąt osiem lat
piętnaście lat mam spokoju

Na koniec wszechobecna w materiale martwa, czyli mocno już zakorzeniona w języku potocznym, metafora dotycząca rodziny:

RODZINA TO PRZEDMIOT (POSIADANY)

rodzinę mam wspaniałą

Nie mam nikogo.

Bo mam córkę, wnusię, mam syna, prawda, do wychowania

Mam brata, mam bratanków. No mam rodzinę

Metafory pojemnika

Metafory pojemnika przedstawiają różne, również abstrakcyjne, pojęcia w naturalnych dla ludzi, bo związanych z doświadczeniem cielesnym, kategoriach *w-poza*.

Metafory dotyczące leczenia i służby zdrowia:

HOSPICJUM/SZPITAL TO POJEMNIK

Przeleżałem *w* szpitalu

to jest *wewnętrzna* sprawa szpitala

skierowanie *do* szpitala

SZPITAL TO OBSZAR

zostaje pan *na* oddziale

w szpitalu, *na* internie

wylądowałam *na* Płockiej

HOSPICJUM TO WIĘZIENIE

czuję się tak trochę jak w więzieniu

nie wiem, czy stąd wyjdę

chciałem zabrać żonę na święta... na przepustkę

zostałam wypisana, zwolniona do domu

Ta ostatnia metafora występuje też w innych wariantach:

HOSPICJUM TO PRZECHOWALNIA

tu mnie nie leczą, tylko przechowują

ŁÓŻKO TO POJEMNIK/TERYTORIUM

moje terytorium to łóżko⁵²

Metafory pojemnika dotyczące choroby:

CHOROBA/DOLEGLIWOŚCI TO POJEMNIK

może jakoś tam *wyjdę z tego*

pan się nie wyleczy... z tego

w trakcie choroby

musiałam brać nocne dyżury i płacić, bo inaczej to *bym nie wyszła z nich* [o odleżynach]

JA (PACJENT) TO POJEMNIK

człowiek jest zamknięty w sobie

to jest zamknięcie u człowieka, ja tak to nazywam

A mi się pootwierały wszystkie zawory... które... człowiek w sobie posiada

ORGANY CIAŁA TO POJEMNIKI

przerzuty do kości

bo tam coś się działo na tym brzuchu

guza... na płucu lewym

przerzucać na mózg i na kości

I pojedyncze, ciekawe metafory opisujące różne aspekty choroby:

DEPRESJA TO POJEMNIK

mogę wpaść w depresję, w rozpacz

⁵² Niektóre z wymienionych tu przykładów omówię szerzej w następnym etapie analizy jako *złożone wyrażenia metaforyczne*.

PANIKA TO POJEMNIK
cóрка wpadła w panikę, a ja nie

BÓL TO POJEMNIK
całe życie w bólu
ból w bólu

Metafory pojemnika dotyczące rodziny:

RODZINA TO POJEMNIK
w rodzinie
poza rodziną
powinno się raczej w rodzinie takie rzeczy trzymać rodzinne

Nie znalazłem w materiale metafor pojemnika dotyczących śmierci.

Personifikacje

Personifikacje – ostatni typ „metafor ontologicznych” – umożliwiają postrzeganie różnych zjawisk w kategoriach zazwyczaj używanych do opisu ludzi, jak na przykład ludzkie motywacje i działania.

Najczęściej przedstawianym za pomocą personifikacji obszarem życia codziennego są choroby:

CHOROBA TO OSOBA (zwłaszcza: O ZŁEJ WOLI)
to jest / taka jest choroba podstępna
niestety nie pozwala mi
bo to nic złośliwego nie ma
jak przebiega choroba
no można z nią żyć i pięć, i dziesięć lat, i dwadzieścia, nie?

Wersja powyższej metafory dotycząca konkretnie raka:

RAK TO OSOBA
nowotwór to on był w stanie, jak to się mówi, uśpionym
nowotwór [...] ale został podleczoney
podejrzenie raka
rak się lubi przerzucać

Dalej:

RAK TO ZWIERZĘ/ŻYWY ORGANIZM

a rak się rozwijał

ale guz jest, urósł

to jest jakaś odmiana raka

wzrost nowotworu i jego rozwój został zatrzymany

W zależności od tego jak on się tam usadowi

CHOROBA TO WRÓG

ale jelita to są jelita, tym bardziej że one też są zaatakowane

można pokonać raka

dostałem z Ameryki takie pismo, jak walczyć z rakiem

CHORE CIAŁO/ORGANIZM TO OSOBA

ten organizm łakomie tego jedzenia

To jest... reakcja organizmu

Organizm nie znosi bólu

Tylko żeby jeszcze nogi... pozwoliły chodzić

Następnie kilka podobnych, ale rzadszych metafor–personifikacji:

DEPRESJA TO OSOBA

rozpacz również przyjdzie

wtedy na pewno depresja wystąpi

BÓL TO OSOBA/ŻYWY ORGANIZM

już dobrze mnie ból musiał odejść, skoro na piechotę poszedłem

a to boli tu w tym miejscu. Rwie cię.

ból narastał

CHOROBA TO MORDERCA

to mnie przede wszystkim psychicznie zamorduje

wykańcza mnie to

Metafory–personifikacje śmierci:

ŚMIERĆ TO OSOBA/POSTAĆ

nie czekajcie na moją śmierć

Jak śmierć jest taka... łagodna

No widzi pan, ja już się pogodziłam z tym

Przyjdzie kostucha, to zabierze

Ostatnie wyrażenie z listy to oczywiście przywołanie średniowiecznej alegorii śmierci – kościotrupa z kosą. Innym przykładem metafory – personifikacji odwołującej się do dawnej kultury europejskiej jest metaforyczne wyrażenie: „no, może jakoś tam się wyłgam z tego”, które można odczytać jako odwołanie do toposu oszukania śmierci-postaci.

Warto zwrócić uwagę, że cechy osobowościowe czy też psychologiczne wykorzystywane w personifikacjach choroby są zwykle negatywne: jest złośliwa, podstępna, podejrzewa się ją, walczy się z nią, jest działającym psychologicznie mordercą. Natomiast w metaforach śmierci objawiły się skojarzenia raczej pozytywne: śmierć jest łagodna, można się z nią pogodzić, czekać na nią. Można to odczytać jako echo doświadczenia cierpień związanych z chorobą, od których śmierć może zdawać się wybawieniem. Można też ten rozdzźwięk skojarzyć z różnicą między doświadczeniem umierania a przedstawieniami śmierci czystej i oswojonej.

Inne personifikacje dotyczące śmierci występowały rzadziej. Podam w tym miejscu jeden przykład:

ŚWIADOMOŚĆ UMIERANIA TO OSOBA

bo to wchodzi wie pan, do głowy systematycznie

Nie odnotowałem personifikacji opisujących pojęcie rodziny⁵³.

Metafory orientacyjne

Metafory orientacyjne odwołują się do orientacji przestrzennej człowieka, związanej z posiadaniem ciała i z funkcjonowaniem tego ciała w fizycznej przestrzeni.

⁵³ Chyba że potraktujemy tak wyrażenie „rodzina mnie odwiedza”, które można odczytać zarówno jako metonimię CAŁOŚĆ ZA CZĘŚĆ, jak i personifikację dotyczącą abstrakcyjnego pojęcia rodziny (rodzina nie porusza się wszak zawsze razem).

Metafory choroby przytoczone poniżej umieściłem wśród orientacyjnych, ponieważ są silnie związane z doświadczeniem cielesnym chorych⁵⁴.

CHOROBA/ZŁE SAMOPOCZUCIE TO „CIĘŻKO”

Ona była ciężko chora
A drugi raz to mnie było za ciężko
Za ciężko mi było patrzeć w tę stronę
Ciężko mi jest, wie pan... zbierać myśli

CHORY TO SŁABY – ZDROWY TO SILNY

po każdym takim ataku... ja słabłem
A jestem taka słabiutka, że nie mam siły chodzić
Gdyby tak się udało, i jeszcze miałabym trochę pożyć, bym odzyskała siły.
Po prostu zasłabłem

Są to metafory martwe. W inwentarzach występowały bardzo licznie. Wśród typowych metafor orientacyjnych najliczniejsze układały się w opozycję metafor CHOROBA TO DÓŁ – ZDROWIE TO GÓRA:

CHOROBA/POGORSZENIE CHOROBY TO DÓŁ

podupałam na zdrowiu
Może wystąpić... no też jakaś zapaść
tylko z sił opadam
wpadają na drugi dzień w depresję

ZDROWIE TO GÓRA

podniosły się wyniki
żebym stanęła na nogi zupełnie
ja sama się na duchu podnoszę, że może jeszcze wrócę do domu
no wstałem na nogi... I zacząłem znowu podupadać

Następna metafora oznacza niejako orientację wobec choroby-pojemnika. Jest zwykle używana, gdy mowa o opuszczeniu hospicjum, ale kontekst potrafi nadać jej dodatkową warstwę sensu, jak przywołanie groźby śmierci w ostatnim przykładzie:

⁵⁴ Przy tym pierwsza z nich może być zakwalifikowana także jako dotycząca substancji i rzeczy.

WYZDROWIEĆ TO WYJŚĆ
dochodziłam do siebie przez miesiąc
Teraz się martwię jak wyjdę [o powrocie do domu]
bo inaczej bym nie wyszła z nich [o odleżynach]
nie wiem, czy stąd wyjdę [o hospicjum]

Pojedynczo występujące w materiale metafory:

POLEPSZENIE TO CHOROBA DO TYŁU
stan ostry nowotworu cofnął się

CHOROBA TO W ŚRODKU
to były wewnętrzne rzeczy

Popularna metafora orientacyjna dotycząca leczenia i służby zdrowia:

LECZENIE (lub bardziej szczegółowo: POBYT W SZPITALU/HOSPICJUM) TO LEŻENIE
i jak mnie położyli na sali
w szpitalu przeleżałam jeden dzień
leżałam tam dwa tygodnie
dzięki im to ja leżę tutaj w szpitalu

Kilka metafor orientacyjnych występujących w materiale pojedynczo:

BYĆ BADANYM TO PRZEJŚĆ
bo na tej gastrologii to tych badań to przeszedłem...

DOBRE BADANIE TO GŁĘBOKO – ZŁE BADANIE TO PŁYTKO
nikt nikogo nie bada dogłębnie

DIAGNOZA TO GÓRA
I pan nie może... postawić diagnozy

Ostatnia grupa metafor orientacyjnych – metafory dotyczące śmierci:

ŚMIERĆ TO DALEKO / ŚMIERĆ TO ODEJŚĆ

trzeba stąd odejść, z tego padółu

oni na przykład odchodzą kiedy osiągną swoje... apogeum takie

to jeszcze za wcześnie na jakieś odchodzenie

Koniec, już trzeba odejść

Nie mam nikogo już na świecie. Jak się ma tyle lat, to wszystko już po-
odchodziło

ŻYCIE TO KRÓTKO⁵⁵

po prostu przedłużyć

podkreślają, że muszę walczyć nie poddawać się... I maksymalnie, jak
najdłużej no...

Żyje się tylko jednym dniem

W następujących metaforach orientacyjnych znalazły odbicie różne
głęboko zakorzenione w kulturze wyobrażenia na temat śmierci:

ŚMIERĆ TO LEKKO / ŚMIERĆ TO GÓRA ja teraz jestem w stanie
nieważkości

ŚMIERĆ TO DÓŁ i tak wiadomo a priori, że zejdziemy z tego świata

BLISKO ŚMIERCI TO DALEKO To ja nie jestem tak daleko

ŚMIERĆ TO PRZEJŚCIE Nie zapaść, tylko taki... tylko taki sen, prze-
ście z jednego bytu do drugiego, nie?

ŻYCIE TO CHODZENIE dziś chodzisz, jutro cię nie ma

ŚMIERĆ TO TRAFIENIE Bo na tego trafi to, a na drugiego co innego

Metafory strukturalno-kulturowe

W metaforach strukturalno-kulturowych jedno pojęcie nadaje
strukturę metaforyczną innemu pojęciu. Jest tak w przypadku struktural-
nej metafory SPÓR TO WOJNA, która determinuje cały system metafor,
jakim mówi się o sporach.

⁵⁵ Można ją też odczytać jako metaforę przedmiotu – tutaj jako „orientacja” wobec
czasu. Uważam taką klasyfikację za uprawnioną, bowiem czas, przynajmniej od momentu,
kiedy jego pojęcie ukształtowało się w dzisiejszej formie, wpływa w bardzo silny sposób
na nasze kulturowe (przede wszystkim), ale i cielesne doświadczenie. Jest czwartym
wymiar, w którym funkcjonują nasze ciała i który zauważalnie na nie oddziałuje. Por.
o czasie jako technologii – N. Postman, *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, przeł.
A. Tanalska-Dulęba, PIW, Warszawa 1995, s. 23–24.

Prezentując ten typ metafor, podawałem więcej przykładów prostych metafor, które należą do struktury metaforycznej danej metafory strukturalnej. Tym samym rekonstruowałem rodzaj pola semantycznego (czy też „pola metaforycznego”) danej metafory⁵⁶.

Prezentację rozpocznie inwentarz dotyczący leczenia. Metafory strukturalne, które tworzyły najczęściej wyrażen metaforycznych spośród odnalezionych w tekstach wywiadów, to metafory „militarne”:

LECZENIE TO WALKA

dostałem z Ameryki takie pismo, jak walczyć z rakiem; podjąłem walkę, no i w dalszym ciągu walczę; kwestia walki z tą chorobą; nie poddawać się; uciekać od tej choroby; no człowiek ma jakieś szanse; ale jelita to są jelita, tym bardziej że one też są zaatakowane; tak mnie złapało i to... raptownie mnie tak osłabiło; ataku dostałem; broni przed, wie pan, szybszym... no, jak by to powiedzieć... dezorganizowaniem organizmu; staram się właśnie nie dawać; można pokonać raka

LECZENIE TO WOJNA / PACJENT TO ŻOŁNIERZ

zgłosić się na badania; wszystkich pan doktor zakwalifikował; skierowanie na oddział; wylądowałam na Płockiej; pewno to jest na tym polu; zostałam zakwalifikowana na operację; badania dyskwalifikowały mnie do operacji; Muszę ją, wie pan, mobilizować; docent stwierdził, że przegraliśmy z tą chorobą

Jak widać, dużą część z tych wyrażen metaforycznych można zakwalifikować także jako dotyczące choroby. Można je, analogicznie, określić jako zdeterminowane przez metafory strukturalne CHOROBA TO WALKA i CHOROBA TO WOJNA. Będzie wtedy oczywiście chodziło o rozumienie choroby jako procesu i wydzielonego fragmentu historii życia, a nie jednostki chorobowej.

⁵⁶ Pojedynczych przykładów było w inwentarzach dużo więcej. Niewielka część z wyrażen, które zamieszczę w tych polach semantycznych, stanowi już metafory rozwinięte lub wyrażenia, których metaforyka nie odnosi się bezpośrednio do tematów wyróżnionych na wstępie. Wszystkie jednak będą wpisywały się w struktury metaforyczne opisywanych metafor strukturalnych. Odnośnie do pola metaforycznego – por. B. Fatyga, „Myślenie metaforyczne jako odbicie świadomości potocznej młodych Polaków”, maszynopis niepublikowany, s. 60.

Następna metafora strukturalna organizuje wyrażenia występujące bardzo często. Jest to martwa metafora utrwalona w języku medycznym:

LECZENIE/LEKI TO DAR

dostawałam takie zastrzyki; antybiotyki mi dawali; chemii nie przyjął; leczenie jakby otrzymywała, otrzymywała od profesora; możemy dać panu zastrzyk; żona miała super; dostawałam leki, przeciw takie... bólowe; tam się leki dostaje za darmo; ale nie dostałam leków; i na tym daje ci tam jakieś leki; krew dostałam; dała mi skierowanie do szpitala; Za małą dawkę mi daliście.

Następna metafora, pokrewna omówionej już metaforze PACJENT TO ŻOŁNIERZ:

PACJENT TO PODWŁADNY

zostałam zakwalifikowana na operację; wypisał mnie ze szpitala, bez mojej zgody, bez żadnego nic, potraktował mnie po prostu jak intruza; ze wszystkiego zostałam wycofany; niech mi dadzą tą szansę; I gdyby mi lekarz powiedział: „Rzuć to pan natychmiast”... [...] Rzuciłbym od razu; zostałam skierowany do domu; skierowali mnie do pana doktora; skierowano mnie do Instytutu Onkologii. Tam zlecono mi chemię; Do ZOZ-u mnie wysłali; kazali mi zrobić tomografię; we wrześniu mnie wywalili ze szpitala; nie chciał mi bardzo... dać [...] Ale jakoś... poprosiłam go, nękałam; nawet nie patrzyli w ogóle w ten... wynik... [...] To po co kazaliście robić?

Następne dwie metafory strukturalne dotyczące leczenia wydają mi się szczególnie ważne. Ich zrekonstruowane przeze mnie modele opisują zbiór bardzo charakterystycznych dla materiału wyrażań, wśród których jednak, wyjątkowo, nie wszystkie mają cechy metafory. Pewien ciekawy naddatek znaczenia w tych wyrażeniach zawiera sama powtarzająca się w nich forma gramatyczna:

LECZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA

tam, gdzie się leczyłam; mammografię co roku robiłam; chciałam uciekać; ja mogę tylko działać w ten sposób, żeby najdłużej się utrzymać; podkreślają, że muszę walczyć, nie poddawać się; pan się nie wyleczy z tego; trzeba się wziąć za leczenie, tu nie ma co odkładać; Nie chce im

się wstawać, nie chce im się... jeść. Ja staram się robić wszystko; mam się leczyć w tej poradni; Dowiadywałam się z różnych miejsc, to tak było...; To nie zaraz z tym idę, bo ja tam do lekarza to w ostateczności...; poproszę swoją rodzinę, żeby mnie oddali na sekcję

Jak widać, każde z tych określeń sugeruje wolę i aktywność pacjenta. Bardzo zdziwiło mnie to, że w języku chorych to pacjent posiada kontrolę nad procesem leczenia. Zarówno wiedza potoczna o funkcjonowaniu służby zdrowia, jak i literatura naukowa (na przykład prace Anselma Straussa) sugerują raczej, że procesem tym zarządza wyspecjalizowany personel medyczny i administracja opieki zdrowotnej, a kontrola pacjenta nad tym procesem jest niewielka. Podobne wnioski wyciągnęłam ze wstępnej analizy treści narracji moich rozmówców. Tym ciekawsza jest następna zrekonstruowana przeze mnie metafora strukturalna:

LECZENIE TO AKT BEZOSOBOWY

i nic nie wykryto; wyciskane miałem to; trafiła się choroba i się choruje, i się leczy; to się leczy; stwierdzono u mnie miażdżycę zatorową żył; dano zastrzyki przeciwbólowe i do domu poszedłem; zostały mi odstawione leki; żebym miał we wrześniu zrobione, to bym był jeszcze do uratowania; I przez to, że mam się założone, czuję się bezpiecznie; Ale w tym stanie co ja jestem, to jest możliwość mi pomóc; To się z tego wyleczy – mówię; ze względu na tego raka nie można było zrobić na grubym jelicie; jak się zrobi bronchoskopię; ryzyko było robione; skierowano mnie do instytutu onkologii. Tam zlecono mi chemię; wszystko, co trzeba, to miałem robione na gastrologii; i to było leczone

W powyższych określeniach leczenie jest niejako procesem samoistnym, dziejącym się niezależnie od czyjejkolwiek pracy czy woli. Zauważyłem jednak, że podczas gdy w wyrażeniach z pola metafory LECZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA leczenie to po prostu leczenie, czynność samoobjaśniająca się i niewymagająca dopełnień, o tyle w polu LECZENIE TO AKT BEZOSOBOWY mowa jest o konkretnych zabiegach: operacjach, zastrzykach, chemioterapii, stawianiu diagnozy. Dopiero ta

konkretyzacja uzmysławia, że są to czynności, które wykonuje *de facto* personel medyczny⁵⁷.

Teraz zestaw metafor strukturalnych dotyczących choroby:

CHROBA TO DROGA/PROCES

choroba się zaczęła... od brzucha; ja zaczęłam chorować; w trakcie choroby; wszystko się przewija normalnie; to będzie tak przebiegało normalnie; a rak się rozwijał; tak że nie wiadomo, jakie będzie rozwiązanie tego. Jak to się skończy...; ale dzięki Bogu jakoś to idzie równo; I to, to się wszystko wlecze, ciągnie tak, że... Że naprawdę się ciągle długo strasznie; Bo jak długotrwały, powtarzający się ból jest... no to występuje depresja; Jak się rozwine, nikt nie wie... Czy zahamuje na jakimś etapie; Coś tam mówili rośnie... postępująco szybko; taki przebieg choroby

Warto zauważyć, że w wyrażeniach w polu tej metafory choroba zdaje się czymś niezależnym od woli kogokolwiek. Jest samoistnym, nieprzewidywalnym procesem o niejasnej naturze. Można to zinterpretować jako odbicie w wyrażeniach metaforycznych doświadczenia trajektorii pacjenta.

Następna metafora strukturalna dowodzi w jakimś zakresie racji tez Susan Sontag o stygmatyzującym charakterze metaforyki choroby:

CHOROWANIE TO WINA / CHROBA TO KARA

przychodzi do, do domu lekarz i stawia szereg pytań... I jak pan mu odpowie, to ma jakiś obraz tego wszystkiego, co pan, że tak powiem... przewinił...; Nie chce im się wstawać, nie chce im się im się... jeść. Ja staram się robić wszystko...; „K., co ty się wygłupiasz?” [wypowiedź skierowana do chorego]; Nie chce jeść, nie chce pić... Ona umiera. Terroryzuje całą rodzinę; Krzyczy na mnie, że to moja wina, proszę pana... [o córce]; to też jest nasza wina; okazało się, że dla mnie to jest wyrok

Metafora ta jest wysoce spójna – w rozumieniu Lakoffa i Johnsona – z inną, niewymienioną wcześniej, metaforą strukturalną dotyczącą leczenia:

⁵⁷ Interpretację tej zastanawiającej rozbieżności i pary metafor przedstawiam przy okazji omawiania spójności systemu metaforycznego wywiadów.

LECZENIE TO PROCES SĄDOWY

I dlatego żona *odwoływała* się do różnych, że tak powiem, osób, które nie mają bardzo wiele wspólnego... z... [onkologią]; okazało się, że dla mnie to jest *wyrok*; nie *przesądzajmy*, że to już koniec

Kolejny model metafory choroby również dotyczy pewnej cechy języka rozmówców, która na pierwszy rzut oka nie ma wiele wspólnego z metaforyką. Jest raczej rodzajem ekspresywnego zabiegu retorycznego osiągniętego przy użyciu szyku wypowiedzi i tonu. Zabieg ten zdaje się uwypuklać doniosłość wypowiedzenia nazwy „śmiertelnej” choroby:

RAK TO OBECNOŚĆ („JEST RAK”)

no i się okazało, że jest rak płuc; jest rak; coś tam jest; guz jakiś tam jest; I później... był rak żołądka; badania potwierdziły, że jest rak; wyniki potwierdziły, że jest jeden... guz czy naciek; Ale przerzutów nie ma u mnie i węzłów chłonnych powiększonych na razie nie ma; bo to nic złośliwego nie ma; Ale guz, guz jest. Urósł; No ale ta biopsja nie najgorzej wypadła, ale coś tam jest. Nie złośliwego, ale coś tam jest.

Ostatnia metafora strukturalna dotycząca choroby znowu kieruje naszą uwagę ku woli chorego. Tym razem chodzi nie o proces leczenia, ale już o samą chorobę:

CHOROBA TO AKT WOLI/DZIAŁANIE CHOREGO

ja zaczęłam chorować; to mnie strasznie dużo zdrowia kosztowało; Coś mi się robi takiego, że tak się telepię, tak trzęsę; Nie chce im się wstawać, nie chce im się... jeść; „K., co ty się wygłupiasz?”; Jak mi się jeść zachce, to mi się to i to robi; żona zachorowała; Nie chce jeść, nie chce pić... Ona umiera; nie dopuszczam do tego, że mogę zachorować; I zacząłem z powrotem podupadać

Metafory strukturalne dotyczące zdrowia, których używali rozmówcy, są w większości utrwalone w języku:

ZDROWY TO MOŻLIWE – CHORY TO NIEMOŻLIWE

Dzisiaj to możliwe się czuję

Ta słabość po prostu... / i uniemożliwia mnie

ZDROWIE TO PIENIĄDZ

to mnie bardzo dużo zdrowia kosztowało
ja jeszcze mam na tyle siły, że mnie stać na to, żeby wstać

STAN ZDROWIA TO UCZUCIE/DOTYK/ZAPACH

ponieważ się bardzo źle czuję
poczułam się taka że... Nie mogłam w to uwierzyć
czuję się jak młody bóg
Dzisiaj słabo się czuję, wczoraj słabo się czułam, dzisiaj słabo się czuję...

ZDROWY TO CZYSTY – CHORY TO BRUDNY

zakończyło się leczenie... Płuco było czyste

W materiale znalazłem wiele różnorodnych metafor strukturalnych śmierci; zwykle występowały pojedynczo, często w obrębie złożonych wyrażen metaforycznych. Część z nich to odwołania do okrzepłych w kulturze wyobrażeń, część stanowi utrwalone, „martwiejące” wyrażenia języka potocznego.

ŚMIERĆ TO NIEOBECNOŚĆ

Po prostu raz jestem na ziemi, a raz mnie nie ma. Jestem nieobecna.
[o „odlotach”]⁵⁸
Nie było by mnie już
dziś chodzisz, jutro cię nie ma

ŚMIERĆ TO WOLA UMIERAJĄCEGO

nie, że ktoś chce, tylko on chce odejść [o buddyjskim mnichu]

ŚMIERĆ TO NIEUCHRONNE

Wiem, co mnie czeka w razie czego. Wiem, że w razie czego jest to nieuchronne.
lekarze powiedzieli mi, że nie ma ratunku

⁵⁸ Por. analiza złożonego wyrażenia metaforycznego zawierającego tę frazę w podrzdziale *Metafory rozwinięte*. Chodzi o tzw. *near-death experience*.

ŚMIERĆ TO PRZY BRAMIE

Ja nie jestem tak już... samej / przy samej bramie.

ŚMIERĆ TO ROZWIĄZANIE

Tak że nie wiadomo, jakie będzie rozwiązanie tego

ŚMIERĆ TO ZŁA POGODA

nie zanosি się na śmierć

ŚMIERĆ TO NIE DAĆ RADY

Tata długo nie da rady.

ŚMIERĆ TO „DO WIDZENIA”

Bo jak się nie opróżni tej stelni, no to już jest... do widzenia.

Metafory strukturalne dotyczące rodziny występowały rzadko w porównaniu z metaforami choroby i leczenia. Poniżej cytuję kilka metafor strukturalnych, które pojawiły się w wypowiedziach dotyczących rodziny, choć niekoniecznie były metaforyzacjami pojęcia „rodzina”:

CZAS TO PRZEDMIOT POSIADANY / CZAS TO PIENIĄDZ

nie mają czasu praktycznie cały tydzień

nie mają w tygodniu czasu, żeby przyjechać

w szpitalu ksiądz miał więcej czasu dla pacjentów

RODZINA TO ŻOŁNIERZE (na wojnie, jaką jest choroba)

Córka się nie nadawała do tego. Ona ma inny charakter w ogóle, wpada

w panikę, nie jest zorganizowana [...] Muszę ją, wie pan, mobilizować

OPIEKA NAD CHORYM TO SPALANIE SIĘ / WYSIŁEK TO SPALANIE SIĘ

Ona jest bardzo dobra dlatego, że się tak spala przy mnie

ZAOPIEKOWAĆ SIĘ TO WZIĄĆ KOGOŚ

To weźmie mnie siostrzenica...

WNUKI TO ZWIERZĘTA

są zazdrosne o matkę. Mi się zdaje, że jak z jednym matka trochę lepiej, to / to drugie już by jej oczy wydrapało [...] muszą ich jeszcze kształcić, żeby się nie żarły

UMIERANIE TO PSYCHOLOGICZNY TERROR (wobec rodziny)

Nie chce jeść, nie chce pić... Ona umiera. Terroryzuje całą rodzinę

ZWIĄZEK TO ŻYCIE / ŻYCIE TO CZYNNOŚĆ ZESPOŁOWA

Proszę pana, myśmy żyli z żoną sześćdziesiąt pięć lat [...] Żyliśmy bardzo dobrze.

OPIEKA TO OBECNOŚĆ/SIEDZENIE

Ale powiedziałem, że nie odejdę od niej... Będę siedział.

To już koniec warstwy *prostych wyrażen metaforycznych*⁵⁹. Wyniki zinterpretowałem bardziej wyczerpująco razem z następnymi „warstwami” metafor, czyli wyższymi piętrami systemu metaforycznego.

Metafory rozwinięte

Złożone wyrażenia metaforyczne to rozbudowane frazy lub równoważniki zdań, które jako całość stanowią konstrukcje metaforyczne. Analiza tych wyrażen polega na wyjaśnieniu ich znaczenia przez wskazanie na zawarte w nich metafory proste. Pomaga w tym kontekst, w jakim występują.

Odnalezione przeze mnie wyrażenia zaprezentowałem według wyłonionych wcześniej kluczowych obszarów doświadczenia pacjentów. Opis każdego z wyrażen polegał na pewnego rodzaju semantycznym „rozbiorze” ukrytych sensów wyrażenia, które zapisywałem w postaci modeli metafor prostych⁶⁰.

⁵⁹ W materiale znalazłem także kilka metonimii dotyczących służby zdrowia, takich jak: LOKALIZACJA SZPITALA ZA SZPITAL („tamto przebiegało wszystko bardzo sprawnie na Banacha”), czy SKŁADNIK KRWI ZA ILOŚĆ SKŁADNIKA KRWI („To zmierzmy cukier, bo już dawno był nie mierzony”). Niestety nie powiedzą nam one wiele o doświadczeniu moich rozmówców i dlatego pomijam je w sprawozdaniu.

⁶⁰ Co, zaznaczam, nie jest w pełni zbieżne ze sposobem analizy zaproponowanym przez Fatygę i Zielińskiego. Por. B. Fatyga, P. Zieliński, *Tempus fugit. Analiza metafor czasu – propozycja metodologiczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2006, nr 1, s. 18–22,

Niektóre z prezentowanych niżej fragmentów zawierają wyrażenia już wcześniej cytowane.

Leczenie, personel medyczny, szpital i hospicjum

Pierwszy obszar doświadczenia, o którym będzie mowa, to wszystko, co związane jest z medycyną i leczeniem oraz personelem i placówkami służby zdrowia.

Niektóre ze znalezionych przeze mnie w materiale złożonych wyrażen metaforycznych można zaliczyć do „języka medycznego” – żargonu, który rozwinął się w instytucjach służby zdrowia. Przykładem może być wyrażenie: „Stan ostry nowotworu cofnął się...” [WYW 10].

Mamy tu do czynienia ze zbitką następujących metafor: personifikacją STAN CHOROBY TO OSOBA, martwą metaforą zawartą w medycznym określeniu „nowotwór”: RAK TO NOWY TWÓR, w którym z kolei zawiera się metafora ontologiczna CHOROBA TO PRZEDMIOT. Określenie „stan ostry” zakłada, że „nowotwór” może mieć wiele „stanów”. W założeniu tym kryje się metafora: CHOROBA TO ZJAWISKO STOPNIOWALNE. Wreszcie mówienie o „ostrym stanie” to martwa metafora ontologiczna nadająca abstrakcyjnemu pojęciu cechę rzeczy. Można ją opisać tak: ZAAWANSOWANY STAN CHOROBY TO OSTRY (PRZEDMIOT). Pierwotne wyrażenie jest typowe dla profesjonalnego języka medycznego – tak mówią lekarze. I rzeczywiście – wyrażenie to pochodzi z wywiadu z pacjentką, która miała wykształcenie medyczne.

Język medyczny w złożonych wyrażeniach metaforycznych może jednak przybierać dużo bardziej oryginalne formy. W dalszej części pada kilka przykładów na to, jak żargon ten może ewoluować, oddalając się od „profesjonalnych” wyrażen-prototypów, zwłaszcza w obrębie mówionego języka laików.

Zacznijmy jednak od przykładu kreatywnej metafory utworzonej przez wykorzystanie „zakrytej części” wyrażenia zupełnie potocznego, którego jednak bez przerwy używa się jest w kontekście medycznym. W wyrażeniu: „Chodziłam, cały czas chodziłam na serce” [WYW 13]

http://www.qualitativesociologyreview.org/PL/Volume2/PSJ_2_1_Fatyga_Zielinski.pdf
[dostęp 10.12.2015].

rozwinęte jest potoczne wyrażenie „być chorym na coś”, po którym z reguły występuje nazwa choroby. Zapiszmy to: CHORY NA (CHOROBĘ). Wyrażenie „cały czas” to martwa metafora: CZAS TO PRZEDMIOT. „Chodzenie” w niniejszym wyrażeniu oznacza – jak wskazuje kontekst – „chodzenie po” placówkach służby zdrowia lub po prostu „chodzenie do lekarza”. Odnajdujemy tu więc metaforę dotyczącą leczenia: LECZENIE TO CHODZENIE – ugruntowaną być może w doświadczeniu pacjenta ze służbą zdrowia, z jej typowo polskimi niedogodnościami, jak brak możliwości przeprowadzenia kompleksowych badań w jednej placówce. Wreszcie odnajdujemy skrót: SERCE ZA CHOROBĘ SERCA, co można odczytać jako metonimię o postaci CAŁOŚĆ ZA CZĘŚĆ.

Znalazłem też wyrażenie, w którym odbija się swoista „mitologia penalna” języka medycznego, czyli jego stygmatyzująca metaforyka, o której pisała Susan Sontag. W wyrażeniu: „Po wynik się miałam zgłosić. Okazało się, że dla mnie to jest wyrok” [WYW 11] – można odnaleźć następujące metafory: WYNIK BADANIA TO WYROK, LECZENIE TO PROCES SĄDOWY, CHORY TO WINNY/PRZESTĘPCA, CHOROBA TO KARA i wreszcie: ŚMIERĆ TO KARA. W dalszej części rozdziału posługuję się takim właśnie zapisem – stanowiącym „rozłożenie” złożonego wyrażenia metaforycznego na metafory proste⁶¹.

Następna grupa wyrażen metaforycznych dotyczy doświadczeń związanych z dłuższym przebywaniem w placówkach służby zdrowia. Fragment, który przytaczam – wyjątkowo chaotyczny – opisuje doświadczenia związane z elementami *trajektorii pacjenta* – badaniem, stawianiem diagnozy i operacją:

A ile jest / ja już miałam taką operację, co na ryzyk... / ryzyko było robione. Bo... no wszystko dawało objawy bardzo złe. A nikt nie mógł wymacać / bo tam zajrzeć, ani obmacać, z wierzchu nie można było, bo to były wewnętrzne rzeczy. [WYW 8]

Zawiera ono w sobie następujące metafory: OPERACJA TO PRZEDMIOT (POSIADANY), CHOROBA TO OSOBA (która „daje” objawy), OBJAWY TO DAR (skoro coś je daje), DIAGNOZA TO OB-

⁶¹ Jako ułatwienie lektury dalszej części proponuję śledzenie omawianego w danym momencie cytatu równoległe z lekturą jego „demontażu”.

JAW (bo o diagnozę właśnie chodzi), RYZYKO TO PRZEDMIOT („robiony” przez lekarzy), LECZENIE TO AKT BEZOSOBOWY (bo nie ktoś „robił”, tylko „było robione”), BADANIE TO DOTYKANIE („macanie”), BADANIE TO WIDZENIE („tam zajrzeć”), ORGANY CIAŁA TO W ŚRODKU („wewnętrzne”), ORGANY CIAŁA TO PRZEDMIOTY („rzeczy”), CIAŁO TO POJEMNIK (na organy).

Następne wyrażenie oddaje niekomfortowe doznania pacjenta podłączonego do aparatury i płynnie przechodzi do języka „walki” z chorobą:

No ja w ogóle się źle czuję. Mam tutaj podłączone rurki jakieś i tak dalej, maszynierę... Ale staram się właśnie nie dawać. [WYW 3]

Mamy zatem do czynienia z następującymi metaforami: STAN ZDROWIA TO UCZUCIE/DOTYK/ZAPACH (martwa metafora „źle się czuję”), CIAŁO TO MASZYNA („podłączona” do innej maszynierii), APARAT MEDYCZNY TO PRZEDMIOT POSIADANY („mam podłączone rurki”) i wreszcie, w wyrażeniu „staram się nie dawać”: JA TO PRZEDMIOT (który można dać); dalej: CHOROBA TO WRÓG, czyli część szerszej metafory strukturalnej: LECZENIE TO WALKA; i wreszcie martwa metafora PODDAĆ SIĘ TO DAĆ i pozostająca w domyśle: ŚMIERĆ TO ODDANIE JA.

Następnych kilka złożonych metafor dotyczy pobytu w hospicjum:

Ale proszę pana, jakie to jest życie... patrzeć w cztery... / w ściany?
Co to jest za życie? To mnie przede wszystkim psychicznie zamorduje.
[WYW 1]

W wyrażeniu odnalazłem następujące metafory: POBYT W HOSPICJUM/CHOROBA TO MORDERCA, CHOROBA TO OSOBA, PSYCHIKA TO SPOSÓB DOKONANIA/NARZĘDZIE ZBRODNI, ŻYCIE W HOSPICJUM TO PATRZENIE NA ŚCIANY i wreszcie: POBYT W HOSPICJUM TO NIEPRAWDZIWE ŻYCIE.

W podobnym duchu jest bardzo interesujące wyrażenie metaforyczne: „moje terytorium to łóżko” [WYW 2]. Wyjściową metaforę: ŁÓŻKO TO TERYTORIUM (inaczej: ŁÓŻKO TO POJEMNIK) można odczytać jako skargę na ograniczenie przestrzeni życiowej w efekcie utraty samodzielności ruchowej (POBYT W HOSPICJUM TO OGRANICZENIE

PRZESTRZENI ŻYCIOWEJ)). Całe wyrażenie należy zinterpretować jako pokrewne do wymienianej wśród prostych wyrażen metaforycznych metafory HOSPICJUM TO WIĘZIEŃ.

W ostatnim wyrażeniu dotyczącym pobytu w hospicjum mój rozmówca dokonał oceny swojej sytuacji jako pacjenta tej instytucji, mówiąc o okolicznościach naszego wywiadu:

Spotkanie to... nasze... prawda... nie jest jakimś... jakąś fantazją.
[WYW 5]

Metafory, jakie można znaleźć w tym wyrażeniu, to: SYTUACJA CHOREGO TO SPOTKANIE Z BADACZEM (nadrzędna dla całego wyrażenia), POBYT W HOSPICJUM TO NIE FANTAZJA albo też CHOROBA TO NIE FANTAZJA i pozostający w domyśle rewers tego stwierdzenia: ZDROWIE TO FANTAZJA. Całość jednak wyrażała prostszy komunikat: POBYT W HOSPICJUM/CHOROBA/UMIERANIE TO CIERPIENIE.

Następny, dość zawiły fragment zawiera w sobie sformułowaną przez swojego rozmówcę krytyczną ocenę efektywności leczenia jego choroby przez lekarzy. Ocena ta jest wyrażona przez ciekawe, „kreatywne” rozwinięcie okrzepłej w języku potocznym metafory strukturalnej CZŁOWIEK TO DOM:

A mi się pootwierały wszystkie zawory... które... człowiek w sobie posiada. [...] przecież człowiek jest zbudowany... zupełnie jak dom. Jak budynek. Ma pan serce... więc budynek... posiada pompę... podającą wodę. Ma pan płuca – budynek posiada wywiew. [...] Ma pan żyły... budynek posiada rury... któreśdy cieknie. I wcześniej się nie robi, dokąd nie skasuje tego przecieku [...] To tak jak panu mówiłem, że to jest podobny człowiek do budynku. [...] Bo dokładnie jestem z zawodu hydraulik. Wychodzę z budynku wtedy, kiedy się skasuje przyczynę.
[WYW 7]⁶²

Ten zestaw urywków, choć przypomina już rozbudowaną konstrukcję metaforyczną, stanowi w całości rozwinięcie zakrytej części metafory

⁶² Zebrałem w tym miejscu kilka odseparowanych w tekście wywiadu fragmentów.

strukturalnej CZŁOWIEK TO DOM. Metafory utworzone na podstawie tego rozwinięcia to: CIAŁO TO DOM, SERCE TO POMPA, PŁUCA TO WYWIEW, ŻYŁY TO RURY, DOŁĘGLIWOŚCI GASTRYCZNE TO PRZECIEK, LECZENIE TO SKASOWANIE CHOROBY, LECZENIE TO USUNIĘCIE USTERKI i wreszcie: LEKARZE TO KIEPSCY FACHOWCY. Jeszcze uwaga odnośnie do „podstawy doświadczeniowej” tej metafory: nie bez znaczenia jest fakt, że autor był z zawodu „hydraulikiem-budowlanym”!⁶³.

Następne wyrażenie jest spójne z jedną z ważnych wartości nowoczesnych społeczeństw, za jaką można uznać postęp technologiczny. W wyrażeniu „technika idzie cały czas do przodu” [WYW 11] odnajduję metafory: TECHNIKA MEDYCZNA TO OSOBA, POSTĘP TO RUCH/MARSZ i charakterystyczne dla euroamerykańskiej kultury metafory DOBRE TO W RUCHU, DOBRE TO Z PRZODU; z przodu, czyli w przyszłości, a zatem: PRZYSZŁOŚĆ TO Z PRZODU, co razem ujawnia znaczenia, które można zapisać PRZYSZŁOŚĆ BĘDZIE LEPSZA⁶⁴ oraz POSTĘP JEST DOBRY. W tle zaś także stara oświeceniowa myśl POSTĘP JEST NIEUCHRONNY.

Na koniec metafor dotyczących leczenia – wyrażenie, które sugeruje, że procesu badania, diagnozowania i leczenia nie kończy nawet śmierć:

Poproszę swoją rodzinę, żeby mnie oddali na sekcję. Żeby oni wiedzieli, co / na co ja zmarłam. [WYW 8]

Wyrażenie to zawiera metafory: JA TO PRZEDMIOT POSIADANY (bo można „mnie” „oddać”), MARTWE CIAŁO TO JA (co można odczytać jako utrwalenie w języku ludzkiego pragnienia kontynuacji

⁶³ W tym samym wywiadzie odnalazłem inną metaforyzację tego samego typu: „He, hm ((śmiech)) Proszę pana, dlaczego, panu powiem... nie gra telewizor... [...] Prawda? Więc trzeba znaleźć powód, dlaczego on nie gra”. [WYW 7] Czyli: ORGANIZM TO TELEWIZOR, CIAŁO TO MASZYNA, CHOROBA TO USTERKA, FUNKCJONOWAĆ PRAWIDŁOWO TO GRAĆ – BYĆ ZEPSUTYM TO NIE GRAĆ, WYLECZYĆ TO USUNĄĆ USTERKĘ.

⁶⁴ O tym utrwalone w języku przekonaniu wspominają Lakoff i Johnson, używając dokładnie takiego zapisu: G. Lakoff, M. Johnson, *Metafory w naszym życiu*, przeł. T.P. Krzeszowski, PIW, Warszawa 1988, s. 47.

indywidualnej egzystencji po śmierci⁶⁵). Mówienie o czasie przyszłym w czasie przeszłym: „na co zmarłam” (dowód, że mowa potoczna nie-źle sobie radzi z refleksją o doświadczeniach krańcowych) można by opisać tak: MOJA (przyszła) ŚMIERĆ TO PRZESZŁOŚĆ. Wreszcie charakterystyczne dla całości materiału z wywiadów potwierdzenie kontroli nad procesem leczenia, a więc też nad chorobą i własnym życiem, które ująłem jako metaforę: LECZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA.

Choroba

Zestaw złożonych wyrażeń metaforycznych dotyczących samej choroby prezentuję, ograniczając wyjaśnienia dotyczące demontażu wyrażeń metaforycznych do minimum.

Pierwszy fragment opisuje chorobę nowotworową:

A tak wszyscy co przychodzą, to... nikt nie wie... Że jest chory, że chorował, że... / że przed nim jest właśnie ta ukryta choroba... z której nie da się wyleczyć panu. Pan się nie wyleczy... z tego. [WYW 5]

Zawiera on w sobie następujące metafory: LECZYĆ SIĘ TO PRZYJŚĆ DO SZPITALA, PRZYSZŁOŚĆ TO Z PRZODU, RAK TO UKRYTA CHOROBA (UKRYTY PRZEDMIOT), RAK TO NIEBEZPIECZEŃSTWO (o którym się nie wie), NIE POZWOLIĆ TO NIE DAĆ (komuś czegoś zrobić), a więc: CHOROBA/ŚMIERĆ TO AKT CZYJEJŚ WOLI, czyli CHOROBA TO OSOBA. Rak jest więc tu przedstawiony jako choroba „ukryta” i „nieuleczalna”, o której w dodatku „nikt nie wie” i która posiada własną, nieodgadnioną wolę.

B: Pan powiedział jeszcze, że żył w nieświadomości takiej... Może pan jeszcze coś o tym powiedzieć?

R: Jak pan widzi, że zaczyna się walić... że zaczyna się palić... to człowiek ucieka” [WYW 5].

⁶⁵ Por. uwagi Edgara Morina przytoczone w rozdz. *Śmierć to klucz do człowieka mojej pracy*.

W tym fragmencie najważniejsza jest metafora CHOROBA TO KATASTROFA (KATASTROFA BUDOWLANA lub POŻAR). Jest ona rozwinięciem bardziej utrwalonej w języku metafory strukturalnej CIAŁO TO DOM. Wyrażenie zawiera też w sobie metaforę, która staje się zrozumiała dopiero w połączeniu z pytaniem badacza o „życie w nieświadomości”: NIEŚWIADOMOŚĆ TO UCIECZKA. Wydaje się, że rozmówca opisywał tu proces psychiczny podobny do psychoanalitycznego „wyparcia” albo opisanych przez psychologię „mechanizmów obronnych”, o których wspominali członkowie personelu hospicjum.

Kolejne metafory dotyczące choroby wskazują na doświadczenie fizyczne z nią związane.

Przywieziono mnie tu. I, no wstałem na nogi... I zacząłem z powrotem podupadać. [WYW 7]

Odnajduję tu metafory: JA TO PRZEDMIOT (przewożony), LECZENIE (przewiezienie karetką i, w domyśle, decyzja o umieszczeniu w hospicjum) TO AKT BEZOSOBOWY, POLEPSZENIE STANU ZDROWIA TO WSTAĆ, POGORSZENIE STANU ZDROWIA TO UPAŚĆ, ZDROWIE TO GÓRA – CHOROBA TO DÓŁ, CHOROBA TO DZIAŁANIE CHOREGO. Notabene wyrażenie to dobrze obrazuje tezę Lakoffa i Johnsona o ważnej roli biofizycznej „podstawy doświadczeniowej” metafor⁶⁶.

Teraz krótka fraza, opisująca moment oglądania prześwietlenia płuc:

Ja wcale nie odczuwałem / ja się / zobaczyłem kliszę później, to ja się zdziwiłem... „U mnie to jest?!” [WYW 12]

Można by zbyć to wyrażenie jako po prostu błąd językowy, gdy jednak potraktujemy je jako kreatywną metaforę złożoną, można je zdemontować w ten sposób: WE MNIE TO U MNIE (tak jak „w moim mieszkaniu”), W MOIM CIELE TO WE MNIE, a więc JA TO CIAŁO, ewentualnie CIAŁO TO PRZEDMIOT POSIADANY, CIAŁO TO PO-

⁶⁶ Zob. G. Lakoff, M. Johnson, op. cit., s. 40–44. Por. teza 7 w zestawieniu Jäkela w części *Metoda*.

JEMNIK, CHOROBA TO PRZEDMIOT W POJEMNIKU (jakim jest ciało). To krótkie wyrażenie opisuje więc pewien dysonans (owo zdziwienie, które kazało wykrzyknąć pytanie) między doświadczeniem cielesnym – odczuwaniem własnego ciała – a racjonalnością, która każe utożsamić kliszę z tymże własnym ciałem i właśnie w nim umiejscowić zobrazowane na kliszy niespodziewane zmiany chorobowe.

Dalej dwa wyrażenia dotyczące doznawania fizycznego bólu:

I po prostu cierpiałam... Ale dostawałam leki, przeciw takie... bólowe.

I takie... () można powiedzieć, że mi się rozeszło... [WYW 8]

Dostrzegam tu metafory: BÓL TO DZIAŁANIE PACJENTA (martwa, w wyrażeniu „cierpiałam” – sugerującym aktywność podmiotu w opisie fizycznego bólu), LEK TO PRZEDMIOT, LEK TO DAR, opozycja metafor orientacyjnych BÓL TO SKUPIENIE – ULGA W BÓLU TO ROZPRĘŻENIE lub ROZEJŚCIE i wreszcie personifikacja BÓL TO OSOBA (bo potrafi „chodzić”).

Drugie wyrażenie dotyczące bólu:

No ja to tylko ból pamiętam / całe życie w bólu. Nic więcej... Ja nie miałam żadnych leków odpowiednich, tylko ból w bólu. (...) ((płacz)) [WYW 11]

Są tu metafory: BÓL TO POJEMNIK (w którym jest ŻYCIE–PRZEDMIOT), LEKI TO PRZEDMIOT POSIADANY (lub nieposiadany) i metaforyczna hiperbola BÓL W BÓLU TO WIĘCEJ BÓLU.

Następna grupa rozwiniętych wyrażen metaforycznych opisuje refleksje pacjentów na temat choroby, a zwłaszcza odczuwania związanego z nią lęku.

B: Jeszcze chciałem panu zadać takie pytanie, czy ma pan jakieś przemyślenia na temat swojej choroby?

R: Każdy ma. Nie ma ludzi, którzy są, że tak powiem, wolni... i bez... bez no... nałogów. Bez strachu wewnętrznego. O tym się nie mówi, ale to istnieje, tak jest. Musi być no... [WYW 5]

Mamy tu do czynienia z „kreatywnym” ciągiem metafor utworzonym przez rozwinięcie zakrytej części metaforycznego wyrażenia „UWOLNIĆ SIĘ OD NAŁOGU”. Idąc po kolei: MYŚLI TO PRZEDMIOTY POSIADANE (bo każdy „ma” przemyślenia), BEZ NAŁOGU TO WOLNOŚĆ – NAŁÓG TO ZNIEWOLENIE, STRACH TO NAŁÓG, STRACH TO W ŚRODKU (bo jest „wewnętrzny”), STRACH TO PRZEDMIOT (bo „to istnieje”), STRACH TO KONIECZNOŚĆ (bo „musi być”) i jako rama: STRACH TO ZNIEWOLENIE.

Następne wyrażenie, tak jak w omawianym wyżej fragmencie o „katastrofie budowlanej”, opisuje psychiczny proces wypierania choroby i lęku przed nią ze świadomości.

B: A jak pan sobie tak radził, że tak powiem, z tą świadomością, że jest pan chory?

R: Staralem się, proszę pana, przystosować do życia no. To, co ewentualnie może mi zagrażać, staram się spychać, a to, co mi daje dobry wynik, staram się zatrzymać. [WYW 5]

Odnajduję tu metafory: MYŚLENIE O CHOROBY TO PRZYSTOSOWANIE DO ŻYCIA, CHOROBA i ŚWIADOMOŚĆ UMIERANIA TO ZAGROŻENIE, NIEŚWIADOMOŚĆ TO DÓŁ, ŚWIADOMOŚĆ TO POJEMNIK (NA MYŚLI), MYŚLI TO PRZEDMIOTY (które można „zatrzymać”), DOBRY NASTRÓJ TO DOBRY WYNIK. Tę ostatnią metaforę można odczytać jako rozwinięcie metafory strukturalnej ŻYCIE (tu: życie z chorobą) TO GRA.

Teraz ciąg metafor zakończony specyficznym wyrażeniem dotyczącym lęku, jak wskazuje kontekst, związanego z fizycznymi symptomami choroby.

Że córka na obiad mówi: „Mamusia przyjdź. Bo a to mam samochód, to ładnie tak”, wie pan / że na godzinę poumawiamy... To zjemy razem obiad. (...) No ale już do wieczora już nie dotrwałam... bo musiałam się bać. Leżałam. I wtedy się dowiedziałam. [WYW 8]

Fragment zaczyna się od metaforycznego rozwinięcia wyrażenia „CO JEST NA OBIAD?”, ale dotyczy rozmowy z córką (w trakcie obiadu). Następnie metafory: ŻYCIE CODZIENNE TO TRWANIE i w domyśle:

CHOROBA TO PRZERWANIE TRWANIA, STRACH TO PRZYMUS lub OBOWIĄZEK („musiałam się bać”), ale także POGORSZENIE STANU ZDROWIA TO PRZYMUSOWY STRACH, ODPOCZYNEK lub CHOROBA TO LEŻENIE.

Kolejne wyrażenia metaforyczne można zinterpretować jako odzwierciedlające doświadczenie chaosu, nieporządku i utraty kontroli w związku z chorobą:

B: Powiedziała pani, że pogodne usposobienie na przykład... może pomóc...

R: No tak, to broni / broni przed, wie pan, szybszym... no jak by to powiedzieć... dezorganizowaniem organizmu, o tak może. [WYW 10]

Fragment zawiera metaforę: CHARAKTER TO POGODA, CHARAKTER TO BROŃ lub OBROŃCA, CHOROBA TO WRÓG, CHOROBA TO WALKA, a następnie najważniejszą, metaforyczną opozycję: CHOROBA TO DEZORGANIZACJA (NIEPORZĄDEK) – ZDROWIE TO PORZĄDEK. Jako dopełnienie należy tu wspomnieć metaforę, która wydaje się pierwotna w stosunku do powyższej opozycji metafor: ORGANIZM TO UPORZĄDKOWANY SYSTEM. Ta ostatnia zawarta jest już w samej etymologii słowa „organizm” i można ją zapisać również tak: CIAŁO TO ORGANIZACJA. Warto zwrócić uwagę, że rozmówczyni sama używa wyrażenia „dezorganizacja” w oryginalny sposób do opisu choroby. W powyższym fragmencie można dostrzec jeszcze jedną ukrytą metaforę: NIEPORZĄDEK TO NIEBEZPIECZEŃSTWO. Całość nabiera sensu w świetle mojej interpretacji śmierci jako kulturowego brudu – odpadku porządkowania w rozumieniu Mary Douglas⁶⁷.

Podobnie jest w wyrażeniu:

No i ta choroba już mnie zupełnie... Zupełnie po prostu wytrąciła.
[WYW 15]

Mamy tu do czynienia z rozwinięciem wyrażenia „WYTRĄCIĆ KOGOŚ Z RÓWNOWAGI”, czyli odwołującej się do cielesnego doświadczenia metafory ZDENERWOWAĆ SIĘ TO STRACIĆ RÓWNOWAGĘ.

⁶⁷ Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

Metafora ta rozwinięta jest przez połączenie z metaforą CHOROBA TO OSOBA (bo to choroba „wytrąciła”). Fraza nabiera „kreatywnych” właściwości przez użycie tylko części potocznego wyrażenia: zamiast „po prostu wytrąciła mnie z równowagi” jest „po prostu mnie wytrąciła”. Zmienia to nieco sens całości: pojawia się też metafora JA TO PRZEDMIOT (który został „wytrącony”); a gdy weźmiemy pod uwagę kontekst – wyrażenie pojawia się po opisie zmian w życiu codziennym chorego na raka – możemy całość odczytać jako metaforę CHOROBA TO DEZORGANIZACJA.

Następnie bardzo niejasne wyrażenie, dotyczące – jak stwierdziłem po dłuższym zastanowieniu – problemu kontroli ryzyka w związku z chorobą:

Ale śniadania nie zjadłam, żeby nie obciążać przewodu / jednego pieroga, drugiego córka zjadła ((śmiech)). Nie, ja / ja wie pan / ja na zapas nie wychodzę z nieszczęściem. [WYW 10]

Zatem po kolei: NIESZCZĘŚCIE TO OSOBA (bo to osób nie dopuszcza się do różnych rzeczy), następnie sprawiające najwięcej problemu: NA ZAPAS TO DODATKOWO (jak wskazuje etymologia) i WYCHODZIĆ NA ZAPAS Z NIESZCZĘŚCIEM TO DOPUSZCZAĆ DODATKOWE RYZYKO (inaczej BRAK KONTROLI) i wreszcie: LECCZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA, czyli KONTROLA nad umiarkowaniem w istocie kontrolowanym przez pacjenta procesem.

Na koniec złożone wyrażenie metaforyczne, które zawiera kilka nierzucających się w oczy metafor martwych i jedną metaforę „kreatywną”, mogącą uchodzić za przejęzyczenie, nabierającą jednak doniosłego sensu w kontekście, w jakim zostało wypowiedziane, czyli w ustach umierającego pacjenta:

Tak że... Ta słabość po prostu... / i uniemożliwia mnie i zniechęciła mnie do wszystkiego. [WYW 15]

Kolejno dostrzegam tu metafory: CHORY TO SŁABY, CHOROBA lub SŁABOŚĆ TO OSOBA, CHOROBA TO CZYJAŚ WOLA (bo ktoś „uniemożliwia” i „zniechęca”), następnie skomplikowana opozycja: ZDROWIE TO MOŻLIWOŚĆ (ISTNIENIA) JA – CHOROBA TO NIE-MOŻLIWOŚĆ JA (bo „uniemożliwiła” „mnie”); następnie: ZDROWIE/

ŻYCIE CODZIENNE TO WSZYSTKO (bo, jak wynika z kontekstu, to właśnie życie codzienne ma „uniemożliwić” choroba) i ZDROWIE/ŻYCIE CODZIENNE TO AKT WOLI („chęć”) CHOREGO.

Śmierć

Przegląd złożonych wyrażen metaforycznych dotyczących śmierci zacznę od tych opisujących „prywatne” przemyślenia (refleksje, obawy i wyobrażenia) moich rozmówców na temat śmierci.

W pierwszym przykładzie pacjent wyraża silną obawę:

I cały czas tylko jest to myślenie: „A co będzie jutro? Czy ja jutro wstanę? Czy ja jutro będę żył? Czy ja zobaczę tą wnusię swoją?”. I to jest cały czas jest ta męczarnia. I człowiek tak przez takie męczarnie traci apetyt, wszystko traci. [WYW 7]

Wyrażenie można rozłożyć w następujący sposób: ŚMIERĆ TO W PRZYSZŁOŚCI (gdy mowa o obawie o „jutro”), ŻYC TO STAĆ („wstać” – a zatem też ŻYC TO GÓRA), ŻYC TO WIDZIEĆ (PRZYSZŁOŚĆ) („zobaczyć wnusię”), MYŚLENIE O ŚMIERCI TO MĘKA, MYŚLENIE O ŚMIERCI TO POWÓD UTRATY WSZYSTKIEGO („przez” „te męczarnie”) i wreszcie: CHĘĆ ŻYCIA (której wyrazem jest między innymi „apetyt”) TO WSZYSTKO oraz w domyśle DAL-SZE ŻYCIE TO WSZYSTKO (CO ZOSTANIE UTRACONE). Końcowy zwrot „wszystko traci” stanowi niejako pesymistyczną puentę tej wypowiedzi.

Poniżej cytuję wyrażenie podsumowujące fragment, który określiłbym jako opis bezładnego doświadczenia trajektorii.

Bo ja nie jestem tak już... naszykowana na takie... / do takiego życia...
[WYW 8]

Wydaje mi się, że w wyrażeniu tym została dosłownie „zakryta” część metaforycznego zwrotu „NASZYKOWANA NA ŚMIERĆ”. Idąc tym tropem: ŚMIERĆ TO COŚ WYMAGAJĄCEGO PRZYGOTOWANIA, AKCEPTACJA UMIERANIA TO GOTOWOŚĆ lub SZYK (PORZĄDEK) i UMIERANIE TO ŻYCIE (CZĘŚĆ ŻYCIA). Całe wyrażenie można zin-

terpretować jako komunikat „Nie jestem przygotowana na dezorganizację życia i śmierć”.

Następnie fragment, w którym rozmówca zaprzecza lękowi, zaraz potem jednak jakby się wahał:

Nie boję się, panie. Co ma być, to / to musi się skończyć... Jest prawdopodobnie cienko troszkę... robić, tak...? [WYW 14]

Możemy tu odnaleźć zbitkę wyrażenia „CO MA BYĆ TO BĘDZIE”, które w tym kontekście nabiera znaczenia ŚMIERĆ TO W PRZYSZŁOŚCI i ŚMIERĆ TO NIEUNIKNIONE, z metaforą ŚMIERĆ TO KONIEC (występującą już pośród prostych wyrażen metaforycznych). Całość nabiera też sensu: UMIERANIE i ŚMIERĆ TO PROCES. Zawahanie przychodzi wraz z zawieszeniem głosu i metaforą UMIERANIE TO CIENKO, czyli rozwinięciem popularnej metafory przedmiotu ŻŁE TO CIENKO.

W wyrażeniu: „Mówię... życie w sumie jest takie kruche, dziś chodzisz, jutro cię nie ma” [WYW 15] zawierają się metafory: ŻYCIE TO KRUCHY PRZEDMIOT, ŻYĆ i BYĆ ZDROWYM TO CHODZIĆ, ŚMIERĆ TO W PRZYSZŁOŚCI i ciekawa metafora: ŚMIERĆ TO NIEOBECNOŚĆ/NIEBYT. Wydaje mi się ona ciekawa, bo choć martwa i utrwalona w języku potocznym, wyraża obawę o życie po śmierci. Cały fragment można by zignorować jako refleksję dosyć banalną. Jednak w ustach osoby świadomej, że rzeczywiście umiera, jest on świadectwem stanu ducha i psychologicznego problemu, tak poważnego, że niemal niemożliwego do wyobrażenia sobie dla człowieka młodego i zdrowego.

Dalej odnośnie do obaw, tym razem jednak ze szczyptą nadziei:

B: Co pan wtedy czuł?

R: Proszę pana... wewnętrzny niepokój. I... nadzieja, że no, może jakoś tam się... wyłgam z tego. Może jakoś tam wyjdę z tego. Tego kłopotu. Ale dzięki Bogu jakoś to idzie równo. No i do tej pory nie ma załamań. Wszystko się przewija normalnie. Mam nadzieję, że tak to będzie przebiegało normalnie. Takie mam złudzenie. [WYW 5]

Fragment ten jest długą zbitką metafor, niemalże „ciągłem metaforycznym” właściwym metaforom „historykowym”. Mamy tu do czynienia z metaforami: WYZDROWIEĆ TO WYŁGAĆ SIĘ ŚMIERCI i ŚMIERĆ

TO OSOBA (stara europejska alegoria), CHOROBA TO POJEMNIK, WYZDROWIEĆ TO WYJŚĆ, CHOROBA TO KŁOPOT, ZDROWIE TO KRUCHY PRZEDMIOT („nie ma załamań”), CHOROBA TO PROCES oraz CHOROBA TO FILM (który się „przewija”) i na koniec – odnośnie do „normalnego przebiegu” – dwie możliwe, alternatywne interpretacje: WYZDROWIENIE (PO CHOROBIĘ) TO PROCES NATURALNY lub, bardziej prawdopodobnie, UMIERANIE (W WYNIKU CHOROBY) TO PROCES NATURALNY.

Do listy metafor rozwiniętych dotyczących myślenia o śmierci zaliczają się też opisy wyobrażeń na jej temat. Poniżej dwa z nich.

Co będę... rozpaczal? (...) Taka... Przyjdzie kostucha, to zabierze...
[WYW 14]

Jest to ponownie tradycyjne wyobrażenie: ŚMIERĆ TO OSOBA (POSTAĆ) – średniowieczna figura śmierci-kostuchy; a dalej: UMRZEĆ TO BYĆ ZABRANYM i ŚMIERĆ TO DALEKO.

Drugie wyobrażenie, tym razem jednak bez dłuższej tradycji, zostało mi opowiedziane w żarcie:

R: [...] Na gastrologii... do... opiekunki... wydziałowej... „Wie pan doktor... przyjdzie Piasecki i najszybciej wyleczy...” ((śmiech)) Zrozumiał pan, co to jest?

B: Nie. Piasecki?

R: Piasecki najlepszy lekarz... (...) Pia-sek. ((śmiech)). [WYW 14]

W powyższym fragmencie pojawiają się następujące metafory: ŚMIERĆ TO OSOBA, ŚMIERĆ TO LEKARZ, UMRZEĆ TO BYĆ WYLECZONYM i wreszcie popularna metafora UMRZEĆ TO PÓJŚĆ DO PIACHU – której zakryta część została wykorzystana jako puenta żartu. Nie trzeba dodawać, jakie skojarzenia leżą u podstaw tej ostatniej metafory.

Kolejne złożone wyrażenie metaforyczne jest najprawdopodobniej opisem tak zwanego doświadczenia bliskiego śmierci (*near-death experience*, N.D.E.)⁶⁸ lub, jeśli ktoś woli, rodzaju doświadczenia mistycznego.

⁶⁸ Zob. np. E. Kübler-Ross, op. cit., s. 73–76.

Może się nagle krążenie załamać... też się zdarza. No i wtedy szybko się, że tak powiem... odlatuje. Raz się jest na tej ziemi, a raz jakby się gdzieś tam w jakichś przestworzach. To to, nie? Odlatuje się. (...) Nie stąpa się tak po ziemi [...] Po prostu raz jestem na ziemi, a raz mnie nie ma. [WYW 10]

Co ciekawe, przeżycie to jest opisane przy użyciu głównie odnoszących się do doświadczenia cielesnego metafor orientacyjnych i metafor dotyczących rzeczy: ORGANIZM TO KRUCHY PRZEDMIOT, „DOŚWIADCZENIE BLISKIE ŚMIERCI” TO ODLOT, ŚMIERĆ TO GÓRA, ŚMIERĆ TO DALEKO, ŚWIADOMOŚĆ TO DÓŁ, ŻYCIE TO DÓŁ, ŻYCIE TO NA ZIEMI, ŚMIERĆ TO NIEOBECNOŚĆ. Dodam jeszcze jedną ciekawą informację: opis ten padł w wywiadzie z pacjentką–wykształconą lekarką.

Kończąc już listę złożonych wyrażeń metaforycznych dotyczących śmierci, przedstawiam fragment charakteryzujący „instynkt życia”:

Każdy chce żyć. To jest instynkt życia... / to jest niezależny. Po prostu tkwi w człowieku. I on jest prawidłowy. [WYW 10]

Zamieszczam go w tym miejscu, bo pojawił się zaraz po wypowiedzi o doświadczeniach związanych ze śmiercią innych osób. Fragment zawiera w sobie metafory: CHĘĆ ŻYCIA lub ŻYCIE TO INSTYNKT, INSTYNKT ŻYCIA TO PRZEDMIOT, INSTYNKT ŻYCIA TO CZĘŚĆ CZŁOWIEKA, ale też INSTYNKT ŻYCIA TO COŚ NIEZALEŻNEGO (OD CZŁOWIEKA) oraz opozycję CHĘĆ ŻYCIA TO PRAWIDŁOWO (PORZĄDEK) – BRAK CHĘCI ŻYCIA TO NIEPRAWIDŁOWO (NIEPORZĄDEK).

Rodzina

Odnosnie do ostatniego z ważnych obszarów doświadczenia pojawiających się w wywiadach, czyli rodziny, nie mogę zaprezentować wielu złożonych wyrażeń metaforycznych. Udało mi się znaleźć w materiale tylko jedno, choć być może było ich więcej. Wyrażenie to jest za to, w moim przekonaniu, bardzo znaczące:

No trochę tak niezręcznie się czuję. Bo wiadomo, jaki jest model... Że powinno się raczej w rodzinie trzymać takie rzeczy rodzinne, prawda?

A ja tu jestem, że tak powiem oddany jakby do tego hospicjum...
[WYW 3]

Mamy tu do czynienia z metaforami: OBYCZAJ TO MODEL, ŚMIERĆ I CHOROBA TO PRZEDMIOTY (przedmioty „rodzinne”, przynależne rodzinie), CHORY TO PRZEDMIOT („oddany” do hospicjum), RODZINA TO POJEMNIK (w którym powinno się trzymać „rodzinne rzeczy”) i wreszcie HOSPICJUM TO POJEMNIK (w którym „rzeczy rodzinne” są rzeczywiście trzymane). Odczytuję ten fragment jako wyraz niezgody na sytuację izolacji (od rodziny) w hospicjum⁶⁹.

Rozległe konstrukcje metaforyczne

Rozległe konstrukcje metaforyczne to większe fragmenty wypowiedzi („historyjki”), które jako całość stanowią rodzaj rozbudowanej metafory. Taką konstrukcją metaforyczną można opisać za pomocą „ramy metaforycznej” – modelu, metafory-etykiety, która oddaje sens całego fragmentu. Odnalezienie „ramy metaforycznej” jest zadaniem badacza, który rekonstruuje ją, interpretując fragment.

Prezentację zaczynam od wypowiedzi, które opisują doświadczenia związane z przebiegiem choroby.

Pierwszy fragment odnosi się do doświadczenia cielesnego, a rozpoczyna się od wyrażenia „Słaba jestem”, które możemy tu wskazać jako ramę metaforyczną. Użyte w ten szczególnie sposób wyrażenie zawiera w sobie martwą metaforę CHORY TO SŁABY. Co ciekawe, we fragmencie zaraz po ramie metaforycznej występuje lista informacji precyzujących, na czym polega owa słabość (niejako definicja metafory z początku):

B: A... Chciałem się spytać, jak się pani czuje dzisiaj w ogóle?

R: Dzisiaj? Tak sobie... Tak sobie się czuję. *Słaba jestem*. Ważę trzydzieści pięć kilo... Czekam, jak one przyjdą któregoś dnia. (...) Któregoś dnia chciałam sobie ugotować, to mało się nie przewróciłam... w domu... Bo nikogo nie było. Nie jem sama. Karmią mnie. Ciężko mi jest bardzo... [WYW 13]

⁶⁹ Zob. wątki *Chcę stąd wyjść* i *Rodzina – samotność, izolacja, usprawiedliwienia* w analizie treści wywiadów.

„Słaba jestem” oznacza więc: za mało ważę (mam wyniszczone ciało) i utraciłam samodzielność (nie mogę wykonywać prac domowych, nie jestem w stanie samodzielnie jeść). W rozwinięciu tym dostrzegam kolejny argument pokazujący, jak przydatne do interpretacji doświadczenia umierania są zagadnienia utraty i przywracania kontroli.

Następny fragment także opisuje niezależne od woli chorego zmiany w życiu codziennym. Zawiera też, jak poprzedni, metaforę CHORY TO SŁABY, która opisuje tu efekt zmian. Ramą dla tego fragmentu jest jednak inne wyrażenie, a mianowicie „To już nie było to życie, co kiedyś”. Zawiera ono w sobie metaforę: CHOROBA TO INNE ŻYCIE.

R: No po tym cieszyłam się bardzo. Ale *byłam słaba*. *To już nie było to, to życie, co kiedyś*. Kiedyś chodziliśmy dużo na spacer, wyjeżdżaliśmy na różne zawody... Nad zalew... często. Kilometrami żeśmy na rowerze wodnym, na kajaku... / żeśmy... / no żeśmy kilometry wycieczek robili. A *potem już niestety byłam słaba* i nawet / nawet taki / taki spacer na Starówkę to już dla mnie był wysiłek. I praktycznie już, jak ja zachorowałam, to już praktycznie przestaliśmy razem wychodzić. Ten rok, bo to był akurat rok od wyleczenia do śmierci męża, to już nie wychodziliśmy nigdzie razem. Mąż jeździł na rowerze sobie, a ja... / a ja przeważnie byłam w domu. Po prostu *nie miałam już siły*... chodzić. [WYW 15]

Kolejny urywek stanowi bardzo ciekawą konstrukcję metaforyczną, można w nim bowiem wyłonić aż dwie „ramy”.

B: [...] powiedziała pani, że... była pani osobą energiczną i tak dalej. Czy / czy / czy... / jak to się odbija, że tak powiem, na tym, jak pani teraz to postrzega?

R: *Że nic mi się nie chce*. Po prostu... *nic nie chce mi się*. Na przykład mogę założyć, mogę... kiedyś... *nie do wyobrażenia było, żeby mieszkanie było nieposprzątane, czy...* / *Tam wszystko musiało być na swoim miejscu. Jak sprzątanie, no to książki, jak cały regał, no to wszystko...* / *dokładnie wszystko po tym...* / Poza tym... ja pracowałam / dużo / miałam zajęć pozalekcyjnych... Pracowałam na basenie, bo ja pracowałam () w sportach pływackich. Dużo na basenie. Żeśmy wyjechali na obozy... Tak że dużo czasu spędzałam w szkole i poza szkołą... I...

Zawsze szukałam sobie jakiegoś zajęcia. Nie było tak, że... usiadłam i... Jak tak nie miałam czynnego takiego zajęcia, no to brałam se te książkę i... dużo... / przedtem dużo czytałam i mąż / to męża była domena. On miał obsadzone biblioteki i... regularnie dla wszystkich wypożyczał książki... Każdy był zapisany, chodził też od czasu do czasu z nowości sobie coś wybierał, ale tak najczęściej to mówiło się, co generalnie chciałoby się i tego no i... / i tak było. A no... A teraz to ta pani... raz, że już i... W ogóle to jednak też swoje czytałam i... No i ta choroba już mnie zupełnie... / zupełnie po prostu wytrąciła. Bo ja nie mam siły. Cały problem polega na sile. Że ja bym / ja bym jeszcze miała chęci pojechać sobie na spacer czy... nad zalew na przykład, pojechać sobie. I do Łazienek. I do Powsina. Ale tam jest na przykład w Powsinie wejście tylko po tych schodkach... Sprawiałoby mi ogromny kłopot. Tak że... męczy mnie dłuższa jazda też autobusem, czy nawet pociąg... / nawet samochodem. Już taka jazda na przykład z Otwocka tutaj... / bo mnie przywozili i zawozili... To już, jak wysiadałam z samochodu, to już byłam zmęczona. Tak że... Ta słabość po prostu... / i uniemożliwia mnie i zniechęciła mnie do wszystkiego. Najchętniej to się kładę i śpię. [WYW 15]

Fragment rozpoczyna się od wyrażenia „Nic mi się nie chce”. Następnie zaś opisuje różne formy aktywności z życia przed chorobą. Dalej fragment przechodzi w opis tego, jak życie wygląda teraz: mowa jest przede wszystkim o słabości (znów), ale też o niemożliwości i niechęci⁷⁰. Dlatego pierwszą ramę metaforyczną określiłem jako parę metafor: ŻYCIE TO AKTYWNOŚĆ – CHOROBA TO APATIA. Jednak nie wyczerpuje to znaczenia tego fragmentu.

Gdy moja rozmówczyni opowiada o aktywnym życiu sprzed choroby, wspomina między innymi o sprzątaniu, „ustawianiu na swoim miejscu”, o porządku. Gdy opisuje swój tryb życia, mówi, że „zawsze szukała sobie zajęcia”, sugerując, że cały swój czas potrafiła zagospodarować, zainwestować, uporządkować. Gdy pojawiła się choroba, „wytrąciła ją”⁷¹ – czyli zburzyła porządek jej codziennego życia. Drugą ramą jest, ponownie, opo-

⁷⁰ Wyrażenie „uniemożliwia mnie i zniechęciła mnie do wszystkiego” omówiłem już jako złożone wyrażenie metaforyczne (s. 257–258).

⁷¹ Wyrażenie „No i ta choroba już mnie zupełnie... Zupełnie po prostu wytrąciła” również omówiłem już jako złożone wyrażenie metaforyczne (s. 256–257).

zycja metafor: ŻYCIE TO PORZĄDEK – CHOROBA TO CHAOS. „Wytrącenie” było tu zerwaniem porządku, który opierał się na aktywności.

Następną rozległą metaforę dostrzegłem w cytowanym już fragmencie, wyrażającym pragnienie powrotu z hospicjum do domu. Zawiera on ciąg ciekawych metafor (między innymi, „jedzenie oczami” czy ŚMIERĆ TO „DO WIDZENIA”). Jednak jako ramę-interpretację dla całego fragmentu należy wskazać metaforę CHOROBA TO MĘCZARNIA (FIZYCZNA i PSYCHICZNA).

I cały czas tylko jest to myślenie: „A co będzie jutro? Czy ja jutro wstanę? (...) Czy ja jutro będę żył? Czy ja zobaczę tą wnusię swoją? (...) *I to jest cały czas jest ta męczarnia.* I człowiek przez takie męczarnie traci apetyt, wszystko traci. No widzi pan, obiad, obiad jest podany. Kolację dostaję, ale... To nie zawsze idzie. To nie zawsze idzie w parze, że człowiek by zjadł... a nie może. (...) Tu nieraz widzę w telewizji... jedzą, objadają się. To sobie myślę: „Jak ja bym zjadł”. To jest jedzenie tylko oczami. Nie ustami, a oczami. A mnie by wystarczyło tylko tyle... Żeby być w domu, w domu. Być w mieszkaniu. I wtedy jest człowiek spokojny. Inaczej ten... / ten pokarm smakuje. (...) I człowiek wtedy wie, że jest głodny, że się jeść chce. Ale skoro pan myśli każdym jednym dniem, to jak może panu smakować ten obiad? Jak on może smakować? Je się go, bo się je, na siłę? Żeby coś do tego żołądka dotarło? No dotrze do tego żołądka, ale idzie zaraz do tej stelni idzie no i / i / trzeba opróżnić. Bo jak się nie opróżni tej stelni, no to już jest... do widzenia. To już wtedy jest... [WYW 7]

Choroba przybiera w tym fragmencie obraz różnych dolegliwości: problemów z jedzeniem i trawieniem, tęsknoty za domem, dysonansu między wolą i pragnieniem („jak ja bym zjadł”) a cielesnymi odczuciami (brak apetytu), lęku o działanie aparatu medycznego i wreszcie, związanego z nim, lęku przed śmiercią (o „jutro”). Fragment ten dobrze wyjaśnia psychologiczna koncepcja „ból całościowego” (*total pain*) opisująca cierpienie pacjentów w stanie terminalnym jako zależne nie tylko od czynników somatycznych, lecz także złożone na równi ze złości, depresji i lęku⁷².

⁷² Zob. J. Jarosz, op. cit., s. 9.

W rozległych konstrukcjach metaforycznych dotyczących życia codziennego chorych wraca temat sprawności ruchowej („chodzenia”) i kontroli nad ciałem.

W pierwszym fragmencie widzimy, jak doniosłe znaczenie jest nadane samodzielności ruchowej – zupełnie inaczej niż u osób, dla których kontrola nad własnym ciałem jest wciąż oczywista.

B: Mhm. (...) Jeszcze się chciałem spytać... Pani powiedziała, że... / że ma pani takie właśnie... / ma / marzenie / to jest żeby wstać i... usiąść i tak dalej... Może pani o tym coś powiedzieć?

R: No mówię, to marzenie moje, ale czy się spełni, to ja nie wiem... Nie bardzo mogę powiedzieć coś na ten temat... No bo nie wiem, no chciałabym. *Usiadłam tu sobie kiedyś tam / tam jakoś w tamtej sali. Wczoraj mnie przewieźli tutaj, do pań... Tak sobie wstałam / czy w niedzielę, we / w święta byli. Rodzina / siostrzenica mi niby włosy... obcięła. To usiadłam... Ale tak chciałabym pójść...* [WYW 11]

Klamrą czyniącą z całości konstrukcję metaforyczną jest dopiero końcowe stwierdzenie „Ale tak chciałabym pójść” – nadaje ono sens całej wypowiedzi. Każde podejrzewać, że „chodzenie” jest tu *domeną źródłową* metafory, a w całym fragmencie chodzi o więcej niż tylko o poruszanie się. Zinterpretowałem ten fragment za pomocą metafory-ramy: CHO-DZENIE (SPRAWNOŚĆ RUCHOWA) TO ŻYCIE.

Oto przykład tej samej metafory z innego wywiadu, być może bardziej klarowny:

No wczoraj był... Ten syn. Była synowa... Przyszli tu posiedzieć... (...) A najgorzej jak w domu... Bo bałem się i teraz ostatnio tu... był kolega u mnie... Synowa była, ta niewidoma. I do łazienki chciałem iść. I on mnie tam *prowadził*... I się przewróciłem... Zadzwonili po pogotowie. Pogotowie już zabrało mnie... i jestem. *Nie miałem siły... dojść...* A *dotychczas to chodziłem. Jeszcze nawet nieźle chodziłem.* Tak się cieszyłem... że mówię: „Eh, chyba by to... / wyjdzie... *Jeszcze pochodzę*”. Teraz tak... najgorzej nogi. [WYW 12]

Wyrażenie „jeszcze pochodzę”, choć niekoniecznie było to intencją mówiącego, wydaje się tu oznaczać: „miałem nadzieję na powrót do normalnego życia”.

Ostatnia metafora dotycząca życia codziennego pokazuje, z jednej strony, jak trudne są zwykłe czynności dla osób terminalnie chorych. Z drugiej strony zaś, jak wielkie znaczenie nadają oni pokonywaniu trudności i próbom odzyskania kontroli. Poniższa historyjka została opowiedziana – na co wskazywały też mimika i intonacja mówiącego – w konwencji sensacyjnej anegdoty. By zinterpretować ten fragment, użyłem ramy: CZYNNOSTCI DNIA CODZIENNEGO TO CZYN HEROICZNY.

I mówi: „Tu położymy pana – mówi – na dzisiaj, o w takim zamknięciu”, jak to w [kojcu]. I ja się tam położyłem... () „Tata długo nie da rady” – mówi. Okazuje się, że ja za trzy dni wstaję i siadam na łóżku! (...) A pan doktor mówi / Ewa mówi / tak mówi: „Co pan, co pan zrobił?”. Ja mówię: „No wstałem”. „Niemoż... / no niemożliwością!”. „Pani doktor, ale ja chciałem wózek, bo do ubikacji chciałem. Chciałem wózek i pojechać do ubikacji”. „No to tego to już jest za dużo! No to tego to jest za dużo”. Ale może myślała, że ja nie wsiadę na ten wózek. Ale ja na ten wózek wsiadłem. I pojechałem do ubikacji i przyjechałem, położyłem się. I tego samego dnia zostałem przewieziony tu. Tego samego dnia. I zaczęła się gehenna moja. [WYW 7]

Wypowiedź tę kończy bardzo ciekawe metaforyczne wyrażenie „I zaczęła się gehenna moja”. Stanowi ono raczej nieświadome odniesienie do kultury chrześcijańskiej (i zarazem żydowskiej⁷³), a zawiera w sobie metaforę POBYT W HOSPICJUM (lub po prostu UMIERANIE) TO GEHENNA – niekończąca się męka w ogniach piekielnych.

W zebranym materiale znalazły się też rozległe konstrukcje metaforyczne, które opisują samych chorych. Są to zarówno sytuacje, w których rozmówca odnosi się do innych chorych, jak i takie, w których mówi o sobie. W obu wypadkach możemy zobaczyć, jakim językiem w naszej kulturze mówi się o chorych osobach.

Pierwszą rozległą metaforę poprzedza w tekście wywiadu wspomniana już przeze mnie historyjka o dzwonku – urządzeniu, za pomocą którego pacjenci mogą wezwać pielęgniarkę lub lekarza, nie wstając z łóż-

⁷³ Zob. *Gehenna*, [w:] *Internetowa Encyklopedia PWN*, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Gehenna;3904616.html> [dostęp 10.12.2015].

ka. Dalszy ciąg tej historii ukazuje stosunek rozmówcy do pacjentów, którzy według niego nadużywają dzwonka, co jest, jego zdaniem, powodem zawodności systemu. Zinterpretowałem ten fragment za pomocą ramy: CHORY TO BŁAZEN.

Nie narzekam tu na lekarzy. Nie. Ani na żadne z pielęgniarek, czy oddziałowych... Nie. Bo... / po prostu, wie pan co. Jest dzwonek, on nie działa, ten dzwonek. Bo robią sobie... z tych pielęgniarek... / robią sobie... taką żartownię (). Jak *idiotki*. Dzwoni... „I o co chodzi?”. „Siostró, palec mi trzeba przykryć...”. Ja się nie dziwię, że później ta sanitariuszka, czy pielęgniarka, czy nawet / czy lekarz. To mówię: *to jest dla śmiechu tylko*. Że on nie chce wtenczas... w ten dzwonek wierzyć. I ja się wcale nie dziwię... A czy by pan uwierzył, jakby pan musiał schodzić? I co pięć minut szukać, w którym to miejscu dzwoni? (...) I tłumaczyć... *Bo to są dla mnie bałwany / są...* Tłumaczyć... „Co wy robicie najlepszego? Przecież będziesz za chwilę dzwonił i będziesz naprawdę potrzebował pomocy. Już ci nikt tej pomocy nie udzieli”. Nie-stety.

B: Mówi pan o pacjentach?

R: Tak, tak, mówię o pacjentach / Już ci nikt tej pomocy nie udzieli, *bo będzie myślał, że to jest po prostu śmiech*. (...) I mnie samego to nieraz denerwuje, bo nieraz potrzebuję pomocy, dzwonię i nikt nie przychodzi. A ja naprawdę potrzebuję pomocy. [...] [WYW 7]

Następna konstrukcja metaforyczna także jest zabarwiona negatywną oceną pacjentów. Jednak tym razem to wygłoszona przez rozmówcę interpretacja postrzegania ich przez lekarzy. Wyłania się z niej rama metaforyczna: CHORY TO INTRUZ.

[T]en pobyt w szpitalu w Sochaczewie to był nieciekawý. Dlaczego? Dlatego, że zostałem po prostu wypisany bez żadnego zdania racji, bez żadnego nic. (...) To znaczy po prostu *zostałem wypisany jak intruz*. Dlaczego jak intruz? Dlatego że... (...) No nie bardzo mogę rozmawiać z panem / Dlaczego? Dlatego że... (...) No nie wiem. (...) [...]

Że... Pan doktor mnie tam... Nie... / nie potraktował tak, jak powinien potraktować. *Potraktował mnie po prostu jak intruza*. To znaczy...

człowieka, którego się... traktuje, jak po prostu... jak / jak / jak traktuje... Co tam więcej?

B: A czym to się, że tak powiem, objawiało?

R: No samo to... że powiedział, że... miałem mieć... / miałem mieć tą... operację, konsultację... I ze wszystkiego zostałem wycofany.

[...]

Znaczący lekarz się bardzo nieładnie ze względu do mnie zachował. (...)

To znaczący... wypisał mnie ze szpitala, bez mojej zgody, bez żadnego nic. (...) [WYW 9]⁷⁴

Nieistotne jest, jak mój rozmówca rzeczywiście był potraktowany, ważne, że w taki sposób to odczuł i zapamiętał. Wydaje mi się, że skojarzenie pacjenta z intruzem nie jest efektem indywidualnej wynalazczości językowej rozmówcy, ale że jest dość utrwalone w potocznym myśleniu o kontaktach ze służbą zdrowia (w Polsce). To kolejna przesłanka, by sądzić, że umiejętności komunikacyjne lekarzy i ich nastawienie do pacjentów są w Polsce problemem⁷⁵.

Ostatnia już konstrukcja metaforyczna dotycząca pacjentów, jak we wcześniej już cytowanych fragmentach, wskazuje na winę chorego:

No i zaniedbuje człowiek, bo powinien człowiek badania robić, raz w roku iść do lekarza... specjalisty, takiego, takiego. *To też jest nasza wina*, bo nie można też, wie pan, generalizować... Że „o tak... bo nie ma edukacji na ten temat...”. Jest. A teraz to już jest aż za dużo... Więc jesteśmy świadomi. Tylko że człowiek tak liczy na coś, nie wiadomo na co... Że ktoś tam za nas zrobi... z góry czy skądś tam. A to guzik... prawda. Samemu trzeba. I nie miej do nikogo pretensji... Raz się ma, raz się nie ma, wie pan. To od nastroju... zależy.

B: A co trzeba zrobić samemu?

R: No właśnie mówię... Pójść do lekarza, do specjalisty, do jednego, do drugiego, do trzeciego... No. Tak jak ja zaniedbałam zęby i co? Później już była choroba, więc... Coraz bardziej po tej chemii, po tym...

⁷⁴ Zacytowana wypowiedź jest wyjątkowo zestawieniem nieznacznie oddalonych od siebie fragmentów wypowiedzi rozmówcy, oddzielonych pytaniami badacza.

⁷⁵ Por. z podrzdz. *Komunikacja* w rozdz. *Obszary doświadczenia* niniejszej pracy.

A teraz to co ja już mogę zrobić? Czyli... moja wina... Bo czyja? (...)
[WYW 11]

Ramę metaforyczną stanowi wyrażenie „To też jest nasza wina”, w którym mamy do czynienia z metaforą CHORY TO WINNY, a także z wyrazem identyfikacji rozmówcy z grupą chorych na raka. Wyrażenie to jest koherentne z silnie kształtującą myślenie o chorobie metaforą strukturalną CHOROBA TO KARA. Jak wskazała Susan Sontag, metafora ta jest mocno utrwalona w naszej kulturze⁷⁶.

Następna konstrukcja dotyczy personelu szpitali. Fragment pobudowany jest na obrazowym porównaniu, które zachowam w nazwie ramy metaforycznej: PRACA PERSONELU MEDYCZNEGO TO RĄBANKA.

Bo tam, wie pan, szpitalna atmosfera / i w tych innych / to jest taka...
/ jakby to... / bezkulturowa, o. *Robią swoje... rąbią, jak to się mówi. Rąbanka. Robią swoje i nic poza tym.* I / i nie ma tego, wie pan, współczucia dla chorego... No tutaj podchodzą naprawdę... z życzliwością do człowieka... To trzeba im przyznać. [...]

B: A czy może pani o tych warunkach w szpitalu coś opowiedzieć?

R: No mówię panu... Pielęgniarki są owszem, profesjonalne... ale wykonują swój zawód... swoją pracę... I koniec. Nie interesuje je nic poza tym. Nie interesuje ich, jak się tam pacjent czuje... Jakie ma, jakby tu powiedzieć... obiekcje... o. Coś takiego. Robią swój zastrzyk, swoją kroplówkę zakładają. I dalej ich nic nie obchodzi.

B: Mhm.

R: Taka jest prawda. Nie są wrażliwe na... No, jakby to powiedzieć... Na nieszczęście człowieka no. Tak, tak można powiedzieć... [WYW 10]

Cały fragment jest więc kolejną oceną wystawianą służbie zdrowia, zwłaszcza w jej szpitalnym wydaniu. Problemem jest nie tylko komunikacja, lecz także nastawienie personelu. Rozmówczyni zauważyła tu brak emocjonalnego zaangażowania pracowników szpitala w swoją pracę. Ta sama osoba w innym miejscu wywiadu przeciwstawiła „szpitalną at-

⁷⁶ Por. S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 5–90.

mosferę” „atmosferze duchowości” panującej w hospicjum [WYW 10]. Dodam, że osobą tą była moja rozmówczyni – emerytowana lekarka.

Ciekawą interpretację problemów z nastawieniem personelu medycznego do pacjentów przedstawił Neil Postman⁷⁷. Wskazuje on jako źródło dystansu między lekarzami a pacjentami samą technologię medyczną, która, wytwarzając nowoczesne przyrządy diagnostyczne, oddziela lekarzy od doświadczenia pacjenta i tym samym skazuje pacjentów na rodzaj uprzedmiotowienia⁷⁸.

Tym ciekawszy jest kolejny fragment, będący niejako w opozycji do powyższego. Można go ująć w ramie metaforycznej TECHNIKA (MEDYCZNA) TO NADZIEJA:

To wszystko idzie do przodu. Za trzydzieści lat nie będzie tego / będzie jeszcze coraz lepiej. Czyli dla tych, którzy chorują, dla nas, to jest bardzo dobrze... Dlatego, że no człowiek ma jakieś szanse, prawda? Dlatego że... no bo że umiera ileś osób dziennie na taką chorobę jak ja na przykład... Ale jest więcej takich innych chorób przecież... na raka / nie tylko kobiece. (...) ((cicho)) Przepraszam, ale () [tak naprawdę]. W każdym bądź razie... Myślę, że będzie lepiej... dla ludzi chorych. Którzy zachorują na jakąkolwiek chorobę. (...) [WYW 11]

We fragmencie tym nie pada słowo technika, ale to zwykle technikę mamy na myśli, gdy mówimy „wszystko idzie do przodu”⁷⁹. Wyrażenie to

⁷⁷ N. Postman, op. cit., s. 119–122.

⁷⁸ Postman wymienia między innymi trzy „fazy” praktyki medycznej: pierwszą, którą charakteryzował „bezpośredni kontakt z doświadczeniami pacjenta, oparty na pochodzących od niego informacjach oraz pytaniach i spostrzeżeniach lekarza”. Druga, dla której „typowy był bezpośredni kontakt z ciałem pacjenta, uzyskiwany dzięki badaniu fizykalnemu, łącznie z wykorzystaniem starannie dobranych technologii”, oraz „fazę obecną”, którą „charakteryzuje niebezpośrednia komunikacja z doświadczeniem i ciałem pacjenta, przy użyciu instrumentów technicznych”. Por. ibidem. s. 120–121. Choć Postman nie rozwija myśli o doświadczeniu, odczytuję ten fragment jako spójny z moimi spostrzeżeniami na temat doświadczenia osób terminalnie chorych. Interpretacja Postmana wskazuje też na to, że nie tylko jakość lokalnego systemu opieki zdrowotnej jest tu problemem, ale także sama technologia i organizacja pracy medycznej.

⁷⁹ Por. z wyrażeniem „Technika idzie cały czas do przodu” z wywiadu 11, wymienionym jako jedna z metafor rozwiniętych – podrozdz. *Metafory rozwinięte*.

jest spójne z utrwalonymi w euroatlantyckim myśleniu metaforami DOBRZE TO W RUCHU, PRZYSZŁOŚĆ TO Z PRZODU i założeniem, że PRZYSZŁOŚĆ BĘDZIE LEPSZA, wyrażającymi razem ideę postępu⁸⁰.

Ostatni już fragment stanowi metaforę bardzo ciekawą w świetle mojej tezy o doświadczeniu umierania jako kulturowym brudzie:

R: Są lekarze, proszę pana, z zamiłowania. I są lekarze tylko *dla pokazu*. *On był tylko lekarzem dla białego kitla...*

B: Mhm.

R: *I dla stukających butów*. (...) To nie był lekarz. Bo widzi pan... Też tamten był już lekarz, który naprawdę znalazł przyczynę...

B: Mhm.

R: *Był ubrudzony*. On nie patrzył się na to... *Tamten chodził ciągle na biało ubrany*. *Ten się nie patrzył, czy on ma krew czy nie ma krwi na nim*. Jego nie interesował ubiór, jego interesował pacjent. I dlatego mówimy, że jest lekarz z pomilowania, z powołania... A jest lekarz tylko dla pokazu. Że on jest lekarzem. [WYW 7]

Ramą metaforyczną, w którą można ująć ten fragment, jest opozycja metafor:

ZŁY LEKARZ TO CZYSTY – DOBRY LEKARZ TO BRUDNY. Negatywnie oceniany lekarz nosi biały kitel (symbol czystości), stukające buty (chodzi pewnie o szpitalne drewniaki, jednak razem z kitlem stanowią tu one symbole wysokiego statusu) i jest lekarzem „dla pokazu” – a wiadomo, że to czystość i porządek, a nie brud, są „dla pokazu”. Dobry lekarz, który „znalazł przyczynę” (choroby), był ubrudzony, nie chodził ubrany na biało i nie przejmował się krwią na ubraniu (a jak wiadomo, krew też jest brudem, gdy nie jest na swoim miejscu⁸¹). W tej konstrukcji „dobry lekarz” – rzadkie zjawisko wśród tłumu źle ocenianych pracowników służby zdrowia – sytuuje się po stronie brudu. Tak samo jak choroba, śmierć i doświadczenie umierających.

⁸⁰ Por. z analizą metafor czasu w: B. Fatyga, P. Zieliński, op. cit.

⁸¹ Por. M. Douglas, *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, przeł. M. Bucholc, PIW, Warszawa 2007.

METAMETAFORY I DOŚWIADCZENIE UMIERAJĄCYCH

Autorzy metody każą wyjaśniać metaforykę badanego zbioru tekstów przez odwoływanie się do doświadczenia wypowiadających się osób⁸². Ja proponuję odwrotny zabieg – próbę rekonstrukcji niedostępnego i trudno poznawalnego doświadczenia na podstawie systemu metaforycznego wywiadów.

Zrekonstruowane przeze mnie *metametafory tekstowe* charakteryzują i strukturyzują całość systemu metaforycznego materiału z wywiadów, a jednocześnie dają pewien wgląd w zbiorowo potraktowane doświadczenie umierających – na tyle, na ile odzwierciedla się ono w języku.

Choroba to wojna (prywatna)

Ta metametфора jest rodzajem „wspólnego mianownika” dla wyraźnie spójnych ze sobą metafor, takich jak określające pojęcie choroby: CHOROBA TO WALKA, CHOROBA TO ATAK, CHOROBA TO KATASTROFA; dotyczące leczenia: LECZENIE TO WALKA, LECZENIE TO WOJNA; antropomorfizacje choroby i śmierci: CHOROBA TO OSOBA (O ZŁEJ WOLI), CHOROBA TO WRÓG, CHOROBA TO MORDERCA, RAK TO OSOBA, ŚMIERĆ TO OSOBA, CHOROBA/ŚMIERĆ TO AKT CZYJEJŚ WOLI, a także metafory określające chorych pacjentów i ich rodziny: CHORY/PACJENT TO ŻOŁNIERZ, CHORY TO PODWŁADNY, RODZINA TO ŻOŁNIERZE (NA WOJNIE Z CHOROBA). Mniejszą, ale ciągle zauważalną koherencję wykazują tu takie metafory, jak: LECZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA, LECZENIE TO AKT BEZOSOBOWY, CHOROBA TO DZIAŁANIE PACJENTA, a nawet takie jak: HOSPICJUM TO POJEMNIK, ŁÓŻKO TO TERYTORIUM.

Potwierdza się tym samym spostrzeżenie Susan Sontag o używaniu „militarystycznej terminologii” w języku, jakim się mówi o raku. Sontag podawała przykłady „inwazji” komórek rakowych, dokonywania przez nie „przerzutów”, zawodności „mechanizmów obronnych” i konieczności

⁸² Por. B. Fatyga, op. cit., s. 70–77.

„bombardowania” zabójczymi promieniami w połączeniu z prowadzeniem „chemicznej wojny z użyciem trucizn”⁸³.

Jednak w metaforach z wywiadów wojna z chorobą ma jakby mniejszą skalę. To raczej mała wojna terytorialna, w której wrogiem jest złośliwa, podstępna osoba o złej woli, uciążliwy, skryty morderca, którego jednak można pokonać, a nawet można z nim żyć. To nie operacja wojenna na wielką skalę, ale wojna prywatna, która przebiega na niewygodnie małym terytorium lub wręcz w zamknięciu – szpitala, łóżka, a nawet własnego ciała. Wojna ta jest długim, bolesnym i osłabiającym procesem. Widzimy ją z perspektywy zdeorientowanego, uprzedmiotowionego żołnierza-podwładnego, a nie z pozycji niedostępnych i „bezosobowych” generałów-lekarzy. Kojarzy się z wojną u Remarque’a, a nie tą z „filmów wojennych”⁸⁴. Co ciekawe, śmierć nie jest tu jednym z wrogów – jawi się raczej jako zakończenie męczącej walki. W obrębie języka śmierć jest lekka, jest łagodną osobą, na którą się czeka, najwyżej zaś karykaturalną kostuchą, której nie traktuje się poważnie.

Chorowanie to wina, choroba to kara⁸⁵

Z tą następną ważną metametąforą wysoce spójne są metafory: CHORY TO WINNY, CHORY TO BŁAZEN, CHORY TO INTRUZ, CHORY TO SŁABY, CHOROBA TO PSYCHOLOGICZNY TERROR i CHORY TO CIĘŻAR (DLA RODZINY); dalej: metafora ŚMIERĆ TO KARA, kreatywna metafora CHOROBA TO PROCES SĄDOWY i pokrewna z nią CHOROBA TO DROGA/PROCES. Dalej, również z języka „sądowiczego”: WYNIK BADANIA TO WYROK oraz metafory kojarzące się z uwięzieniem: HOSPICJUM TO WIĘZIENIE, SZPITAL/HOSPICJUM TO POJEMNIK, ŁÓŻKO/POBYT W HOSPICJUM TO OGRANICZENIE PRZESTRZENI ŻYCIOWEJ. Wreszcie, również su-

⁸³ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, op. cit., s. 68–69. Zob. też ibidem, s. 88–90. Zob. też: S. Sontag, *AIDS i jego metafory*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 96–99.

⁸⁴ Por. rozdz. *Wymiary śmierci* w 1 części mojej pracy.

⁸⁵ Również ta cecha systemu metaforycznego wywiadów potwierdza spostrzeżenia zaprezentowane wcześniej przez Susan Sontag. Por. S. Sontag, *Choroba jako metafora*, op. cit., s. 62–65 i dalej.

gerujące ucieczkę przed należną karą, metaforyczne wyrażenie „WYŁGAĆ SIĘ ŚMIERCI”.

W metaforach wymienionych na początku listy widać różne aspekty winy i napiętnowania chorego: chory w oczach innych, w tym nawet w oczach innego chorego, może stać się błaznem – „idiotą”, „bałwanem” – który zaprzęta uwagę innych „dla śmiechu”. Sam czuje się „intruzem”, zwłaszcza w kontaktach z niestarájącą się nawiązać z nim komunikacji służbą zdrowia (przypomnę, że musi przy tym „chodzić” po jej placówkach i przedstawicielach, w ramach leczenia). Chory czuje się słaby i jako słaby jest postrzegany przez innych – wiadomo zaś, że to nie słabość, a siła, aktywność i „mobilizacja” są pozytywnymi wartościami naszej kultury. Słabymi się pogardza (widać to choćby w potocznej metaforze ŻLE TO SŁABO) – chory jest więc „sam sobie winien”. Jak pokazała analiza treści wywiadów, niektórzy z moich rozmówców sami „przyznawali się do winy”, mówiąc o paleniu [WYW 15] lub profilaktyce zdrowotnej [WYW 11]⁸⁶.

Duży sprzeciw budzi we mnie określenie stanów depresyjnych lub też „paniki” związanej z wiadomością o chorobie jako „terroryzowania rodziny”. To również bardzo piętnująca metafora, czego nie umniejsza fakt, że użyta została przez chorego i w konwencji groteski, żartu.

Co ciekawe, orzeczenie kary w tej metaforze pojawia się jeszcze przed zejściem przestępstwa – już wynik badania, diagnoza choroby są wyrokiem. Po orzeczeniu i potwierdzeniu winy w nieakceptowalnym zachowaniu następuje już tylko uwięzienie w szpitalu, a potem – w złagodzonej rygorze i lepszych „warunkach” – w hospicjum. Skazanemu zawsze pozostaje jednak nadzieja, że można „wyłgać się” od kary głównej – śmierci.

Rodzina to pojemnik – chory to przedmiot – hospicjum to pojemnik

Jako jedna metametaphora zestaw ten wskazuje na spójność między takimi metaforami, jak: JA (PACJENT) i JA (CHORY) TO PRZEDMIOT (zwłaszcza: przemieszczany), SZPITAL TO POJEMNIK, HOSPICJUM

⁸⁶ Por. rozdz. *Obszary doświadczenia mojej pracy*.

TO WIĘZIENIE, ŁÓŻKO TO OGRANICZENIE PRZESTRZENI; dalej, z metaforami kary i winy: CHOROWANIE TO WINA i CHOROBA TO KARA; dalej CHORY TO CIĘŻAR (DLA RODZINY), a w jakimś zakresie także RODZINA TO PRZEDMIOT POSIADANY (powtarzane często „mam syna”, „mam córkę”, „mam wnuki”) i wreszcie ŚMIERĆ/CHOROBA TO „RZECZY RODZINNE”.

Tym, co czyni te metafory spójnymi, jest fragment biografii chorego, dla którego trzy komponenty metametafory stanowią rodzaj metaforycznej ramy. Na początku chory jest zintegrowaną częścią rodziny, znajduje się w rodzinie-pojemniku, następnie, jako „ciężar” dla rodziny, zostaje „oddany”, a dokładnie „przewieziony” do innego pojemnika – hospicjum. Chory jest przemieszczany między pojemnikami, dokonuje się na nim manipulacji, ma ograniczony wpływ na cały proces – podlega rodzajowi uprzedmiotowienia, co obrazują tu metafory w postaci JA TO PRZEDMIOT. Jako że przemieszczenie do hospicjum wiąże się z ograniczeniem przestrzeni życiowej, przymusowym leżeniem, zamknięciem w pojemniku, z którego chory „nie wie, czy wyjdzie” – przemieszczenie jawi się (w obrębie metametafory) jako rodzaj kary za bycie „ciężarem”. Chory uznaje swoją winę (jak w poprzedniej metametaforze), stara się więc „nikogo nie obarczać”.

Cały ten zestaw metafor wyraża chęć powrotu do domu, do rodziny, kontaktu z bliskimi oraz niezgodę na izolację, która, jak pokazały głosy przytoczone w analizie treści, nie zawsze jest dobrowolna⁸⁷. Skargi na izolację formułowane są w mało zdecydowany sposób (wywiad 3) lub niejasno (wywiad 7), czasem w obrębie złożonych wyrażań metaforycznych. W jednym z nich odkryłem istotną tu metaforę ŚMIERĆ/CHOROBA TO „RZECZY RODZINNE”. Ona także jest wyrazem niezgody.

Ja to (pasywny) przedmiot – ja to (aktywny) podmiot

Jest to metametafora, którą najtrudniej było dostrzec i sformułować, ale która bardzo wiele mówi o doświadczeniu umierających pacjentów, a także rzuca światło na wiele wątków poruszanych wcześniej w mojej pracy. Określa ona spójność między metaforami dotyczącymi aktywności, kontro-

⁸⁷ Por. podrozdz. *Rodzina – samotność, izolacja, usprawiedliwienia i Chęć stąd wyjść* w rozdz. *Obszary doświadczenia*.

li, działania oraz spójność między metaforami wyrażającymi uprzedmiotowienie, brak kontroli, pasywność. Te dwa zbiory metafor „pasują” do siebie jako wzajemna odwrotność. Poniżej przedstawiam tabelę z parami metafor ułożonymi w zbiory spójne z metaforami aktywności i pasywności⁸⁸.

Pomysł na konstrukcję tej metametafory przyniosły mi opisane już wcześniej metafory strukturalne LECZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA i CHOROBA TO AKT WOLI CHOREGO, które sformułowałem do opisu wyrażen sugerujących, że te mało w istocie kontrolowane przez chorego obszary życia zależą od jego woli i aktywności. Sugestia ta odbywa się za sprawą form gramatycznych, jakie się stosuje, mówiąc

Tabela 2. Metametafora aktywności i kontroli oraz metafory z nią spójne

JA TO (PASYWNY) PRZEDMIOT	JA TO (AKTYWNY) PODMIOT
CHOROBA TO APATIA	ŻYCIE TO AKTYWNOŚĆ
PACJENT TO PODWŁADNY LECZENIE TO LEŻENIE HOSPICJUM TO POJEMNIK „MOJE TERYTORIUM TO ŁÓŻKO”	LECZENIE TO DZIAŁANIE PACJENTA LECZENIE TO AKT BEZOSOBOWY APARAT MEDYCZNY TO PRZEDMIOT POSIADANY
STRACH TO PRZYMUS STRACH TO W ŚRODKU CHOROBA TO POJEMNIK	CHOROBA TO AKT WOLI/DZIAŁANIE CHOREGO
CIAŁO TO POJEMNIK	CIAŁO TO PRZEDMIOT POSIADANY
„CHOROBA MNIE WYTRĄCIŁA”	ŻYĆ TO STAĆ ŻYĆ TO WIDZIEĆ WYZDROWIEĆ TO WSTAĆ
CHORY TO SŁABY CHORY TO CIĘŻAR	ŻYCIE TO UCHWYT CHODZENIE (SPRAWNOŚĆ RUCHOWA) TO ŻYCIE CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO TO CZYN HEROICZNY
UMIERANIE TO GEHENNA ŻYCIE TO GRA	ŻYCIE TO TRWANIE
CHOROBA TO DROGA/PROCES ŚMIERĆ TO NIEOBECNOŚĆ ŚMIERĆ TO „DO WIDZENIA”	ŚMIERĆ TO OSOBA CHOROBA TO OSOBA RAK TO ŻYWY ORGANIZM CHOROBA TO WALKA WYZDROWIEĆ TO „WYŁGAĆ SIĘ ŚMIERCI”

⁸⁸ Zaznaczam, że grupuję tu metafory niezależnie od częstości ich występowania i tego, czy występowały w tekstach jako metafory proste, czy zostały przeze mnie zrekon-

o chorobie i leczeniu, a także specyficznych wyrażen jak „nie dopuszczam, że mogę zachorować” czy zwykłe „robiłam mammografię”. Jeszcze ciekawsza jest metafora LECZENIE TO AKT BEZOSOBOWY, którą stworzyłem do opisanego zwyczaju mówienia o zabiegach medycznych w formie bezosobowej, co niejako jeszcze zwiększa rolę woli i działania pacjenta w leczeniu. Razem metafory te można odczytać – choć otrę się tu o ryzyko nadinterpretacji – jako rodzaj kompensacji w obrębie języka utraconej kontroli nad własnym życiem (w każdym właściwie jego wymiarze).

Kontrola jest tu pojęciem kluczowym. Jak stwierdziłem już kilkakrotnie w tej pracy – choroba i umieranie w świetle przeprowadzonego przeze mnie badania jawią się jako doświadczenia bezładu, chaotyczności, niemożności panowania nad życiem codziennym i własną przyszłością, relacjami z bliskimi, swoim ciałem, a nawet własnym umysłem. Metafory aktywności, działania i podmiotowości można zinterpretować jako rodzaj symbolicznego przywracania kontroli nad bezładnym doświadczeniem⁸⁹. Nie twierdzę jednak, że jest to świadomy psychiczny proces. Twierdzę, że jest to pewna właściwość języka, jakim się mówi o (własnej) chorobie i śmierci.

Do metafor leżących po stronie pasywnego uprzedmiotowienia zaliczam przede wszystkim ontologiczne metafory przedmiotu. Pacjent to w tej metaforyce „oddawany” lub „zabierany” z hospicjum, „przewożony” karetkami, wcześniej „trzymany” i „cięty nożem” w szpitalu przedmiot, „na” którym prowadzi się badania (i który „zaczyna się już gubić”). O „przemieszczeniu” uprzedmiotowionego pacjenta z rodziny-pojemnika do pojemnika-hospicjum pisałem już wcześniej.

Do tego dochodzi metaforyka opisująca kontakty z pracownikami służby zdrowia, gdzie lekarze „każą” robić badania, „wysyłają”, „skierowują”, „zlecają” i „traktują jak intruza” (metafora PACJENT TO PODWŁADNY), a także metafory świadczące o boleśnie odczuwanym zmniejszeniu

struowane. Proponuję zabieg grupowania metafor parami potraktować jako rodzaj zabawy intelektualnej, jednak podtrzymuję pogląd, że całe zbiory są wewnętrznie koherentne.

⁸⁹ Por. cytowana w części metodologicznej mojej pracy „teza o niezbędności” O. Jäkela: metafory „gwarantują spójność i jednolitość naszego doświadczenia” – O. Jäkel, *Metafory w abstrakcyjnych domenach dyskursu. Kognitywno-lingwistyczna analiza metaforycznych modeli aktywności umysłowej, gospodarki i nauki*, przeł. M. Banaś, B. Drag, Universitas, Kraków 2003, s. 44.

aktywności w życiu codziennym i ograniczeniu fizycznej przestrzeni (HOSPICJUM TO WIĘZIENIE, „MOJE TERYTORIUM TO ŁÓŻKO”). Je także można odczytać jako spójne z metaforami uprzedmiotowienia.

Zarejestrowana przeze mnie metafora „historyjkowa” prezentująca w sensacyjnej konwencji „siadanie”, „wstawanie” i jeżdżenie na wózku (CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO TO CZYN HEROICZNY) jawi się jako reakcja na doświadczenie utraty fizycznej siły i kontroli nad własnym ciałem (CHORY TO SŁABY). Inny przykład na doniosłość tego doświadczenia to dwie „historyjki” oznaczone metaforą CHODZENIE (SPRAWNOŚĆ RUCHOWA) TO ŻYCIE.

Jako koherentne z metametaforą aktywności i podmiotowości można też potraktować metafory orientacyjne dotyczące życia: określają one życie i zdrowie w kategoriach kontroli nad ciałem (ŻYĆ TO WIDZIEĆ, ŻYĆ TO STAĆ, WYZDROWIEĆ TO WSTAĆ).

Z metametaforą aktywnego podmiotu są też w jakiś sposób spójne personifikacje choroby i śmierci. Dzięki nadaniu cech ludzkich tym abstrakcyjnym, a jednocześnie niepoddającym się kontroli fenomenom metafory te umożliwiają myślenie o nich w kategoriach walki z możliwym do pokonania przeciwnikiem. Te metafory mają bardzo duże znaczenie dla całego dyskursu o śmierci, a nawet dla praktyki medycznej (mam tu na myśli strategię „wizualizacji” choroby, jakie stosuje się w psychoterapii osób terminalnie chorych). Myśląc o chorobie i śmierci jako o osobach, wrogach, z którymi prowadzimy heroiczne zmagania, możemy przywracać chaotycznemu doświadczeniu porządek i nadawać mu doniosły sens.

Życie i zdrowie to porządek – choroba i śmierć to dezorganizacja

Ostatnia wyróżniona przeze mnie metametaphora określa głównie spójność między metaforami w złożonych konstrukcjach metaforycznych: CHOROBA TO DEZORGANIZACJA („CHOROBA MNIE WYTRĄCIŁA”, „dezorganizowanie organizmu”), LECZENIE TO SKASOWANIE USTERKI (CHOROBA TO USTERKA, czyli deregulacja w jakimś systemie), CHOROBA TO KATASTROFA BUDOWLANA (czyli rozpad, zawalenie się porządku), a w pewnym stopniu także ŻYCIE CODZIENNE TO TRWANIE – CHOROBA TO PRZERWANIE TRWANIA (zaburzenie porządku).

Koherentne są też z nimi proste metafory: ŻYCIE TO KRUCHY PRZEDMIOT (kruchy – czyli podatny na rozpad), ORGANIZM TO PRZEDMIOT ŁAMLIWY („załamanie się fizyczne organizmu”), CHOROBY TO MASZYNA Z USTERKĄ („nie kontaktuje”) i, odnosząc się do definicji brudu jako odpadku porządkowania⁹⁰, ZDROWY TO CZYSTY – CHOROBY TO BRUDNY („płuco było czyste”).

Wszystkie te metafory są spójne także z rozległymi konstrukcjami metaforycznymi, które oznaczyłem ŻYCIE TO PORZĄDEK – CHOROBA TO CHAOS, a także, znowu biorąc pod uwagę antropologiczną definicję brudu, ZŁY LEKARZ TO CZYSTY – DOBRY LEKARZ TO BRUDNY.

Za spójne z całym tym zbiorem metafor uważam metafory „aktywności” i „pasywności”. Pojęcie kontroli, kluczowe dla tych metafor, oznacza również podtrzymywanie, a gdy to konieczne – przywracanie – porządku (przede wszystkim w obrębie jednostkowego doświadczenia)⁹¹.

Cały ten zestaw metafor uważam za potwierdzenie tez Mary Douglas o fundamentalnej dla ludzkiego postrzegania świata potrzebie porządkowania doświadczenia. Ciało ludzkie w metaforyce choroby określane jest jako zorganizowany, uporządkowany system, dla którego choroba jest dezorganizacją – zaburzeniem porządku. Porządek doświadczenia wprowadzają też rutynowe czynności dnia codziennego, których zaprzestanie postrzegane jest jako dezorganizacja życia. Choroba jest zaburzeniem „trwania” życia, czyli jego stałości, niezmienności. Gdy przychodzi choroba, ciało-dom ulega „zawaleniu”. W ciele-maszynie pojawiają się usterki. Ciało-organizm zaś, tak jak krucha materia życia, ulega „załamaniu”.

Doświadczenie zaburzenia porządku życia – we wszystkich jego aspektach – jest silnie traumatyczne. Głęboko porusza jednostkę, która nie jest w stanie wpłynąć na postępującą dezorganizację i odzyskać kontroli nad życiem (zarówno w wymiarze biologicznym, jak i procesów biograficznych). W rozdziale *Tabu i brud* próbowałem wykazać, że prawdopodobnie właśnie ta chaotyczność – rozerwanie charakteryzującego życie

⁹⁰ Por. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy; Por. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit.

⁹¹ Por. definicja brudu M. Douglas jako gwarancji jedności doświadczenia. M. Douglas, *Czystość i zmaza*, op. cit., s. 46. Por. podrozdz. *Śmierć jako anomalia* i *Chaotyczne doświadczenie umierania jako brud* w rozdz. *Tabu i brud*.

porządku – powoduje, że kultura na różne sposoby tabuizuje i izoluje doświadczenie umierania jednostki, by oddzielić je (jako brud) od życia zdrowej części społeczeństwa. Głębokiego znaczenia nabiera w tym świetle opowieść-metafora o „brudnym” dobrym lekarzu i „czystym” złym, w której to ten, który „nie patrzył, czy nie ma krwi na nim”, i którego „nie interesował ubiór”, ale pacjent, był oceniany jako „lekarz z zamiłowania” i „powołania”.

Metametafory a analiza treści

Metametafora RODZINA TO POJEMNIK – JA TO PRZEDMIOT – HOSPICJUM TO POJEMNIK opisuje dobrze moment w historii życia, który nazwałem *trajektorią pacjenta*. Można w niej zobaczyć także wyraz spójności systemu metaforycznego z kulturową praktyką izolacji umierających, której dramatycznym przejawem był wątek *Chcę stąd wyjść* w wywiadach, a także wypowiedzi „usprawiedliwiające” rodzinę.

W opowieściach o *trajektorii pacjenta* znajdziemy także wiele metafor militarnych (notabene struktura procesowa trajektorii dobrze charakteryzuje także doświadczenia wojenne⁹²). Myślę jednak, że powodem występowania tych metafor w wywiadach jest raczej nasycenie nimi żargon medyczny, który rozmówcy mogli absorbować w kontakcie ze służbą zdrowia.

Metametafora CHOROWANIE TO WINA – CHOROBA TO KARA jest odbiciem szerszego problemu utrzymywania się piętnującego myślenia o chorobie jako o karze, którego przejawem były powracające w wywiadach dłuższe wypowiedzi omówione jako wątek winy. To myślenie i język mogą wydawać się archaiczne, przypomnę jednak, że nie pojawiały się w kontekście religijnym, za to uruchamiały à propos profilaktyki zdrowotnej czy komunikowania się z personelem medycznym.

Metametafory JA TO (PASYWNY) PRZEDMIOT – JA TO (AKTYWNY) PODMIOT oraz ZDROWIE TO PORZĄDEK – CHOROBA TO DEZORGANIZACJA można uznać za pokrewne opisom rozpadu

⁹² Zob. np. F. Schütze, *Presja i winy. Doświadczenia młodego żołnierza niemieckiego w czasie drugiej wojny światowej i ich implikacje biograficzne*, przeł. M. Ziółkowska, [w:] J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Warszawa–Poznań 1990, s. 325–340.

dotychczasowego życia codziennego, utraty życiowej samodzielności i nielicznym świadectwom „praktycznych” prób odzyskiwania kontroli – organizowania procesu leczenia, „załatwiania” hospicjum, „porządkowania spraw” formalnych związanych ze zgonem. W oddzielnym wątku opisałem efekt, jaki w psychice jednej z moich rozmówczyń wywołało dłuższe doświadczenie uprzedmiotowienia i zamknięcia – chodzi o wątek *Chcę umrzeć*.

Umieranie a metametafory dyskursu o śmierci

Lakoff i Johnson pisali:

Najbardziej podstawowe wartości w danej kulturze są koherentne z metaforyczną strukturą najbardziej podstawowych pojęć występujących w tej kulturze. (...) Wydaje się więc, że wartości, jakie uznajemy, nie są niezależne, lecz mogą tworzyć koherentny system z pojęciami metaforycznymi, według których żyjemy⁹³.

Mowa była o czymś, co autorzy nazwali „koherencją kulturową”. Prezentując ten teoretyczny pomysł, porównywali zapisane przez nich w formie krótkich fraz wartości z modelami metafor. Dokonał podobnego zabiegu (choć podobnego tylko w pewnym zakresie) i porównałam metametafory opisanego przeze mnie systemu metaforycznego z analizowanymi wcześniej w tej pracy fragmentami dyskursu o śmierci.

W tym celu wróć do mojej analizy tego dyskursu i wykonam jej ostatni element – zrekonstruuje *metametafory dyskursu*.

Za pomocą kognitywnych modeli metafor opiszę kluczowe według mnie, „ukryte” treści ideologiczne dyskursu, o których pisałem w mojej analizie.

W wypadku dyskursu „emancypacji umierających” taką metametaforą jest przede wszystkim UMIERANIE TO PRZESŁANKA ZNIEWOLENIA. Charakteryzuje ona sam źródłowy, emancypacyjny impuls tego dyskursu. W myśli tej zawarty jest paradoks: w końcu – co przypomniało też kilku moich rozmówców – „wszyscy umrzemy”. Spójne z nią są metametafory, które strukturyzują poszczególne wątki krytyki: SZPITAL

⁹³ G. Lakoff, M. Johnson, op. cit., s. 45–46.

TO ZNIEWOLENIE, MEDYCYNĄ TO ZNIEWOLENIE, NOWOCZESNOŚĆ TO ZNIEWOLENIE i wreszcie łączące wiele nurtów emancypacyjnych – KULTURA TO ZNIEWOLENIE⁹⁴. Pojawiający się w dyskursie emancypacyjnym wątek „życiodajnej śmierci” wydaje się opierać na metaforach UMIERANIE TO KATHARSIS (zwłaszcza dla otoczenia umierającego), UMIERANIE TO LEKCJA (dla bliskich i opiekunów, ale i dla poszukujących duchowej odnowy) i wreszcie UMIERAJĄCY TO NAUCZYCIELE (nabierający indywidualnych rysów w fabularyzowanych relacjach byłych wolontariuszy).

Dla dyskursu „antropologicznego” metametaforą jest już sam (odpowiednio przeformułowany) tytuł rozdziału: ŚMIERĆ TO KLUCZ DO CZŁOWIEKA. Pamiętajmy jednak o kierunku metaforycznego rzutowania (co jest metaforą czego, dzięki czemu próbujemy zrozumieć co). Sugerowałem, że w wielu z omawianych tekstów autorzy nie umieraniem są najbardziej zainteresowani; szukają czegoś jeszcze mniej uchwytneho, a zarazem w ich przeczuciu donioślejszego. Formację tę można by więc spróbować opisać: GŁĘBOKI SENS LUDZKIEJ KULTURY TO ŚMIERĆ. W tekstach pisanych przez historyków śmierci szczególnego znaczenia nabiera przyjmująca wiele postaci personifikacja śmierci: ŚMIERĆ TO OSOBA. Pochodzącą od historyka ideę „śmierci oswojonej”, szeroko rozpowszechnioną w całym dyskursie, można podsumować metametaforą DOBRA ŚMIERĆ TO ŚMIERĆ DAWNA. To dzięki historycznej rekonstrukcji mamy zrozumieć, jak powinniśmy umierać dziś⁹⁵.

Dyskurs o tabu, w jego wielu odsłonach, można podsumować jedną metametaforą-ideą, która nie wydaje mi się jednak wcale oczywista: ŚMIERĆ TO TEMAT ZAKAZANY (O KTÓRYM NALEŻY COŚ POWIEDZIEĆ). Powinienem w tym miejscu zauważyć, że efekt mojej pracy nie wyłamuje się z tego schematu.

⁹⁴ Nie jest to stwierdzenie sprzeczne z rozumieniem metafory w teorii kognitywnej. Według przyjętej w niej definicji metafora to próba uchwycenia treści mniej dostępnych doświadczeniu (jak abstrakcyjne pojęcia: medycyna, nowoczesność, kultura) przez skojarzenie z rzeczami bliższymi doświadczeniu – jak zniewolenie, którego kognitywnym prototypem jest cielesne zamknięcie; por. np. O. Werner, *Wiedza ludowa niekoniecznie rozmyta*, przeł. O. Kubińska, W. Kubiński, [w:] M. Buchowski, W. Burszta (red.), *Amerykańska antropologia kognitywna*, Instytut Kultury, Warszawa 1993, s. 138–159.

⁹⁵ Przy tym oczywiście już same wyrażenia „śmierć zdziczała” i „śmierć oswojona” to też metaforyzacje – porównują umieranie do zwierzęcia.

Nad całym dyskursem akademickim dominuje jednak inna wielka, „ukryta” metametafora, wysoce spójna z pozostałymi. Chodzi mi o to, co odróżnia śmierć, o której się mówi w dyskursie publicznym, od umierania, które mogłem zaobserwować w hospicjum. Myślę, że ową nadrzędną, ukrytą metametaforę dyskursu można sformułować: ŚMIERĆ TO IDEA. Bogactwo doświadczenia, relacji społecznych, stanów psychicznych, somatycznych doznań, ale też złożonych procesów fizjologicznych, sprowadzone zostaje do prostego obrazu myślowego, poręcznego pojęcia – samoobjaśniającego się i nieżądanego dalszej refleksji. Ten destylat, zamieszkujący platońskie niebo idei, raz po raz mylimy z obezwładniającym swą złożonością doświadczeniem. Dzieje się tak dlatego, że omawiana metaforyzacja ukryta jest w języku potocznym – nie dostrzegamy różnicy między *domeną źródłową* a *docelową* metafory. Zredukowane, doświadczenie śmierci przestaje być niebezpieczne czy kłopotliwe i już jako znak może posłużyć za budulec wywodów lub fabuł. Problematykę tej redukcji próbowałem uchwycić, powracając kilkakrotnie do problemu, który na wstępie badań naszkicowałem za pomocą kategorii *śmierć-znak – śmierć „prawdziwa”*.

Moje porównanie metametafor dyskursu o śmierci z metametaforami języka, którym pacjenci hospicjum mówią o chorobie i umieraniu, nie będzie długim wywodem. Zawiera się ono w jednym spostrzeżeniu: metametafory te kompletnie do siebie nie przystają, nie są koherentne. Mówiąc precyzyjnie: metametafory strukturyzujące dyskurs o śmierci, które uważam za rodzaj rekonstrukcji jego podłoża ideologicznego i ukrytych w nim sensów, w dość ograniczonym stopniu nadają się do opisu tego, czym choroba i śmierć były dla moich rozmówców – ludzi rzeczywiście umierających. Zaznaczam, że piszę to, przyjmując po raz kolejny owo ryzykowne założenie całej mojej pracy (i pamiętając o wszystkich jego ograniczeniach), że język, w jakim się mówi o doświadczeniu, jest jego dobrym przekładem.

Śmierć dla moich rozmówców raczej nie była głębokim sensem, nie była żadną doniosłą odpowiedzią na problemy życia – była bezsensowna, niezrozumiała, bezładna.

Dopóki śmierć jest ideą, *znakiem* – można o niej mówić. Również moi rozmówcy nie mieli z tym problemu, choćby w żartach z „kosztu-

chą” i „doktorem Piaseckim”, a także, gdy używali, zaskakująco rzadko, języka religii. Gdy rozmowa zbaczała jednak na ich własną śmierć (głównie w obrębie ich własnych wypowiedzi), śmierć stawała się nieraz powodem płaczu, długich pauz, milczenia.

Jeśli chodzi o myśl o „zakazanym temacie, o którym należy coś powiedzieć”, wywiady przyniosły jej zaskakującą modyfikację: odniosłem wrażenie, że dla moich rozmówców śmierć była tematem, o którym bardzo chcieli mówić. Większość nie znajdowała jednak odpowiedniego języka, którym mówić byłaby w stanie.

Dyskurs „emancypacyjny”, od którego zacząłem swoje analizy (i który poddałem w pewnym zakresie krytyce), okazał się najbliższy odbitemu w metaforyce wywiadów doświadczeniu umierających. „Umieranie, jako przesłanka zniewolenia” wydaje się spójne z metametaforą JA TO (PASYWNY) PRZEMIOT – JA TO (AKTYWNY) PODMIOT, która wyraża, moim zdaniem, trudne doświadczenie utraty kontroli nad swoim ciałem i życiem. Również diagnoza o „zniewoleniu” przez kulturę (pomijając silnie normatywny charakter takiego rozpoznania) wydaje się mieć podstawy, gdy weźmiemy pod uwagę moje interpretacje o „odmieńcach” i kulturowym brudzie. Z metametaforą „umieranie to przesłanka zniewolenia” jest też spójny metaforyczny „opis” wyłączenia z rodziny: RODZINA TO POJEMNIK – CHORY TO PRZEDMIOT – HOSPICJUM TO POJEMNIK. Trafne wskazanie na cierpienie umierających nie zawsze idzie jednak w parze ze skutecznością emancypacyjnych działań. Jeśli zaliczymy do nich dorobek ruchu hospicyjnego, można powiedzieć, że dyskurs ten wytworzył praktyki niosące ukojenie chorym i skutecznie kształtował postawy. Wiele jednak z tego, co mówi się i pisze w emancypacyjnym tonie, ma niewielki wpływ na kulturę, tam gdzie działa ona najsilniej. Być może również dlatego emancypacyjny dyskurs zbacza w rejony „polityki życia” (UMIERANIE TO KATHARSIS, UMIERANIE TO LEKCJA). Ten odłam znów zakrywa doświadczenie umierających, próbując przerobić je na moralitet dla zdrowych.

Doświadczenie umierających a jego fabularne przedstawienia

Chciałbym wreszcie skonfrontować odbite w języku doświadczenie moich rozmówców z opisanymi przeze mnie fabularnymi przedstawieniami choroby i śmierci. Należy zaznaczyć, że już powyższy opis *metame-*

tafor dyskursu odnosi się w jakimś zakresie do tego swoistego „dyskursu narracji fabularnych”⁹⁶.

Śmierć używana jako *znak* do konstruowania narracji funkcjonuje na zasadzie, którą trafnie opisuje fraza ŚMIERĆ TO IDEA. Nawet gdy śmierć jest problematyzowana, gdy twórcy czynią ją głównym tematem, łatwo staje się „KLUCZEM DO CZŁOWIEKA”, który pozwala dojść do „GŁĘBOKIEGO SENSU”. Gdy widzimy przedstawienia śmierci *brudnej* i *dzikiej*, czyli chaotycznej, fizjologicznej i nieakceptowanej, jesteśmy pewni, że przynajmniej w jakimś zakresie twórcy byli przekonani, że ŚMIERĆ TO TEMAT TABU (O KTÓRYM TRZEBA COŚ POWIEDZIEĆ). Gdy zaś śmierć jest przyjmowana ze zgodą, dopełnia się wśród bliskich, w przejmującym i wzniosłym finale – są powody, by podejrzewać, że przedstawienie takie jest echem idei „śmierci oswojonej”, czyli DAWNEJ, DOBREJ ŚMIERCI. Niezależnie jednak od stopnia trwogi, jaką budzi śmierć, w finałowych, dopełniających katartyczne oczyszczenie sekwencjach bohaterowie przemówią do nas zza grobu poetyckimi metaforami, byśmy nie mieli wątpliwości, że odebraliśmy „LEKCJĘ”.

Ten specyficzny dyskurs rządzi się tymi samymi prawami i reprodukuje te same tezy co dyskurs profesjonalny, medialny czy akademicki. Także w przypadku fabularnych przedstawień choroby i śmierci ich ukryte podłoże ideologiczne w niewielkim stopniu pasuje do odbitego w języku wywiadów doświadczenia moich rozmówców.

Zaznaczę przy tym, że zrekonstruowane przeze mnie *metametafory dyskursu* trafnie opisują przede wszystkim najnowsze, powstające od lat 90. przedstawienia choroby i śmierci. Odczytuję to jako potwierdzenie postawionej w pierwszej części pracy hipotezy, że XX-wieczne fabularne przedstawienia odzwierciedlają idee i tematy pojawiające się w publicznej dyskusji o śmierci (przy czym transfer idei potrafi być opóźniony nawet o 20 lat). Przypomnę też, że przedstawienia zapośredniczone przez dyskurs akademicki czy medyczny stają się bardziej widoczne w okresach, które nie dostarczają silnych, ponadindywidualnych doświadczeń śmierci, jakimi były I i II wojna światowa czy amerykańska wojna w Wietnamie⁹⁷.

⁹⁶ Por. rozdz. *Metoda*, zob. też rozdz. *Wymiary śmierci*.

⁹⁷ Mam tu na myśli przedstawienia umierania na raka i AIDS oraz przedstawienia nawiązujące do kary śmierci – wydają się one mieć związek z intensywnością dyskusji na

Dopiero w latach 70. emancypacyjny dyskurs o śmierci, a także w jakimś zakresie dyskurs o tabu, skierowały uwagę twórców na doświadczenie umierania. Efektem tego zwrotu było pojawienie się dwóch sposobów przedstawiania śmierci, które wydają mi się najbliższe odbitemu w języku wywiadów doświadczeniu umierania. Chodzi mi o „wymiały” *śmierci szpitalnej* i *mojej śmierci*.

Przedstawienia *śmierci szpitalnej* pokazywały to miejsce na dwa sposoby: jako neutralną scenografię dla międzyludzkich relacji (z reguły była to perspektywa lekarzy) lub jako „miejsce, w którym się umiera”, które budzi obrzydzenie i strach. W wywiadach odnalazłem wypowiedzi zbieżne z obydwojema tymi motywami. Pierwszy jest podobny do opisów życia codziennego hospicjum, relacji z personelem i „pozytywnych” opisów spotkań z rodziną. Drugi przypomina nieco narracje o *trajektorii pacjenta*, jednak w największym stopniu jest spójny z cechą języka, którą charakteryzuje metametaphora RODZINA TO POJEMNIK – CHORY TO PRZEMIOT – HOSPICJUM TO POJEMNIK, wyrażająca w jakimś zakresie poczucie izolacji. Jako spójne z wizjami *śmierci szpitalnej* można też potraktować metafory wyrażające uprzedmiotowienie i dezorganizację – w tym sensie, że „szpitalne” przedstawienia podkreślały często utratę samodzielności i zerwanie porządku życia codziennego (gdy zachodziła konieczność hospitalizacji).

Przedstawienia *mojej śmierci* są z opisanych przeze mnie „wymiarów” zdecydowanie najbliższe odzwierciedlonemu w wywiadach doświadczeniu. Jednak, w moim przekonaniu, są one ciągle bardzo odległe od obrazu, jaki wyłania się z wywiadów.

Śmierć w tych przedstawieniach była pokazywana z perspektywy umierającej jednostki, świadomej swojego stanu i borykającej się z psychicznymi problemami, na które wystawia ją wiadomość o „śmiertelnej” chorobie. Problemy te ujawniały się przede wszystkim w relacjach z otoczeniem. Umieranie było zwykle przedstawione jako proces o postaci: brak akceptacji – załatwianie ważnych spraw – pogodzenie się, podczas którego najpierw dochodziło do dezorganizacji życia, a następnie do jego ponownej „pozytywnej” reorganizacji. Tym samym umieraniu przy-

dany temat. Przedstawienia śmierci wojennej są często relacjami świadków – por. rozdz. *Wymiały śmierci* mojej pracy.

wracany był sens, a przedstawienia *mojej śmierci* prawie zawsze kończyły się rodzajem *happy endu* (choć bohater niezmiennie umierał).

Jak pokazywały wywiady, umieranie nie zawsze jest związane ze świadomością swojego stanu⁹⁸, psychiczne problemy pacjentów wydają się poważne⁹⁹ i mogą być związane z relacjami z rodziną¹⁰⁰, ale ich przeżywanie raczej nie przybiera postaci procesu godzenia się, podsumowań i pożegnań. Sekwencja „dojrzewania” do śmierci – od braku akceptacji do jej zaakceptowania – nie odzwierciedliła się w żadnym z moich wywiadów (tylko w przypadku dwóch wywiadów można w ogóle mówić o „pogodzeniu” – wywiad 8 i 10). Proces dezorganizacji był widoczny i to zarówno w treści wywiadów¹⁰¹, jak i w ich języku¹⁰². Jednak o reorganizacji można mówić tylko w odniesieniu do prób radzenia sobie z praktyczną stroną leczenia, ewentualnie w przypadku specyficznych cech języka, tylko w pewnym zakresie zależnych od jednostki. Jak pisałem już wcześniej, umieranie nie wydaje się mieć dla moich rozmówców głębokiego, doniosłego sensu, który sugeruje patos finałów fabularnych przedstawień. Umieranie nie jest kluczem, nie jest lekcją, wydaje się raczej cichym, powolnym, beładnym procesem – cierpieniem, którego doświadcza się w samotności.

Ze względu na popularne *domeny docelowe* metafor z wywiadów można spojrzeć w nowym świetle na przedstawienia *śmierci wojennej* (mam na myśli metaforykę militarną) i przedstawienia *kary śmierci* (metaforyka winy i kary). Ze względu zaś na sposób przedstawiania psychiki bohaterów bardzo ciekawe wydają się filmy zawierające motyw *eutanazji*: zobaczyć tu można, tak jak w materiale z wywiadów, cierpienie związane z brakiem samodzielności i utratą kontroli nad ciałem¹⁰³.

⁹⁸ Zob. podrozdz. *Nie wiem, co mi jest* w rozdz. *Obszary doświadczenia*.

⁹⁹ Zob. podrozdz. *Nie wiem, co mi jest, Nadzieja: Nie chcę umierać, Chcę stąd wyjść* w rozdz. *Obszary doświadczenia*. Por. z metametaforami systemu metaforycznego wywiadów.

¹⁰⁰ Zob. podrozdz. *Rodzina, samotność, izolacja, usprawiedliwienia*. Por. metametaphora RODZINA TO POJEMNIK – CHORY TO PRZEDMIOT – HOSPICJUM TO POJEMNIK.

¹⁰¹ Zob. podrozdz. *Trajektoria pacjenta, Dezorganizacja i kontrola, Chaos czy demencja?* w rozdz. *Obszary doświadczenia*.

¹⁰² Zob. metametaphory dotyczące dezorganizacji i podmiotowości.

¹⁰³ Por. podrozdz. *Doświadczenie fizyczne* w rozdz. *Obszary doświadczenia* i podrozdz. *Ja jako (aktywny) podmiot – ja jako (pasywny) przedmiot* w tym rozdziale.

Pojawia się w tych przedstawieniach, tak jak w wywiadach, także motyw śmierci widzianej jako wybawienie¹⁰⁴.

Materiał z wywiadów utwierdził mnie w przekonaniu, że do doświadczenia umierania zbliżają się przedstawienia *śmierci brudnej*, ukazanej przez pryzmat pojawiającego się w życiu chaosu i bezładu, a przy tym niezakrywające brudnej fizjologii umierania, oraz przedstawienia *śmierci dzikiej*, czyli nieakceptowanej i budzącej trwogę. W dużo mniejszym stopniu adekwatne są te, które prezentują śmierć jako przyjmowaną ze zrozumieniem, naturalną konsekwencję życia, a przy tym jako pouczającą, wzniosłą, nadającą temu życiu sens doświadczenie¹⁰⁵.

Doświadczenie zrekonstruowane?

Paul Ricoeur, omawiając związki języka z doświadczeniem, napisał:

[C]hodzi o to, że doświadczenie jednej osoby nie może być w całości jako takie a takie doświadczenie przekazane komuś innemu. Moje doznanie nie może stać się bezpośrednio twoim doświadczeniem. Zdarzenie należące do jednego strumienia świadomości nie może jako takie zostać przeniesione do innego strumienia świadomości. Niemniej jednak coś zostaje przeniesione ode mnie do ciebie. Coś przechodzi z jednej sfery życia do innej. Tym czymś nie jest doświadczenie jako takie, lecz jego znacznie. Tu właśnie mamy do czynienia z cudem. Doświadczenie jako doznane przeze mnie, jako przeżyte, pozostaje czymś prywatnym, jednakże jego sens, jego znaczenie staje się publiczne. Z tej perspektywy komunikacja stanowi przewyżczenie radykalnej niekomunikatywności żywego doświadczenia jako takiego¹⁰⁶.

Myślę, że ten cytat zwalnia mnie z ponownego wyjaśniania, jaki status należy przyznać dokonanej przeze mnie, za pomocą analizy języko-

¹⁰⁴ Zob. podrozdz. *Chcę umrzeć* w rozdz. *Obszary doświadczenia*.

¹⁰⁵ Por. rozdz. *Nauki z rewizji własnych pomysłów* w części *Obrazy śmierci*.

¹⁰⁶ P. Ricoeur, *Teoria interpretacji. Dyskurs i nadwyżka znaczenia*, przeł. K. Rosner, [w:] P. Ricoeur, *Język, tekst, interpretacja. Wybór pism*. K. Rosner (wyb.), PIW, Warszawa 1989, s. 84–85.

wej, rekonstrukcji doświadczenia. Nie poznałem go w całości. Nie jestem w stanie doznać, ani tym bardziej wiernie przekazać w tej pracy tego, jak moi rozmówcy przeżywali swoje emocje, swoją cielesność, swoje psychiczne cierpienie. Tym, co próbowałem uchwycić, jest znaczenie. Zwłaszcza to, które nie jest dostępne wprost, ale jest ukryte w języku, w jego trudnych do interpretacji i uporządkowania warstwach. Dzięki zwróceniu uwagi na język, a także dzięki samej decyzji o porozmawianiu z umierającymi pacjentami, próbowałem na swój sposób „przezwyćczyć niekomunikatywność żywego doświadczenia”.

Ostatnia refleksja dotyczy tego, co w moim przekonaniu w języku wywiadów w największym stopniu oddawało indywidualność doświadczenia rozmówców.

W metaforyce wywiadów metafory proste, martwe, czyli utrwalone w języku, reprezentują to, co kulturowe w postrzeganiu choroby i umierania: oprócz poszczególnych typów metafor prostych, jak metafory przedmiotu, pojemnika czy osoby – które są właściwe językowemu porządkowaniu wszelkich obszarów doświadczenia – pojawiały się metafory o charakterze strukturalnym, takie jak: CHORY TO SŁABY, CHORY TO WINNY, CHOROBA TO KARA, CHORY TO CIĘŻAR, PACJENT TO PODWŁADNY, LECZENIE TO PROCES SĄDOWY, CHOROBA/LECZENIE TO WOJNA, ŚMIERĆ TO NIE DAĆ RADY, ŚMIERĆ TO NIE-OBECNOŚĆ. Uważam, że te metafory proste odzwierciedlają w jakimś sensie społeczną czy też kulturową wizję choroby, chorych i umierania.

Natomiast bardziej „kreatywne”, „prywatne” metafory, przede wszystkim metafory złożone (wraz ze swymi komponentami), a zwłaszcza rozległe konstrukcje metaforyczne pod postacią „historyjek”, stanowią w większym stopniu odbicie tego, co w doświadczeniu choroby i umierania jednostkowe, osobiste. Mam tu na myśli takie metafory, jak: ŻYCIE TO AKTYWNOŚĆ – CHOROBA TO APATIA, CHOROBA TO MĘCZARNIA (FIZYCZNA I PSYCHICZNA), CHODZENIE (SPRAWNOŚĆ RUCHOWA) TO ŻYCIE, CZYNNOŚCI DNIA CODZIENNEGO TO CZYN HEROICZNY, POBYT W HOSPICJUM TO NIE FANTAZJA, POBYT W HOSPICJUM TO GEHENNA, MYŚLENIE O ŚMIERCI TO POWÓD UTRATY WSZYSTKIEGO, STRACH TO KONIECZNOŚĆ, ZŁY LEKARZ TO CZYSTY – DOBRY LEKARZ TO BRUDNY.

Z porównania tych dwóch poziomów języka wywiadów wyłania się różnica w kulturowym i indywidualnym postrzeganiu, czy też przedstawianiu doświadczenia umierania w obrębie języka.

Na koniec jeszcze wniosek odnośnie do przyjętej na potrzeby mojej pracy koncepcji doświadczenia¹⁰⁷: wybór ten okazał się trafny. Wzięcie pod uwagę językowego aspektu doświadczenia umożliwiło mi jego opis w formie, którą zaprezentowałem wyżej. Zgodnie z sugestią Joan Scott, starałem się poddać doświadczenie interpretacji, mimo że dostępne mi było już w postaci zinterpretowanej: owej wstępnej interpretacji dokonywał rozmówca, formułując swe wypowiedzi. Jak wskazuje metametaphora dezorganizacji i kontroli oraz metametaphora podmiotowości i aktywności, również aspekt porządkowania doświadczenia, o którym pisze Mary Douglas, okazał się wyjątkowo istotny. Dopiero pewne wątki wywiadów zwróciły moją uwagę na cielesny komponent doświadczenia, o którym pisał Richard Shusterman.

Jednak to definicja Gadamera wydała mi się, także już po przeprowadzeniu badania, najbardziej trafna. Doświadczenie moich rozmówców w stopniu szczególnym jawiło się jako związane z cierpieniem, jako mające negatywny charakter i jako związane z uświadamianiem sobie ludzkiej skończoności. W świetle definicji Gadamera doświadczenie umierania wydaje się kwintesencją doświadczenia w ogóle. Traktuję jednak tę myśl z dystansem – w zbyt dużym stopniu przypomina mi metaforę ŚMIERĆ TO KLUCZ DO CZŁOWIEKA.

Gdy porównuje się zapis doświadczenia moich rozmówców z fabularnymi przedstawieniami choroby i śmierci oraz z omówionymi przeze mnie fragmentami dyskursu publicznego, jeszcze jeden element gadamerskiej definicji doświadczenia nabiera szczególnego znaczenia: jego pojawianie się wraz z rozwianiem złudzeń, w momencie zawodu oczekiwań, wraz z rozczarowaniem.

¹⁰⁷ Zob. rozdz. *Kluczowy termin – doświadczenie mojej pracy*.

NARRACYJNE PRZEDSTAWIENIA A DOŚWIADCZENIE UMIERAJĄCYCH

W mojej pracy próbowałem wyjaśnić, czemu, mimo potężnej „produkcji tanatologicznej” – tekstów akademickich, artykułów prasowych, kampanii „emancypacyjnych”, nieprzebranej ilości filmów, wspominków i powieści – śmierć potrafi być zaskoczeniem, rozczarowaniem, rozwiązaniem złudzeń. Winna jest właśnie ta „nieadekwatność” obrazów i wypowiedzi, które opierają się w dużej mierze na innych przedstawieniach. Winne wydają się też społeczne praktyki, które, włączając się w logikę tabu, chronią jednostki przed nieestetycznym i wprowadzającym zamęt doświadczeniem śmierci.

Chciałbym dodać do poprzednich refleksji już ostatnią, stanowiącą rodzaj alternatywnego podsumowania. Będzie to prosty teoretyczny model – synteza wątków dotyczących przedstawiania i doświadczania umierania, pojawiających się w poszczególnych częściach mojej pracy. Choć model ten jest w pewnym sensie modelem kultury, nie ma ambicji wyjaśniać w niej wszystkiego, a zaledwie pewien aspekt późnowczesnych relacji między sferą narracyjnych przedstawień a doświadczeniem indywidualnym.

Sfera narracyjnych przedstawień to stale uzupełniany zasób utrwalonych, opowiedzianych historii. Składają się nań mity, baśnie, przypowieści biblijne, powieści, filmy, seriale, dramaty. Ponieważ pozostają one w stałym związku z publiczną debatą, która zarówno je inspiruje, jak i wykorzystuje we własnych opowieściach, należy tu przypisać także wypowiedzi debaty publicznej.

Próbowałem już kilkakrotnie wskazać, jak rozumiem doświadczenie indywidualne. Doprecyzuję jeszcze, że nie traktuję tego pojęcia jako odwołania do jakiejś indywidualnej pierwotnej bezpośredniości, na przykład rozumowej, zmysłowej czy fizjologicznej, którą dałoby się wyrazić, czy też opisać, dopiero zawieszając nabytą wiedzę. Podobnie,

pisząc o przedstawieniach bliższych doświadczeniu lub odleglejszych od niego, nie miałem na myśli tego rodzaju pierwotnej bezpośredniości. Pomny na dorobek XX-wiecznych nauk społecznych, uznaję doświadczenie za uwikłane w język, historię i strukturę społeczną, wiedzę lokalną, różnorodne style myślenia, socjalizację w kolejnych grupach i różnych polach społecznych, kody mowy, kapitał kulturowy, dyspozycję scholastyczną i estetyczną, a także przez szersze uniwersum symboliczne, w którym porusza się jednostka. Doświadczenie indywidualne dostępne jest, tak badaczowi, jak i doświadczającej jednostce, zawsze już wyartykułowane i zinterpretowane. Jego uświadomienie i utrwalenie nie dokonują się spontanicznie, lecz raczej przez wprowadzenie doń porządku w wyniku długotrwałej i wymagającej pracy autorefleksji, pracy biograficznej (do której szczególną okazją jest sytuacja wywiadu)¹.

Chciałbym zaproponować spojrzenie na te dwie sfery – przedstawień i doświadczenia – jak na pozostające w dynamicznej relacji, opartej na transmisji w jedną stronę: idei, postaw, wzorów zachowań, norm, konwencji, zakazów, ostrzeżeń. W drugą zaś stronę: zapisów doświadczenia – utrwalconych w przeróżnych mediach relacji z przeżyć i stanów psychicznych, anegdot, refleksji, wrażeń zmysłowych czy doświadczenia somatycznego, a także refleksyjnych opisów doświadczeń doniosłych i trudnych (jak biograficzne punkty zwrotne czy procesy trajektoryjne).

Autor powieści inspirował się żywotami przyjaciół, zapisuje anegdoty, studiował manieryzm i nawyki językowe, słucha ludzi wokół siebie. Scenarzysta, tworząc fabułę, próbuje być blisko historii „z życia”. Operator studiował ruch ciała, mimikę, znaczące spojrzenia – to one, uchwycone kamerą, tworzą atmosferę filmu. Do słuchacza, widza lub czytelnika (do sfery indywidualnego przeżywania i doświadczania) wraca to, co zostało z tych strzępków ulotnych przeżyć i doświadczeń zapisane i przetworzone w opowieść.

Każdy zapis doświadczenia jest już przedstawianiem. Jednak kulturową sferę narracyjnych przedstawień tworzą dopiero te, które zostaną utrwalone, poddane kolejnym procedurom modyfikacji zapisu (na-

¹ Przywołuję tu poglądy filozofów hermeneutyki, konstruktywizmu w socjologii, socjologii wiedzy, antropologii kulturowej i in. W szczególności: Ludwika Flecka, Petera L. Bergera i Thomasa Luckmanna, Pierre'a Bourdieu, Clifforda Geertza, Charlesa Taylora, Hansa-Georga Gadamera, Fritza Schützego.

granie audio wywiadu, transkrypcja, tekst scenariusza, scenopis, budowa kadru i oświetlenie planu, kolejne ujęcia, montaż, masowa dystrybucja itd.), następnie zaś uzyskają szerszy zasięg².

Ten proces zapośredniczony jest także przez dyskursywność samego rzemiosła opowiadania: historię form, tradycji literackich, konwencji piarskich czy rozwoju języka wizualnego i filmowego.

Mamy więc do czynienia z przedstawieniami stworzonymi z innych przedstawień. Ze spiętrzeniem, palimpsestem, głuchym telefonem całej serii niewprawnych odbić i przekształceń, których oryginał zaginął.

Jednak wiele z tego wraca – wpływa na percepcję, światopogląd czy samozrozumienie współczesnych konsumentów kultury. Nieustannie pochłaniane przez nich obrazy i fabuły, te długie zarwane noce obrazotwórczości³, należy dopisać do wymienionej wyżej listy uwarunkowań.

Jako istotny aspekt tej sprzężonej zwrotnie i obustronnej transmisji chciałbym wskazać mimetyzm, czyli naśladownictwo.

Ruch od doświadczenia do przedstawienia polega na *mimesis* rozumianym jak u Arystotelesa⁴ – naśladownictwie za pomocą konstrukcji fabularnej, w poetyckiej formie, ale też w nieodłącznym związku z odgrywaniem⁵ lub, tak jak u Ericha Auerbacha⁶, na wiernym odzwierciedlaniu rzeczywistości „właściwej”. To ostatnie rozumienie wydaje się bliższe współczesnemu rzemiosłu przedstawiania. *Mimesis* u Auerbacha to po prostu realizm⁷.

² Tym razem przywołuję w uproszczeniu refleksję o procedurach inskrypcji i translacji w obrębie studiów nad nauką i technologią (STS) oraz teorii aktora-sieci (ANT).

³ Por. A. Finkelkraut, *Niewdzięczność. Rozmowa o naszych czasach*, przeł. S. Królak, Sic!, Warszawa 2005, s. 122. Por. J. Tokarska-Bakir, „Zanik doświadczenia”. *Diagnoza antropologiczna*, „Teksty Drugie” 2006, nr 3, *Doświadczenie. Reaktywacja*, s. 39–45.

⁴ Zob. Arystoteles, *Poetyka*, przeł. H. Podbielski, [w:] Arystoteles, *Retoryka, Poetyka*, przeł. H. Podbielski, PWN, Warszawa 1988, s. 323–327 i dalej.

⁵ Por. H. Podbielski, *Wstęp tłumacza*, [w:] Arystoteles, *Poetyka*, op. cit., s. 299–313. Według Podbielskiego Arystoteles nigdy nie zdefiniował tego terminu, a to dlatego, że uważał go za oczywisty – ibidem, s. 308.

⁶ Zob. E. Auerbach, *Mimesis. Rzeczywistość przedstawiona w literaturze Zachodu*, przeł. Z. Żabicki, Prószyński i S-ka, Warszawa 2004.

⁷ Por. „Uważnemu czytelnikowi *Mimesis* narzuca się niemal automatycznie następująca teza dotycząca przedstawiania rzeczywistości: rzeczywistość jest uprzednia wobec wszelkich reprezentacji. W języku filozoficznym oznaczałoby to, że empiryczne poprzedza transcendentalne, w języku teoretycznoliterackim zaś moglibyśmy powiedzieć,

Jednym z aspektów ruchu od sfery przedstawień („z powrotem”) do indywidualnego przeżywania i doświadczania jest *mimesis*, rozumiane jak u Reného Girarda, czyli mimetyczne naśladownictwo dostępnych w otoczeniu wzorców⁸. Transmisję w tę stronę charakteryzuje także zjawisko określane jako „uczenie się przez naśladownictwo”⁹. Dodam jeszcze, że mimetyzm jest według Girarda nieodłącznie związany z pragnieniem¹⁰.

Sztuka czy piśmiennictwo akademickie próbują naśladować doświadczenie, przetwarzając je na złożone przedstawienia. Jednostki uczą się przez naśladowanie wzorców występujących we wszechobecnych przedstawieniach. Uczą się nie tylko postaw i zachowań. Uczą się też, jak postrzegać i interpretować własne otoczenie i własną historię życia¹¹. Setki znanych nam fabuł naśladujemy także w naszych wyobrażeniach o tym, co dla nas możliwe i niemożliwe, czy w naszych projektach przyszłości. Narracyjne przedstawienia wyrabiają o c z e k i w a n i a.

Nigdy nie nurkowałem w batyskafie, ale mam pewne wyobrażenie o przeżyciach nurka – widziałem to wiele razy w fabularnych filmach. Nie wiem, jak wygląda wojna, ale nigdy nie chciałbym się na niej znaleźć, bo przeczytałem *Na Zachodzie bez zmian*. Zanim rozpocząłem moje badanie w hospicjum, miałem niewielkie pojęcie o tym, jak funkcjonuje taka

że rzeczywistość przedstawiona nie jest skonstruowana przez samo przedstawienie, lecz przez nie odsłonięta, ujawniona lub odkryta” – M.P. Markowski, *Rozumna rzeczywistość. Wprowadzenie do lektury Ericha Auerbacha*, [w:] ibidem, s. VII. Co ciekawe, Auerbach także nie opatrzył użytego w tytule pracy pojęcia komentarzem teoretycznym – za: ibidem, s. VI.

⁸ Zob. R. Girard, *Początki kultury*, przeł. M. Romanek. Znak, Kraków 2006, s. 61–102.

⁹ Zob. np. B. Arska-Karyłowska, *Kształtowanie zachowań prospołecznych u dzieci za pomocą modelowania*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1982. Por. A. Schutz [Schütz], *Potoczna i naukowa interpretacja ludzkiego działania*, przeł. D. Lachocka, [w:] E. Mokrzycki (red.), *Kryzys i schizma. Antyscyjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej*, t. 1, PIW, Warszawa 1984, s. 146–152.

¹⁰ „Pragnienie mimetyczne jest tym, dzięki czemu jesteśmy ludźmi (...). To właśnie mimetyczny charakter pragnienia uzdalnia nas do przystosowania się, to on umożliwia człowiekowi uczenie się wszystkiego, co musi umieć robić, by być uczestnikiem kultury. Człowiek nie jest wynalazcą kultury – jest jej naśladowcą” – R. Girard, op. cit., s. 64.

¹¹ Por. P. Berger, T. Luckmann, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, przeł. J. Niżnik, PIW, Warszawa 1983.

instytucja, i mogłem się tylko domyślać, jak będą się zachowywali pacjenci i personel. Moje oczekiwania wyrobiłem sobie, oglądając film dokumentalny *A Hospice in Amsterdam*¹². O prawdopodobnym przebiegu własnego umierania możemy wyrobić sobie opinię, przebywając razem z umierającymi osobami lub oglądając przedstawienia *mojej śmierci*. Jednak nic nie przygotowuje nas na doświadczenie w postaci, w jakiej ujrzymy je „własnymi oczami” i odczujemy powłokami własnego ciała: obserwując, jak to nasze własne życie podlega dezorganizacji, czując, jak ciało poddaje się chorobie i wyniszczeniu, wiedząc, że powoli zbliża się koniec. Prawdopodobnie większości mieszkańców rozwiniętych społeczeństw zaledwie kilka razy w życiu zdarza się okazja porozmawiania z umierającym człowiekiem. Natomiast narracyjne przedstawienia śmierci są wszędzie.

Może to przynajmniej częściowo tłumaczyć, czemu doświadczenie umierających da się opisać kategoriami utraty kontroli, braku podmiotowości i nieporządku. Może to tłumaczyć dezorientację, problemy w komunikacji i niezgodę na przebywanie w hospicjum. Jak pisałem, odniosłem wrażenie, że moi rozmówcy nie dokonywali reinterpretacji umierania i nie potrafili nadać mu „głębokiego sensu”.

Narracyjne przedstawienia śmierci – nie tylko te we współczesnych filmach fabularnych, lecz także w gazetach codziennych, ilustrowanych tygodnikach, poradnikach – przygotowują nas na doświadczenie umierania, kształtują naszą jego przyszłą percepcję, wyrabiają oczekiwania co do przebiegu choroby, zachowań rodziny, naszych psychicznych reakcji. Jeśli niemal zawsze pojawia się w nich *śmierć czysta* i *śmierć oswojona*, możemy się spodziewać, że my także doświadczymy pogłębienia relacji z rodziną, zażegnamy dawne konflikty, a śmierć przyjmiemy godnie i ze spokojem.

Czy komuś zatem zależy na tym, żebyśmy byli oszukani? W jakimś zakresie sugerowała to moja refleksja o pewnej funkcjonalności tabu doświadczenia śmierci¹³. Nie rezygnuję z tej tezy – doświadczenie to ma bardzo negatywny wpływ na społeczne funkcjonowanie jednostki. Gdy doświadcza ona śmierci innych lub zapada na „śmiertelną” chorobę, jej życie codzienne (praca, kariera) zostaje zdezorganizowane i jednostka

¹² *A Hospice in Amsterdam*, reż. S. Meyknecht, 2005 [bez daty i miejsca wydania].

¹³ Zob. rozdz. *Tabu i brud* mojej pracy.

przestaje, przynajmniej na jakiś czas, w tym społeczeństwie „funkcjonować”. Jednak sama złudność wyrobionych w mimetycznym procesie oczekiwań ma prostsze przyczyny.

Naśladownictwo ma bowiem swoje uwarunkowania. W przypadku naśladowania doświadczenia przez przedstawienia są to przede wszystkim reguły estetyczne, określające sposób przedstawiania: schematy narracyjne (*brak akceptacji – załatwianie spraw – pogodzenie; doświadczenie śmierci – dezorganizacja – reorganizacja*), reguły konstruowania narracji (*ekspozycja – konfrontacja – finał; litość i trwoga – oczyszczenie*), formy i konwencje prowadzenia narracji (*realistyczna, metaforyczna i poetycka, symboliczna, „logika snu”, „montaż MTV”*), normy estetyki wizualnej (*klasyczne piękno, „piękno brzydoty”*), schematy konstrukcji bohatera (*bohater pozytywny – przystojny i ciekawy; antybohater – przegrany i nudny*), wyobrażenia na temat mechanizmów psychicznych i tak dalej¹⁴. Dochodzą do tego praktyczne uwarunkowania, takie jak zapotrzebowania rynku, gusty czytelników i wydawców, polityka wytwórni filmowych, polityka redakcyjna gazet i telewizji, wyobrażenia o kompetencjach kulturowych „przeciętnego czytelnika”, „gorące tematy”, a także ważne bieżące wydarzenia, poruszające zbiorową wyobraźnię. Dużą rolę odgrywają tu również systemy porządkowania organizujące kulturę, objawiające się z jednej strony jako pozytywne wartości kultury (seksualne piękno, młodość, witalność, aktywność), z drugiej zaś strony – pod postacią tabu i repulsji wobec kulturowego brudu. Wpływają one na to, co jest wybierane jako przedmiot opowieści i przedstawienia, a co zostaje pominięte (lub odrealnione).

Dla tych, którym bliska jest koncepcja doświadczenia pierwotnego i bezpośredniego, ostatnim utrudnieniem w jego przedstawianiu będzie „radykałna niekomunikatywność żywego doświadczenia”, o której wspominał Ricoeur¹⁵.

¹⁴ Por. z refleksją o „strategiach odwracania” doświadczenia w rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka*.

¹⁵ Zob. cytāt w rozdz. *Metametafory i doświadczenie umierających* mojej pracy. Por. P. Ricoeur, *Teoria interpretacji. Dyskurs i nadwyżka znaczenia*, przeł. K. Rosner, [w:] P. Ricoeur, *Język, tekst, interpretacja. Wybór pism*, wyb. K. Rosner, PIW, Warszawa 1989, s. 84–85.

Naśladowanie przedstawień w naszych projektach przyszłości jest z kolei uwarunkowane przyzwyczajeniem do łatwego uogólniania przedstawionych wydarzeń, procesów psychicznych, procesów biograficznych i tak dalej – w naszej percepcji ich odpowiedników napotykanym później w życiu codziennym. Ważną rolę odgrywa tu też „mimetyczna pożądlivość”¹⁶: niektóre przedstawienia uogólniamy na naszą przyszłość chętniej niż inne.

Narracyjne przedstawienia mogą być „bliższe” doświadczeniu śmierci i bardziej od niego odległe. Różnicę tę próbowałem nakreślić opozycją *śmierć-znak – śmierć „prawdziwa”*.

Można się spodziewać, że przedstawienia bliższe trudnemu doświadczeniu umierania (na przykład *A Hospice in Amsterdam*) będą w jakimś stopniu pomagały w przyszłym radzeniu sobie z własnym umieraniem (w tym sensie, że nasze oczekiwania będą bardziej trafne – na przykład nie będziemy oczekiwali, że rodzina się nami zajmie w naszym własnym domu; rodzina może mieć inne plany).

Można się też spodziewać, że przedstawienia o mniej realistycznym nastawieniu, słabiej zakorzenione w doświadczeniu, na przykład ukazujące umieranie jako proces, który uczy lepiej żyć, spowodują, że własne umieranie objawi się nam w jeszcze większym stopniu jako chaotyczne, męczące, bezsensowne.

Dlatego ważne jest, żeby dziennikarze, artyści, ale przede wszystkim badacze, kiedy stawiają sobie za zadanie pisanie o traumatycznym doświadczeniu (myślę, że można to uogólnić też na inne jego rodzaje), nie wzbraniali się przed czerpaniem informacji „z pierwszej ręki”, nawet gdy takie poszukiwania będą trudne dla nich samych¹⁷.

W świetle teorii mimetycznej Girarda jeszcze jedna sprawa jawi się jako istotna. Jak wspomniałem już w rozdziale *Emancypacja umierających*, mam pewien pomysł na to, jak może wyglądać przedstawianie śmierci, które przybliży odbiorcy jej doświadczenie. Chodzi mi o sztukę krytyczną, wykorzystującą strategię subwersji. Gdy przedstawienie będzie wymuszało natychmiastową reakcję naśladowniczą, a jednocześnie zmuszało odbiorcę do krytycznej refleksji, jego siła zapośredniczania trau-

¹⁶ Zob. R. Girard, op. cit.

¹⁷ Por. z refleksjami o tworzeniu „obrazów z obrazu” i „odwracaniu doświadczenia” w rozdz. *Emancypacja umierających i Śmierć jako klucz do człowieka*.

matycznego doświadczenia będzie dużo większa. Takie przedstawienie nie tworzyłoby złudnych oczekiwań, a zwłaszcza tych, w których pożądlawie naśladujemy „pozytywne” wizje trudnego doświadczenia (w naszych prywatnych projektach przyszłości). Mogłoby za to pomóc takie wizje roz-wiewać, zanim właściwe doświadczenie „uderzy” w nasze życie codzienne i pozbawi je porządku i sensu. Pytanie tylko, czy chcemy wystawiać się na takie przeżycia, zamiast cieszyć się jak najdłużej uporządkowanym „funk-cjonowaniem” – czy naprawdę chcemy być tak doświadczeni¹⁸.

Zostawiam jednak tworzenie sztuki artystom i choć mam kilka po-mysłów na takie artystyczne działania, nie będę ich tu opisywał. Wskażę za to dzieła już istniejące, które na różne sposoby wystawiają widza na bliskie doświadczeniu przedstawienia śmierci: *Obrzędy intymne* i *Per-serweracje mistyczne* Zbigniewa Libery, film *Olimpia* Katarzyny Kozyry, fotografie z cyklu *Collegium anatomicum* Konrada Kuzyszyna¹⁹, projekt *I've seen my death* Zuzanny Janin²⁰, czy będący w realizacji, kiedy piszę te słowa, film *Istnienie* Marcina Koszałki²¹.

Zamieszczony obok diagram przedstawia model mimetycznych re-lacji między sferą przedstawień a doświadczeniem indywidualnym. Jest on graficznym komentarzem – ilustracją do wcześniejszego opisu. Dlate-go nie opatruję dodatkowym komentarzem samego rysunku²².

¹⁸ Warto też przypomnieć, że nie każdemu w równym stopniu dostępna jest kry-tyczna treść zawarta w dziele sztuki, tak jak nie każdy w równym stopniu odczuwa przy-jemność obcowania ze sztuką i ma równe szanse trafienia do galerii – por. P. Bourdieu, *Medytacje pascaliańskie*, przeł. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 106–112. Zob. też: P. Bourdieu, *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia*, przeł. P. Biłos, Wy-dawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.

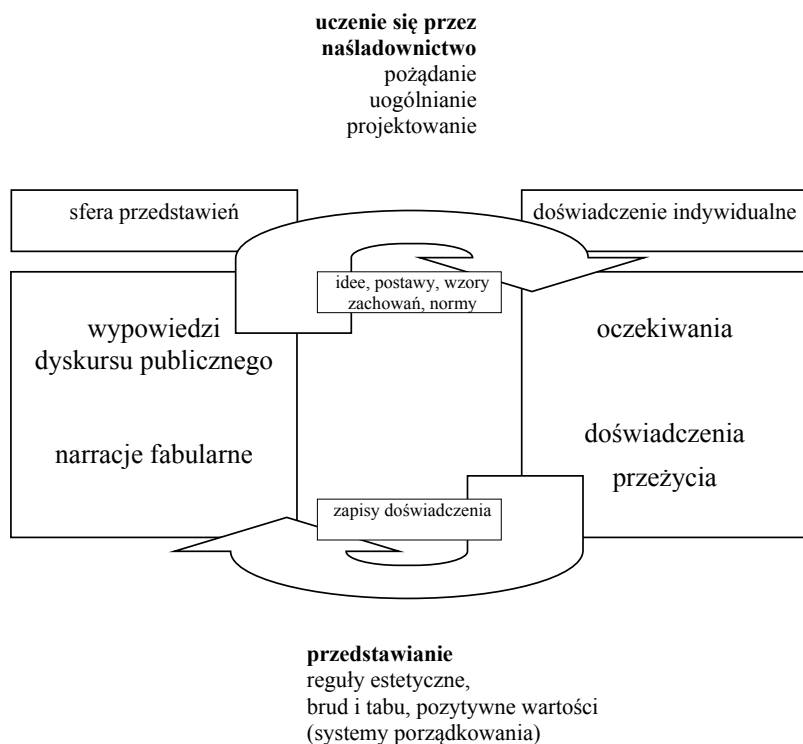
¹⁹ Zob. omówienia projektów i ilustracje w: A. Żmijewski, *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*, Korporacja Ha!art, Bytom–Kraków 2007.

²⁰ Zob. Zuzanna Janin, portfolio, https://web.archive.org/web/20070822235658/http://www.janin.art.pl/polski/index_pl.htm [dostęp 10.12.2015].

²¹ Zob. „*Istnienie*” Koszałki. *Śmierć na ekranie*, Stopklatka.pl, 20.08.2005, <https://web.archive.org/web/20051208161424/http://www.stopklatka.pl/wydarzenia/wydarzenie.asp?wi=27172> [dostęp 10.12.2015].

²² Nie będę też dodatkowo rozwijał modelu, choć widzę możliwości jego dalszego rozbudowywania i wyjaśniania, na przykład wychodząc od spostrzeżenia, że jest on swo-istym modelem komunikacji między doświadczeniem uczestników kultury (komunikacji, w której pojawia się szum).

Przypominam, że omówiony model posłużył mi głównie do zebrania spostrzeżeń pojawiających się w poszczególnych częściach pracy. Postanowiłem zamieścić jego opis w tym miejscu, choć był tylko stworzoną pośpiesznie próbą uporządkowania (przez uproszczenie i generalizację) tych niepoddających się łatwo wyjaśnianiu zależności między przedstawieniami a oczekiwaniami, między kulturą duchową a doświadczeniem. Myślę, że przynajmniej częściowo model ten może wyjaśniać kwestię niespójności opisywanych w mojej pracy dyskursów (w tym „dyskursu” fabularnych przedstawień) z wizją doświadczenia umierających wyłaniającą się z wywiadów.



Rysunek 1. Model mimetycznych relacji między sferą narracyjnych przedstawień a doświadczeniem indywidualnym

ZAKOŃCZENIE – DOŚWIADCZENIE BADACZA

W mojej pracy opisywałem różne sposoby mówienia o doświadczeniu śmierci. Zacząłem od wypowiedzi, w moim przekonaniu, najbardziej je przekształcających (chodzi o narracje fabularne). Następnie opisałem trzy nurty współczesnego dyskursu o śmierci: zawiera on w sobie zarówno wypowiedzi odległe od doświadczenia (często dlatego, że oparte raczej na fabularnych przedstawieniach niż na doświadczeniu), jak i takie, które pozostają blisko intymnego doświadczenia autora. Wreszcie zająłem się tym, jak o doświadczeniu umierania mówili terminalnie chorzy pacjenci hospicjum.

Zgodziłem się z zaleceniami Renata Rosalda¹, że o doświadczeniu śmierci nie można pisać, wzbraniając się przed opisywaniem i analizowaniem emocji, wyobrażeń, intymnych przeżyć. Nie da się go też poddać głębszej refleksji, nie biorąc pod uwagę własnego doświadczenia. Bez tego zrozumienie osób wystawionych na doświadczenie śmierci jest wręcz niemożliwe². Idąc za tym wnioskiem, postanowiłem włączyć do pracy opis moich własnych doświadczeń ze śmiercią – upublicznić je, by pokazać kontekst i zarazem najważniejsze chyba uwarunkowanie zamieszczonych w pracy refleksji.

Gdy zaczynałem przygotowania do badania, miałem zaledwie 23 lata, gdy zaś badanie kończyłem – 24. Pierwotną wersję tego tekstu złożyłem jako pracę magisterską na Uniwersytecie Warszawskim w październiku 2007 roku.

Do podjęcia tematu umierania nie skłoniło mnie żadne szczególne ważne czy traumatyczne własne doświadczenie. Było to raczej nagłe olśnienie, mające gdzieś w tle lekturę książki Susan Sontag *Choroba jako*

¹ Zob. rozdz. *Śmierć jako klucz do człowieka* mojej pracy. R. Rosaldo, *Introduction. Grief and a Headhunter's Rage*, [w:] R. Rosaldo, *Culture and Truth. The Remaking of Social Analysis*, Beacon Press, Boston 1993, s. 1–21.

² Co też jest jedną z tez Rosalda – zob. ibidem.

metafora – znalazłem ją sporo wcześniej, przypadkiem, w antykwariacie. Ważnym doświadczeniem nabytym przed wybraniem tematu pracy była dla mnie poważna choroba ojca (nie był to nowotwór), która skończyła się na szczęście powrotem do zdrowia. Odwiedzając dość często ojca w szpitalu, wyrobiłem sobie pewne przekonanie o tym, jak wygląda doświadczenie pacjentów, przede wszystkim jednak poczułem, chyba pierwszy raz w życiu, strach przed śmiercią.

Byłem na kilku rodzinnych pogrzebach, jednak znałem dobrze tylko dwie zmarłe osoby. Pierwszą była prababcia, która odeszła w wieku 95 lat, jednak nie w efekcie chorób związanych ze starością, ale w konsekwencji wypadku i powikłań po poważnym złamaniu. Pamiętam skromny pogrzeb (przy zamkniętej trumnie), pamiętam też, że nie przeżyłem ciężko żałoby – co było związane w jakimś zakresie ze świadomością długiego i owocnego życia prababci. Pamiętam też jednak niemiłe, choć niesprecyzowane, poczucie paradoksalności śmierci w tak późnym wieku z powodu wypadku. Drugą znaną mi osobą z rodziny był dziadek, który zmarł na raka płuc w wieku 73 lat. Tej śmierci też nie przeżyłem bardzo mocno, choć przypominam sobie pewien zawód, że nie było mi dane dobrze poznać dziadka. Pamiętam za to dość wyraźnie, że mój ojciec na tym pogrzebie płakał – dopiero to spostrzeżenie, spostrzeżenie nietypowości tej sytuacji, wywołało u mnie wtedy silne emocje. Wcześniejsze pogrzeby, w jakich uczestniczyłem w młodszy wieku, były dla mnie jeszcze mniej emocjonalne. Stanowiły raczej rodzinne spotkania, podczas których rozmawia się o mało istotnych sprawach, a nawet żartuje. Ten brak emocji, z którego dopiero o wiele później zdałem sobie sprawę, tłumaczę tym, że nie byłem obecny przy chorobie i umieraniu moich krewnych (zostałem od nich wtedy odsunięty jako „za młody”). Śmierć obserwowałem dopiero z perspektywy rodzinnego spotkania na cmentarzu, niewiele różniące się od tych w czasie Święta Zmarłych.

Pierwsze doświadczenia z rozmów o umieraniu – nie o problemie teoretycznym, ale o „właściwym” doświadczeniu – nabyłem w czasie spotkań grupy warsztatowej „Umierać po ludzku”, prowadzonych przez Fundację „U Źródła”. Na spotkania te trafiłem nie z powodu wewnętrznej potrzeby czy w ramach poszukiwań duchowych, ale już w ramach poszukiwań związanych z pracą magisterską (a o Fundacji dowiedziałem się od promotorki). Miejscem spotkań, jak pisałem w rozdziale *Emancypacja umierających*, była pracownia jogi, w zaadaptowanej przybudówce

na tyłach jednej z warszawskich kamienic. Spotkania odbywały się przy przygaszonym świetle, a uczestnicy wraz z prowadzącymi siedzieli na podłodze, wokół „mandali” ułożonej z czerwonego weluru, z rozstawionymi na niej świeczkami i „ważnymi przedmiotami”, które przynieśli prowadzący (do czego zachęcali też uczestników). Cała ta atmosfera wydała mi się podejrzana, postanowiłem jednak powstrzymać uczucie dystansu i brać aktywny udział w spotkaniach. Wyjawiłem też prawdziwy powód, dla którego się na nich znalazłem. Na spotkaniach tych (uczestniczyłem w czterech) pojawiali się ludzie, których określiłbym jako poszukujących, ale także ci, którzy mówili o przebytej już duchowej odnowie. Do tych ostatnich zaliczała się prowadząca, której odnowa była właśnie następstwem doświadczenia śmierci. Znalazła się tam przynajmniej jedna osoba, której zachowania identyfikowałem jako objawy depresji. Pojawiali się wreszcie ludzie, którzy mówili o swoich doświadczeniach śmierci bliskich, a także cała kilkusobowa rodzina w świeżej żałobie po śmierci ojca w średnim wieku. Nikt jednak nie mówił o własnej chorobie (choć pamiętam dwie milczące osoby, co do których byłem przekonany, że to właśnie choroba była motywem uczestnictwa w spotkaniach).

Gdy miałem już dokładniej sformułowany temat pracy, doświadczyłem po raz pierwszy działania tabu śmierci, w bardzo prozaicznej, ale zaskakującej wtedy dla mnie formie. Był to okres, w którym moi koledzy z piątego roku studiów zaczynali intensywne przygotowania do napisania pracy magisterskiej. W towarzyskich rozmowach na uniwersyteckich korytarzach, a także na weekendowych spotkaniach w barach i na koncertach raz po raz musiałem odpowiadać na pytania o temat pracy magisterskiej (sam zresztą także byłem ciekawy tematów przyjaciół). W dwóch czy trzech pierwszych takich rozmowach, prowadzonych akurat nie z bliskimi znajomymi, zauważyłem, że jednozdaniowa odpowiedź wprost (mniej więcej: „Piszę pracę o umieraniu, oglądam dużo filmów o śmierci i rozważam przeprowadzenie rozmów z pacjentami w hospicjum”) powodowała popłoch, konsternację, nie wykluczam, że też żałosne (choć nie wyrażane wprost) i rychłą ucieczkę. Po tych kilku doświadczeniach byłem już przekonany, że tabu nie jest tylko figurą retoryczną czy zaledwie poręczną teorią, ale że naprawdę działa (i jest silne). Szybko zmieniłem konwersacyjną strategię w moich towarzyskich rozmowach i odtąd mówiłem tajemniczo, że: „Piszę pracę o śmierci”.

To budziło już dużo większe zainteresowanie. Wręcz elektryzowało rozmówców. Gdy dodatkowo na prośby o więcej informacji ostrzegałem, że „wolałbym nie zanudzać, bo to bardzo nieprzyjemne”, niezmiennie wymuszano na mnie wyczerpującą odpowiedź, której słuchano z dużym zainteresowaniem. Ciekawa to ilustracja do mojej tezy o podwójnym obliczu tabu (o jego rytualnej naturze i odbiciu w „aktywnych” praktykach). Jest to też przesłanka na rzecz tezy, że o u m i e r a n i u w naszej kulturze nie wypada mówić – pożądane są za to wypowiedzi o ś m i e r c i (z n a k u).

Poważnym doświadczeniem związanym ze śmiercią i bardzo świeżym w momencie spisywania pracy była dla mnie sytuacja również związana z Uniwersytetem. Narzeczony mojej bliskiej koleżanki z roku, obcokrajowiec, którego nie zdążyłem poznać, zmarł nagle na zawał serca. Z tego, co wiedziałem o tym związku, był on bardzo intensywny i romantyczny, rozpoczął się w Nowym Jorku i rozgrywał się w nieustannych podróżach między USA, Paryżem i Warszawą. Zostałem zaproszony na mszę żałobną w warszawskim kościele św. Anny. Nie widziałem już tej koleżanki od dłuższego czasu. Pamiętam, że bardzo intensywnie doznałem wtedy owego pocucia nieadekwatności, o którym wspominałem w pracy. Poczułem się zupełnie bezradny w obliczu tak traumatycznego doświadczenia znanej mi dobrze osoby, w dodatku w moim wieku, o podobnym wykształceniu i zainteresowaniach, którą widywałem na co dzień na zajęciach. Długo myślałem o tym, że nie będę w stanie złożyć zwykłych wyrazów współczucia koleżance, bo nie jestem w stanie współ-czuć tego, co ona czuje. Jej doświadczenie śmierci wydało mi się tak obezwładniające i nieprzystające do jakiegokolwiek mojego doświadczenia, że w zasadzie nie można nic w takiej sytuacji powiedzieć.

Z pomocą przyszły mi spotkania Fundacji „U Źródła” – w tym sensie, że znalazłem na nich odpowiedź na nurtujący mnie problem. Na ostatnim spotkaniu, na którym się pojawiłem, powiedziałem właśnie o tym trudnym dla mnie uczuciu (było to chyba w przeddzień owej mszy). Prowadząca powiedziała mi, że trapiące mnie uczucie nieadekwatności to po prostu strach przed śmiercią (lub w innych kategoriach: działanie tabu). Nie ma sensu się zadręczać, bo to, po pierwsze, normalne uczucie, a po drugie, gdy wszyscy z takiego powodu (z powodu tak rozumianego taktu i delikatności) omijają żałobne uroczystości, prowadzi to wprost do osamotnienia bliskich zmarłej osoby. Rozwijając tę myśl: lepiej wysta-

wić się na „nieadekwatność”, na śmieszność i blamaż, niż nie przyjść na uroczystość lub nic nie powiedzieć. Odebrałem tę myśl jako największą korzyść z mojego uczestnictwa w tych spotkaniach. Na mszę w końcu poszedłem i złożyłem kondolencje.

Z tą refleksją związana jest kolejna: w moich rozmowach o pracy ze znajomymi bardzo często padały ostrzeżenia dotyczące etyki badań. Swoista automatyczność i częstotliwość tych ostrzeżeń kazały mi przypuszczać, że chodziło tu nie o troskę o pacjentów czy też o standardy metodologii. Ta reakcja wydała mi się ponownie działaniem tabu – próbą werbalizacji wzburzenia i zażenowania. Po kilku rozmowach, w których usłyszałem te ostrzeżenia, zacząłem odpowiadać, że nie widzę nic nietycznego w rozmawianiu z chorym człowiekiem. Umierający pacjenci są takimi samymi ludźmi jak inni i podobnie znoszą sytuację wywiadu. Nie rozumiem, czemu rozmów z nimi należałoby unikać, a ich głos pomijać.

Najważniejszym z moich doświadczeń śmierci były same wywiady. Przygotowywałem się do nich długo i wiedziałem, czego się mogę spodziewać, ale pamiętam uczucie strachu przed pierwszą wizytą w hospicjum. Pamiętam, że pierwszego lub drugiego dnia wizyt, jeszcze przed rozpoczęciem rozmów z pacjentami, zobaczyłem, jak z hospicyjnej windy sanitariusze wyprowadzają łóżko z nowoprzybyłym pacjentem. Był to pierwszy z pacjentów hospicjum, którego zobaczyłem. Zwróciłem uwagę na jego bardzo wyniszczone chorobą ciało i utkwione w ścianę, zupełnie nieruchome oczy. Miałem dojmujące wrażenie, że nie zostało mu dużo czasu. Prowadząc rozmowę z jednym z pracowników hospicjum następnego dnia, usłyszałem, że „Pan, którego wczoraj do nas przywieźli, zmarł dziś rano”. Pamiętam, że wtedy po raz pierwszy poczułem mocno realność tego, co robię, i miejsca, w którym się znajduję.

Moje rozmowy z pacjentami były dla mnie trudne w tym sensie, że musiałem jednocześnie skupiać się na poruszanych w rozmowie wątkach, notować ważne elementy narracji, pamiętać o strukturze wywiadu, dawać do zrozumienia całym ciałem, że intensywnie słucham (i rzeczywiście słuchać), a także dlatego, że wypowiedzi były chaotyczne. Powiniennem też wspomnieć o tym, że patrzyłem na wyniszczone rakiem ciała, na działające aparaty medyczne, widziałem, jak pacjenci są bezradni i niesamodzielni. Słuchałem wreszcie wypowiedzi o trudnych doświadczeniach. Wspomnę choćby o tym, że już w pierwszym wywiadzie pojawiły

się długie wypowiedzi z wątku *Chcę umrzeć*. W czasie kilku wywiadów rozmówcy płakali lub robili długie, wymowne pauzy.

Jednak ku mojemu zaskoczeniu nie odbierałem wcale tych wszystkich bodźców jako straszne. Nie przypłaciłem tego wysiłku załamaniem ani bezsennymi nocami. Same rozmowy wspominam wręcz jako bardzo przyjemne. Miałem wrażenie, że moi rozmówcy chcieli mówić: mówili bardzo wiele, wywiady były długie, a przy tym ciekawe – co odczuwałem już w trakcie ich trwania.

Momentami moi rozmówcy byli roztrzęsieni, ale też prawie wszyscy żartowali, okazywali mi zainteresowanie. Byli ciekawymi, sympatycznymi ludźmi. Odnosi się to też do hydraulika-budowlańca, który winił Żydów za nieuleczalność raka.

Ani razu nie widziałem zgonu ani martwego ciała, ale raz widziałem zakrytą prześcieradłem sylwetkę zmarłego, z różańcem położonym na piersi. Na oknie obok paliła się świeczka.

Trudne było dla mnie to, że gdy spisywałem głos rozmówców z taśmy, byłem świadomy, że część z nich nie żyje. Wiedziałem też, że duża część z nich zmarła jeszcze przed zakończeniem mojego badania w hospicjum. Tu też pojawia się refleksja nad etyką badań, która naprawdę mi dokuczwała – nie będę w stanie poddać moich wniosków ocenie badanych. Nie zostanie sporządzony protokół rozbieżności, nie można też przeprowadzić kontrolnego badania. Zebrałem historie moich rozmówców i wykorzystałem je w pracy. Mam nieodparte poczucie, że nie dałem im wiele w zamian. Mogłem ich tylko długo słuchać, nie przerywając.

Kiedy patrzyłem na moje badanie z perspektywy czterech miesięcy od jego zakończenia, przyszła mi na myśl jeszcze jedna kwestia. W różnych partiach pracy pojawiają się sugestie, które nabierają emancypacyjnego charakteru: o działaniu tabu, o „odwracaniu doświadczenia”, o chronieniu jednostek przez społeczeństwo przed *brudem* śmierci tylko dopóki same nie są zagrożone, o wytwarzającym iluzję estetyzowaniu śmierci i o nieadekwatności dyskursów. Wreszcie także o rodzinach, które nie mogą lub nie chcą zajmować się umierającymi, i o wygodnej dla społeczeństwa, „racjonalnej” praktyce izolacji. Bogatszy o doświadczenie z badań zastanawiałem się, czy ja sam potrafiłbym opiekować się przez wiele miesięcy, bez przerwy, umierającą osobą. Czy, gdyby opieka medyczna była potrzebna nieustannie, potrafiłbym dzień za dniem od-

wiedząc chorego, by być blisko niego, i pomóc mu przejść przez to trudne doświadczenie. Wreszcie pytanie, które nie nasunęło mi się ani razu wcześniej: jak sam będę znosił kiedyś własne umieranie? Czy doświadczenie śmierci uczyniło mnie bardziej odpornym? Przynajmniej na jedno z tych pytań każdy z nas kiedyś pozna odpowiedź.

Mam nadzieję, że to moje własne, osobiste przedstawienie doświadczenia śmierci nie było zbyt nużące, ani nieadekwatne do treści pracy. Stwierdziłem, że warto przywołać ten kontekst, czy też grunt, na jakim powstały zawarte w niej refleksje. Staralem się, spisując ten fragment, stracić dystans, nie obawiać się szczerych wyznań, najbardziej, w moim przekonaniu, adekwatnych do omawianego tematu.

ANEKS – FABULARNE PRZEDSTAWIENIA CHOROBY I ŚMIERCI

Aneks tworzą sporządzone przeze mnie opisy fabularnych przedstawień choroby i śmierci, które analizowałem w pierwszej części pracy *Obrazy śmierci*. Są to krótkie notatki zawierające omówienie pojawiających się w danym dziele przedstawień śmierci, choroby, umierania, wraz z kilku innymi przydatnymi informacjami. Omówienie jest niekiedy tylko krótką charakterystyką fabuły, czasami pojawiają się w nim opisy konkretnych scen, w kilku przypadkach zamieszczam fragmenty narracji lub dialogów. Moje streszczenia fabuł i interpretacje dzieł są raczej pobieżne i mogą razić obeznanego z daną książką czy filmem czytelnika. Jednakże pogłębiona interpretacja poszczególnych dzieł nie jest celem tego zbioru – jest nim przedstawienie szerokiego spektrum, globalnego oglądu, stworzenie swoistej kolekcji obrazów, historii, wizji i wyobrażeń, z jakimi spotykają się uczestnicy współczesnej kultury (czy też konsumenci jej tekstów).

Zestawienie opisów można odczytywać na kilka sposobów: w kolejności chronologicznej – śledząc stopniowe zmiany tematów i fabularnych ujęć; dekadami – próbując wychwycić „atmosferę” epoki; czy wreszcie badając trafność interpretacji przy wykorzystaniu *typów przedstawień* lub wyciągając wnioski z regularności w ich występowaniu. W części *Obrazy śmierci* przedstawiłem analizę wykorzystującą powyższe pomysły.

Mam nadzieję, że zestaw ten może także służyć jako punkt wyjścia do innych, także bardziej pogłębionych badań poszczególnych narracji fabularnych, różnych aspektów choroby i umierania, a przede wszystkim sposobów przedstawiania śmierci – jako swoisty przewodnik, pomocny w poszukiwaniach.

Opisy sporządzone są według następującego klucza:

Autor, *Tytuł*¹, rok pierwszego wydania/produkcji/wystawienia,
P(owieść)/N(owela)/O(powiadanie)/F(ilm)/D(ramat)/S(erial TV)
Fabularne przedstawienia śmierci, jak ukazana jest śmierć, jaką gra
rolę, przykłady scen i dialogów.
PORUSZANE TEMATY, TYPY PRZEDSTAWIEŃ (wyjaśnienia)

Na końcu każdego opisu znajduje się informacja o wymiarze czy też aspekcie śmierci², jaki poruszony został w danej narracji fabularnej, oraz interpretacja opisanego przedstawienia za pomocą jednego lub kilku skonstruowanych przeze mnie *typów przedstawień*.

Co ważne, jedna notka może mieć przypisaną więcej niż jedną kategorię danej opozycji typów. Stosowałem takie rozwiązanie wtedy, gdy w danej narracji fabularnej dostrzegłem oba typy przedstawień z danej opozycji. Wtedy też dodaję do kategorii komentarz. Takie wyjaśnienia pojawiają się najczęściej, gdy interpretując przedstawienia, wchodziłem na trudny obszar analizy metafor. Opisując metafory w notatkach, korzystam z zasady tworzenia wyidealizowanych modeli metafor u Lakoffa i Johnsona, adaptuję jednak ich metodę zapisu dosyć swobodnie³.

Powinienem w tym miejscu zamieścić też tak zwany *spoiler alert*, ostrzeżenie przed zepsuciem przyjemności z przyszłego obcowania z opisanym dziełem. W moich notatkach często pojawiają się ważne elementy fabuły danego utworu. Choć skupiam się w nich na przedstawieniach śmierci, wyjawiam też niejednokrotnie puenty, klucze, główne zwroty akcji. Jest to nieuniknione, bo przedstawienia śmierci często używane są właśnie jako ważne elementy konstrukcji fabuły. Ponieważ jednak opisuję głównie dzieła bardzo znane, a ponadto w większości powstałe stosunkowo dawno, mam nadzieję, że tylko w niewielu przypadkach grozi to zepsuciem przyjemności z czytania książki lub oglądania filmu.

Dla większej czytelności opisy grupuję według dekad.

¹ W wypadku filmów fabularnych i seriali wpierw podaję tytuł, a potem reżysera.

² W przywoływanych na końcu hasłowych określeniach poruszanych tematów i nazwach typów przedstawień słowo „śmierć” określam skrótem „śm.”.

³ Model rozpoznać można po zapisanym wielkimi literami członie „TO” – np. „zło TO śmiertelna choroba”.

1911–1920

T. Mann, *Śmierć w Wenecji*, 1912, N.

Starzejący się, utytułowany literat udaje się w podróż do Wenecji. Tam zakochuje się, homoseksualną, platoniczną miłością, w młodym chłopcu polskiego pochodzenia. Bohater przypadkiem dowiaduje się, że w Wenecji wybuchła epidemia cholery. Rozważa powiadomienie matki chłopca o zagrożeniu, jednak rezygnuje z tego, bo oznaczałoby to dla niego utracenie na zawsze swojego obiektu westchnień. Sam również postanawia zostać w mieście. Kilka dni później dowiaduje się, że polska rodzina opuszcza Wenecję. Tego dnia czuje się chory i zmęczony, ale idzie jak zwykle na plażę, gdzie spotyka chłopca. Patrząc, jak brodzi on w wodzie, umiera na plażowym leżaku.

CHOLERA, ŚM.-ZNAK

1921–1930

F. Kafka, *Proces*, 1925, P.

Według jednej z popularnych interpretacji tytułowy proces jest metaforą życia ludzkiego, nad którym człowiek nie ma kontroli i które kończy się nieuchronnie śmiercią. W znanej interpretacji Ericha Fromma w obliczu śmierci w bohaterze dokonuje się głęboka przemiana: dopiero wtedy zaczyna wierzyć w miłość, przyjaźń, poświęcenie, życie⁴. Scena śmierci w finale powieści: w rok po pierwotnym „aresztowaniu” Józef K. zostaje zaprowadzony przez dwóch urzędników-katów do kamieniołomu, gdzie ma popełnić samobójstwo. Bohater nie jest w stanie się zabić, ginie z rąk katów od ciosu nożem w serce.

ŚM.-ZNAK, ŚM. JAKO METAFORA (metafizyczne fatum TO groźba śmierci), ŚM. DZIKA, ŚM. BRUDNA (dezorganizacja życia; nagle, niespodziewana egzekucja) i ŚM. CZYSTA (groźba śmierci staje się impulsem do przemiany – co nadaje sens zarówno życiu, jak i śmierci)

⁴ E. Fromm, *Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki*, przeł. R. Saciuch, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.

E.M. Remarque, *Na Zachodzie bez zmian*, 1929, P.

I wojna światowa. Wojna ukazana jako bezsensowna, dehumanizująca machina. Wiele naturalistycznych opisów śmierci na wojnie – w tym przede wszystkim towarzyszy broni głównego bohatera, ale też zabijanych przez niego żołnierzy wroga. W finale główny bohater umiera w okopie od kuli snajpera, na krótko przed końcem wojny.

ŚM. WOJENNA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. JAKO METAFORA (los całego pokolenia TO bezsensowna śmierć żołnierza), ŚM. DZIKA, ŚM. BRUDNA

W. Faulkner, *Kiedy umieram*, 1930, P.

Historia umierania Addie Bundren – matki biednej rodziny z południa USA – oraz wyprawy pozostałych członków rodziny, by pochować ją, zgodnie z jej życzeniem, w odległym mieście. Historia opowiadana jest przy użyciu techniki „strumienia świadomości” przez 15 różnych narratorów, w tym Addie Bundren – już po śmierci. W książce pojawiają się m.in. narracje ukazujące, jak umieranie i śmierć bliskiej osoby odbierają poszczególni członkowie rodziny. Pojawia się też motyw dbałego sporządzania trumny przez jednego z synów bohaterki – stolarza – co umierająca matka obserwuje przez okno sypialni.

ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA

1931–1940

L.F. Céline, *Podróż do kresu nocy*, 1932, P.

Opis doświadczeń wojennych z I wojny światowej. Doświadczenia ze śmiercią lekarza pracującego w ubogiej dzielnicy Paryża. Pojawia się wiele pesymistycznych refleksji na temat życia i śmierci, np. „A przecież powinniśmy rozumieć, co się dzieje. Nieprzerwane fale niepotrzebnych istot ciągną z głębi wieków, żeby wciąż umierać na naszych oczach, a tymczasem człowiek czeka tu, spodziewa się czegoś... Niezdatny nawet do wyobrażenia sobie śmierci”, „Trzeba się spieszyć, nie wolno popsuć swej śmierci. Choroba, nędza, co rozpraszają nam godziny i lata, bezsenność, która farbuje nas na siwo, dni, całe tygodnie, i rak, co już być może posuwa się w nas, skrupulatny i troszkę krwawiący z odbytnicy”⁵.

⁵ F.L. Céline, *Podróż do kresu nocy*, przeł. W. Rogowicz, Krag, Warszawa 1990, s. 245, 281.

ŚM. WOJENNA, ŚM. DZIKA, ŚM. „PRAWDZIWA” (w opisach doświadczeń wojennych i doświadczeń bohatera jako lekarza) i ŚM.-ZNAK (używana często w efektownych językowo refleksjach), ŚM. BRUDNA

J. Iwaszkiewicz, *Brzezina*, 1933, O.

Umierający na gruźlicę młody Staś przyjeżdża do brata na wieś, na krótko odzyskuje siły i przeżywa romans z wiejską dziewczyną; w finale jego stan pogarsza się i bohater umiera. Paradoksalnie przyjazd umierającego młodzieńca wnosi wiele życia do domu jego brata Bolesława, który od dawna żył pogrążony w żałobie po śmierci żony. Pojawiają się opisy doświadczenia fizycznego chorego na gruźlicę. Zaznaczona jest świadomość umierania Stasia (np. „Widzisz, ja przyjechałem tutaj nie na bardzo długo... (...) Moja poprawa zaczyna już mijać. Ja cię przepraszam mój drogi, ale ja na to nic nie mogę poradzić. (...) I dlatego nie bardzo mi się sprzeciwiaj. Ja przyjechałem do ciebie umrzeć”⁶). W finale przedstawione zostają obrzędy pogrzebowe.

GRUŻLICA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. CZYSTA (bo romantyczna i estetyzowana), ŚM. OSWOJONA (dla Stasia) i ŚM. DZIKA (dla Bolesława)

I. Stone, *Pasja życia*, 1934, P.

Zbeletryzowana historia życia i drogi artystycznej Vincenta van Gogha. W finale pojawia się opis próby samobójczej i śmierci malarza wkrótce po niej. Pojawiają się opisy stanów depresyjnych będących efektem choroby dwubiegunowej. W jednej z ostatnich scen opisany jest pogrzeb malarza.

SAMOBÓJSTWO, ŚM.-ZNAK (bo autorowi służy tylko do konstrukcji fabuły, choć van Gogh zabił się naprawdę)

J.P. Sartre, *Mur*, 1939, O.

Bohater wraz z dwoma innymi skazańcami oczekuje w więzieniu na egzekucję przez rozstrzelanie (rzecz dzieje się podczas hiszpańskiej wojny domowej). Jego oprawcy oferują mu ocalenie życia, jeśli zdradzi miejsce, w którym ukrywa się jego przyjaciel. Bohater wskazuje miej-

⁶ J. Iwaszkiewicz, *Brzezina*, [w:] J. Iwaszkiewicz, *Dzieła*, t. 1, Czytelnik, Warszawa 1979, s. 229–230.

sce inne niż to, w którym w jego przekonaniu ukrywa się poszukiwany. Ku swojemu zaskoczeniu nie zostaje rozstrzelany. Od nowych więźniów dowiaduje się, że jego przyjaciel został pojmany. Wpadł w miejsce, które bohater wskazał, chcąc oszukać wrogów.

EGZUKUCJA/KARA ŚM., ŚM.-ZNAK

1941–1950

E. Hemingway, *Komu bije dzwon*, 1941, P.

Hiszpańska wojna domowa (1936–1939). W powieści pojawia się wiele opisów wojennej śmierci i przemocy (np. relacja jednej z bohaterek o brutalnej egzekucji w jej rodzimej wiosce). Wiele jest refleksji na temat śmierci w obliczu doświadczenia wojennego, czasem w formie krótkich sentencji (np. „Umieranie jest straszne tylko wtedy, kiedy trwa długo i jest tak bolesne, że upokarza człowieka”⁷). Akcja powieści kończy się zaraz przed domniemaną śmiercią głównego bohatera z rąk wroga, podczas ucieczki przez las. Główna część narracji skupia się jednak na przedstawieniu psychologii bohaterów i ich wzajemnych relacji (w tym wątku uczuciowego między bohaterem a przebywającą pod opieką hiszpańskich partyzantów dziewczyną). Dużą rolę odgrywają też opisy operacji wojskowych i sceny batalistyczne. Warto zaznaczyć, że pisząc tę książkę, Hemingway korzystał z własnych doświadczeń reportera wojennego na tej samej wojnie.

ŚM. WOJENNA, ŚM.-ZNAK, ŚM. DZIKA, ŚM. CZYSTA

A. Camus, *Dżuma*, 1947, P.

Epidemia dżumy w algierskim mieście Oran. Głównym bohaterem jest lekarz opiekujący się chorymi w mieście. Opis wybuchu śmiertelnej choroby w małej społeczności jest – według popularnej interpretacji – metaforą wpływu, jaki ma na ludzi wojna (metafora WOJNA TO CHOROBA). Według innej, równie popularnej interpretacji dżuma jest metaforą zła tkwiącego w człowieku (metafora ZŁO TO CHOROBA). Da się to zauważyć w ostatnim akapicie: „Słuchając okrzyków radości dochodzących z miasta, Rieux pamiętał, że ta radość jest zawsze zagro-

⁷ E. Hemingway, *Komu bije dzwon*, przeł. B. Zieliński, Libros, Warszawa 2002, s. 625.

żona. Wiedział bowiem to, czego nie wiedział ten radosny tłum, i co można przeczytać w książkach, że bakcyl dżumy nigdy nie umiera i nie znika, że może przez dziesiątki lat pozostać uspijony w meblach i bieliźnie, że czeka cierpliwie w pokojach, w piwnicach, w kufrach, w chustkach i w papierach, i że nadejdzie być może dzień, kiedy na nieszczęście ludzi i dla ich nauki dżuma obudzi swe szczury i pośle je, by umierały w szczęśliwym mieście⁸). Pojawiają się realistyczne opisy choroby i śmierci, m.in. opisy doświadczenia cielesnego umierających. Na dżumę umierają m.in. dobry przyjaciel głównego bohatera i jego żona. DŻUMA, EPIDEMIA, ŚM. JAKO METAFORA (zło TO śmiertelna choroba; wojna TO śmiertelna choroba), METAFORY ŚM. (śmiercionośna wojna TO dżuma), ŚM.-ZNAK (wykorzystanie w metaforyzacjach) i ŚM. „PRAWDZIWA” (realistyczne opisy umierania na dżumę), ŚM. BRUDNA

T. Mann, *Doktor Faustus. Żywot kompozytora niemieckiego Adriana Leverkühna opowiedziany przez przyjaciela*, 1947, P.

Akcja powieści toczy się w pierwszych trzydziestu kilku latach XX wieku. Fabuła oparta jest na motywie faustowskim. Genialny niemiecki kompozytor świadomie zaraża się syfilisem, co w niejasny sposób związane jest z paktem, jaki zawiera z diabłem (lub związane z jego obłędem, który powoduje halucynacje). Choroba – notabene kojarzona z seksualnym występkiem i karą za grzechy – powoduje rozwój sił twórczych kompozytora, co pozwala mu stworzyć serię genialnych dzieł⁹. Powieść zawiera fragmenty, które każą interpretować chorobę kompozytora i jego ostateczną degradację jako metaforę tego, co w XX wieku stało się z kulturą duchową i społeczeństwem Niemiec. W finale powieści bohater w wyniku choroby popada w demencję i niedługo potem umiera. SYFILIS, ŚM.-ZNAK, ŚM. JAKO METAFORA (faszyzm dla niemieckiej kultury TO śmiertelna choroba weneryczna dla subtelного geniusza), METAFORY ŚM. (zbrodniczy reżim i śmiercionośna wojna TO choroba i opętanie)

⁸ A. Camus, *Dżuma*, przeł. J. Guze, PIW, Warszawa 1974, s. 252.

⁹ O romantycznych wizjach choroby jako źródła natchnienia pisała Susan Sontag – zob. S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 5–90.

T. Borowski, tomy opowiadań: *Pożegnanie z Marią*, 1947, *Pewien żołnierz*, 1947, *Kamienny świat*, 1948, O.

Opisy doświadczeń więźnia hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Przedstawienie deprawacji człowieka w obliczu terroru zorganizowanej maszyny śmierci. Pojawiają się szokujące zestawienia doświadczeń życia codziennego z opisami ludobójstwa (np. opis meczu piłki nożnej w pobliżu rampy kolejowej w obozie spuentowany: „Znów poszedłem po nią. I podnosząc z ziemi znieruchomiałem: rampa była pusta. Nie pozostał na niej ani jeden człowiek z barwnego, letniego tłumu. (...) Wróciłem z piłką i podałem na róg. Między jednym a drugim kornierem za moimi plecami zagazowano trzy tysiące ludzi”¹⁰).

HOLOCAUST, ŚM.-ZNAK (używana jako środek dramaturgiczny) i ŚM. „PRAWDZIWA” (przekonujące opisy rzeczywistości obozowej, śmierć jest ważnym tematem, autor bazuje na własnych doświadczeniach)

A. Miller, *Śmierć komiwojażera*, 1949, D.

Starzejący się komiwojażer traci pracę. Odkrywa, że nie spełnił się jako handlowiec. Niewiele lepiej poradził sobie też w roli ojca. Jego synowie, w których pokładał duże nadzieje, również nie odnieśli w życiu sukcesu. Bohater traci kontakt z rzeczywistością. Wspominając „lepsze czasy”, snuje fantazje na temat przyszłości synów, a także rozmawia w myślach z dawno zmarłym bratem. Nie widząc lepszego sposobu na zmianę losu rodziny, decyduje się na samobójstwo przez spowodowanie wypadku samochodowego. Ma nadzieję na wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia na życie. Popelnia samobójstwo, nie bacząc na głos brata, przypominający mu, że ubezpieczenie traci ważność w przypadku ewidentnego samobójstwa. Na pogrzebie komiwojażera, który zapewniał rodzinę o swojej wielkiej popularności wśród znajomych i klientów, pojawiają się tylko najbliżsi. Sztuka była interpretowana jako krytyka *American Dream* – wyobrażenia o możliwości osiągnięcia bogactwa i awansu społecznego przez wszystkich – a także jako krytyka amerykańskiego kapitalizmu. SAMOBÓJSTWO, ŚM.-ZNAK, ŚM. JAKO METAFORA (nierealność amerykańskiego marzenia TO śmierć komiwojażera)

¹⁰ T. Borowski, *Ludzie, którzy szli*, [w:] T. Borowski, *Pożegnanie z Marią i inne opowiadania*, Siedmioroż, Wrocław 2003, s. 146.

1951–1960

Piętno śmierci, reż. A. Kurosawa, 1952, F.

Starzejący się urzędnik państwowy dowiaduje się, że jest chory na raka żołądka i że zostało mu kilka miesięcy życia. Po usłyszeniu diagnozy jest zszokowany, wprawdzie uważa się nad sobą, potem poszukuje uciech na ulicach Tokio (upija się, ogląda striptiz). Stwierdza, że jego dotychczasowe życie nie było nic warte (narrator, odnosząc się do jego rutynowej pracy, mówi w jednej z pierwszych scen: „Równie dobrze mógłby być trupem. Właściwie to przez ostatnie dwadzieścia lat był jak martwy”¹¹). Chcąc zostawić coś po sobie, bohater postanawia zbudować park dla dzieci. Umiera samotnie na huśtawce w parku. Na stypie jego koledzy z pracy, pijani, entuzjastycznie mówią o jego „wielkości”, dobroduszości i oddaniu. Nazajutrz wracają jednak do swojej rutynowej pracy.

RAK, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. DZIKA (reakcja na wiadomość o chorobie) i ŚM. OSWOJONA (umiera pogodzony z życiem i śmiercią), ŚM. CZYSTA

E.M. Remarque, *Czas życia i czas śmierci*, 1954, P.

Przeżycia wojenne młodego niemieckiego żołnierza w czasie II wojny światowej, w tym wiele opisów wojennej śmierci. Śmierć grozi bezustannie, jest wciąż obecna – zarówno na froncie, jak i w bombardowanych miastach, w szpitalach, gruzowiskach. Stanowi niejako stały element krajobrazu (również dosłownie). Nieoczekiwany urlop i powrót do kraju, mimo jego upadku i destrukcji są dla bohatera niejako powrotem do krainy życia – m.in. poznaje dziewczynę, w której się zakochuje. Na tym wątku skupia się narracja powieści. Powrót bohatera na front kończy się jego śmiercią w scenie finałowej.

ŚM. WOJENNA, ŚM. „PRAWDZIWA” (w opisach wojny) i ŚM.-ZNAK (w powieści dominuje wątek uczuciowy, któremu wojna nadaje tylko dramatyzmu), ŚM. JAKO METAFORA (brak nadziei TO śmierć; wojna TO czas śmierci), ŚM. BRUDNA

¹¹ W przypadku filmów podaję swoje własne tłumaczenia dialogów lub tłumaczenia zaczerpnięte z napisów załączonych do kopii filmu (bez podania autora).

Siódma pieczęć, reż. I. Bergman, 1957, F.

Przepełniona średniowieczną symboliką, metaforyczna opowieść o rycerzu powracającym z wyprawy krzyżowej, który napotyka na swojej drodze śmierć: postać w czarnej szacie o bladej twarzy (śmierć pyta go, czy jest gotowy, rycerz odpowiada: „Moje ciało się boi, ale ja nie”). Rycerz proponuje śmierci pojedynek szachowy, w którym stawką będzie jego życie. Zaintrygowana śmierć zgadza się na zakład (chwali się też, że jest niezłym graczem). W filmie pojawiają się też następujące motywy: epidemia dżumy, palenie czarownicy na stosie, końcowa scena *danse macabre*.

ŚM.-POSTAĆ, DŻUMA, ŚM.-ZNAK, ŚM. CZYSTA, ŚM. OSWOJONA

Popiół i diament, reż. A. Wajda, J. Morgenstern, 1958, F.

Słynna ekranizacja powieści Jerzego Andrzejewskiego z 1948 r. (pod tym samym tytułem). W pierwszym dniu po zakończeniu II wojny światowej młodzi akowcy dostają rozkaz zastrzelenia sekretarza PPR. Pierwsza próba zamachu nie udaje się – giną przypadkowi ludzie, co u głównego bohatera wywołuje szok. Tego samego dnia bohater dostaje rozkaz podjęcia kolejnej próby zamachu. Kwestionuje sens zamachu, ale postanawia wykonać rozkaz, aby dochować wojskowej przysięgi. Śledzi sekretarza i strzela do niego – w chwili, gdy w niebo strzelają pierwsze rakiety na cześć końca wojny. Wracając do hotelu, bohater napotyka wojskowy patrol. Nie reaguje na wezwania żołnierzy i ci zaczynają strzelać. Bohater kona na miejskim wysypisku śmieci. W filmie pojawia się też słynna scena zapalania zniczy z kieliszków wódki przy wspominaniu poległych towarzyszy broni.

EGZEKUCJA/ZAMACH, ŚM.-ZNAK, ŚM. JAKO METAFORA (tragiczny los całego pokolenia TO śmierć bohatera) i METAFORA ŚM. (zmarli towarzysze TO zapalone znicze)

1961–1970

J. Cortázar, *Gra w klasy*, 1963, P.

Śmierć dziecka Magi – kochanki głównego bohatera – to główny punkt zwrotny powieści (według kolejności rozdziałów podanej przez autora). Dziecko umiera trawione zlekceważoną przez matkę gorączką. Zo-

staje znalezione martwe przez głównego bohatera podczas spotkania towarzyskiego w mieszkaniu matki. Opis: „Ręka Horacia wsunęła się między prześcieradła, ze straszliwym wysiłkiem dotknął zapadniętego brzucha Rocamadoura, zimnych ud, wyżej jakoby było jeszcze troszeczkę ciepła, chociaż nie, był zupełnie zimny. «Wskoczyć w gotową formułę – pomyślał Horacio. – Krzyknąć, zapalić światło, rozpocząć normalną, obowiązkową hecę, ale po co...?» A może... może jeszcze... «To znaczy, że to, co wiem o sobie od samego spodu, cały ten instynkt, do niczego mi nie służy. Jeżeli krzyknę – to od początku Berthe Trépat, od nowa głupie usiłowania, żal. Iść po utartej ścieżce, zrobić to, co się powinno robić w takim wypadku. (...) Komediant, zgrywus. Jedyne, co można zrobić, to...» (...)»¹². Śmierć dziecka powoduje u Magi długotrwały szok i staje się powodem rozpadu jej związku z głównym bohaterem.

ŚM. DZIECKA, TRAUMA, ŚM.-ZNAK, ŚM. BRUDNA

T. Capote, *Z zimną krwią*, 1965, P.

Oparta na faktach „powieść dokumentalna” – prawdopodobnie pierwsza w swoim gatunku. Capote zbudował fabułę powieści na podstawie własnych obserwacji, akt urzędowych i rozmów z pierwowzorami swoich bohaterów. Jest to historia morderstwa dokonanego przez dwóch mężczyzn na czteroosobowej rodzinie bogatego farmera z południa USA. Aresztowani kilka miesięcy później mordercy zostają osądzeni i straceni na szubienicy. W powieści opisany jest szczegółowo moment napadu i brutalnego morderstwa, a także – równie szczegółowo – egzekucje skazańców (Capote oglądał podobno egzekucje na własne oczy; słynne stały się także jego wielotygodniowe rozmowy z jednym z morderców w więzieniu). Książka napisana jest bardzo oszczędnym, reporterskim językiem. Warto dodać, że historia ukazana w powieści, a także historia tworzenia książki były przenoszone na ekran czterokrotnie (1967, 1996, 2005, 2006).

MORDERSTWO, KARA ŚM., ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

¹² J. Cortázar, *Gra w klasy*, przeł. Z. Chądzyńska, Muza, Warszawa 2010, s. 187–188.

S. Sontag, *Zestaw do śmierci*, 1967, P.

Powieść ta zawiera w sobie skomplikowany eksperyment formalny: całość fabuły stanowi zapis snu umierającego po próbie samobójczej bohatera. Na początku dowiadujemy się, że bohater próbuje popełnić samobójstwo, potem szybko rozpoczyna się złożona, sensacyjna fabuła. Bohater wybiera się w podróż pociągiem. Gdy pociąg staje w tunelu, bohater wychodzi z niego i w wyniku sprzeczki zabija robotnika pracującego przy torach. Potem, przerażony swoim czynem, obawia się kary. Próbuje skontaktować się z rodziną robotnika, aż w którymś momencie przestaje być pewien, czy rzeczywiście popełnił zbrodnię. Jeszcze w pociągu poznaje piękną niewidomą kobietę, z którą nawiązuje romans. Dopiero w ostatnich fragmentach powieści pojawiają się sugestie, że wszystkie te zdarzenia były jedynie snem nieprzytomnego, umierającego bohatera. Zbudowana według sennej logiki fabuła niejako odzwierciedla jego nieświadome, wewnętrzne wahania i zmaganie się ze śmiercią. Logikę snu i wyobrażeniową rzeczywistość fabuły sugerują też pewne zabiegi formalne w tekście. Nie bez znaczenia jest i fakt, że bohater nosi nazwisko Harron. W ostatnich akapitach bohater niejako dokonuje ostatecznego wyboru między życiem a śmiercią: „Czyżby Duduś dotarł do miejsca przeznaczenia? / Umieranie to praca ponad ludzkie siły. / I znów Duduś słyszy odgłos pociągu oraz stłumione okrzyki. Szczeka pies. / Schludny młody Murzyn w białym uniformie podjeżdża z wózkiem do jego łóżka. Zalatuje wymiocinami. Ale kto taki? Duduś. Duduś Uziemiony. / Kolejne sale. Duduś idzie dalej, wygląda swojej śmierci. Duduś sporządził ostateczny wykres; narysował ostatnią mapę. Duduś poznał inwentarz świata”¹³.

SAMOBÓJSTWO, MORDERSTWO, ŚM.-ZNAK, METAFORA ŚM. (umieranie TO sensacyjna historia; śmierć TO wybór, do którego się dojrzewa)

A. Sołżenicyn, *Oddział chorych na raka*, 1968, P.

Książka opowiada historie pacjentów tytułowego oddziału w szpitalu w radzieckim Uzbekistanie. Postacie książki, wśród których wyróżnić można przechodzących terapię pacjentów i szpitalny personel, tworzą razem swoistą szpitalną społeczność. Główny bohater – będący w odległej republice ZSRR na zesłaniu – trafia na oddział z powodu

¹³ S. Sontag, *Zestaw do śmierci*, przeł. A. Kołyszko, PIW, Warszawa 1989, s. 347.

raka żołądka. Pojawia się wiele opisów warunków pobytu w szpitalu, terapii, dolegliwości fizycznych dręczących pacjentów i ich psychicznych reakcji na chorobę. Książka ma rysy autobiograficzne – Solżenitsyn podczas własnego zesłania również przeszedł operację nowotworu. Utwór zawiera wiele motywów sugerujących, że opisywany szpitalny oddział jest alegorią Związku Radzieckiego pod rządami Stalina.

RAK, SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. JAKO METAFORA (totalitarne państwo TO oddział chorych na raka; korupcja i podłość TO rak; obozy pracy i wygnanie TO rak)

Love Story, reż. A. Hiller, 1970, F.

Historia miłości studenta prawa z bogatej rodziny i córki ubogiego piekarza, którzy wbrew rodzinie studenta pobierają się. Wkrótce po ślubie okazuje się, że młoda żona cierpi na poważną chorobę, która została wykryta przy okazji badań związanych z bezpłodnością. „Jenny umiera” – mówi lekarz mężowi (a nie jej). W rozmowie wspomniana jest „hematologia”, ale nie pada (także później) nazwa choroby. Chora Jenny pokazana jest tylko raz, w łóżku – przedstawienie nie wskazuje na fizjologię choroby – aktorka jest nieco bledsza, ale dalej ma piękną, rozświetloną twarz.

RAK, ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM.-ZNAK, ŚM. CZYSTA

1971–1980

Johnny poszedł na wojnę, reż. D. Trumbo, 1971, F.

Ostatniego dnia I wojny światowej amerykański żołnierz zostaje po-twornie okaleczony przez wybuch miny. Traci ręce, nogi i twarz (literalnie). Nie jest w stanie komunikować się ze światem zewnętrznym, choć zachowuje świadomość. Nikt nie próbuje z nim nawiązać kontaktu, a lekarze traktują go jak „warzywo”. Pewnego dnia udaje mu się wystukać na poduszce alfabetem Morse’a błaganie o śmierć. Film, który mimo umiejscowienia akcji w realiach I wojny światowej należy odczytywać jako krytykę trwającej od 1965 r. amerykańskiej interwencji w Wietnamie, wydaje się mieć wymowę silnie pacyfistyczną. Współczesny interpretator mógłby też zwrócić uwagę na znaczenie filmu na tle dyskusji o eutanazji i medycznej definicji śmierci mózgowej.

ŚM. WOJENNA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. DZIKA, ŚM. JAKO METAFORA (los żołnierzy walczących w Wietnamie TO potworne okaleczenie w czasach I w.ś.; wojna TO dramat jednostki)

Lowca jeleni, reż. M. Cimino, 1978, F.

Trzej przyjaciele, młodzi robotnicy z peryferii USA, zostają powołani do wojska i wyjeżdżają na wojnę w Wietnamie. Przed wyjazdem wyruszają na ostatnie wspólne polowanie. Na wojnie zostają pojmani przez Wietkong i w niewoli są zmuszani do gry w „rosyjską ruletkę”. Dwóm z przyjaciół udaje się zbiec, jednak podczas ucieczki zostają rozdzieleni. Gdy jeden z nich powraca do domu, ma kłopoty z powrotną adaptacją do środowiska – prześladowa go wojenne wspomnienia. Dowiaduje się też, że jego kolega został w Sajgonie. Decyduje się wrócić do Wietnamu, by go odszukać. Okazuje się, że ten całkowicie utracił równowagę psychiczną. Dzień za dniem gra za pieniądze w „rosyjską ruletkę” w podziemnym klubie. W filmie pojawia się wiele scen śmierci w wyniku strzału w głowę (m.in. w słynnej scenie, w której przyjaciele zasiadają do gry naprzeciw siebie). Pojawiają się też przedstawienia śmierci na wojnie.

ŚM. WOJENNA, TRAUMA, SAMOBÓJSTWO, ŚM.-ZNAK, ŚM. DZIKA, METAFORA ŚM. (śmierć wojenna TO polowanie), ŚM. BRUDNA

Dzień weselny, reż. R. Altman, 1978, F.

Śmierć wiekowej babki, nestorki bogatej rodziny, w dniu zorganizowanego z rozmachem wesela jej wnuka – uruchamia akcję filmu. Jest pierwszym punktem kulminacyjnym (kończącym *ekspozycję*, a rozpoczynającym *rozwiązanie*). Członkowie rodziny decydują się kontynuować uroczystość mimo wiadomości o śmierci babki. W finale filmu samochód nowożeńców ulega wypadkowi. Rodzina myśli, że nowożeńcy zginęli i zaczyna ich opłakiwać – jednak okazuje się, że w samochodzie siedział ktoś inny.

ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM.-ZNAK

Czas apokalipsy, reż. F. F. Coppola, 1979, F.

Ekranizacja *Jądra ciemności* Josepha Conrada w zmienionych realiach. Akcja toczy się podczas wojny w Wietnamie. Amerykański żołnierz płynie łodzią do serca dżungli, by wypełnić misję specjalną – wykonać

egzekucję na zbuntowanym (i prawdopodobnie szalonym) pułkowniku Kurtzu. Podczas podróży giną kolejno członkowie załogi łodzi. W jednej ze scen bohater strzela do ranionej przez jednego z żołnierzy wietnamskiej wieśniaczki, żeby odwieść załogę łodzi od zboczenia z kursu. Gdy resztką załogi, wraz z głównym bohaterem, dociera do celu – okazuje się, że otoczony niemal boskim kultem Kurtz żyje w antycznej świątyni ozdobionej głowami pomordowanych przez swoich wyznawców ludzi. Bohater dokonuje wreszcie egzekucji – zabija Kurtza maczetą. Scena zamordowania Kurtza przerywana jest migawkami z rytualnego uboju byka.

ŚM. WOJENNA, MORDERSTWO NA ZLECENIE, ŚM.-ZNAK, ŚM. DZIKA, ŚM. BRUDNA, METAFORY ŚM. (śmierć wojenna TO apokalipsa; egzekucja TO ubój rytualny)

1981–1990

Rambo. Pierwsza krew, reż. T. Kotcheff, 1982, F.

Film, oparty na książce o wymowie antywojennej (D. Morrell, *First Blood*, 1972), przypomina problemy weteranów wojny w Wietnamie, wynikające między innymi z traumatycznych doświadczeń wojennych. Niejako wbrew pierwowzorowi i pierwotnym, ambitnym założeniom film stał się pierwszym z wielu filmów nowego gatunku kina akcji – z umięśnionymi herosami z bronią w ręku, zabijającymi w kolejnych scenach nieprzebrane rzesze przeciwników.

ŚM. WOJENNA, ŚM.-ZNAK, ŚM. DZIKA

Krótki film o zabijaniu, reż. K. Kiesłowski, 1987, F.

Film powstał przez rozszerzenie odcinka telewizyjnego cyklu *Dekalog*. Osią filmu jest realistyczna scena mordu dokonanego na warszawskim taksówkarzu przez młodego mężczyznę – Jacka. Jacek zostaje złapany, postawiony przed sądem i skazany na karę śmierci. Film kończy brutalna i bardzo realistyczna scena wykonania wyroku przez powieszenie skazańca. Film interpretowano jako wypowiedź Kiesłowskiego przeciw karze śmierci.

MORDERSTWO, KARA ŚM., ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

Urodzony czwartego lipca, reż. O. Stone, 1989, F.

Film oparty na prawdziwych wydarzeniach. Główny bohater, Ron Kovic zgłasza się na ochotnika na wojnę wietnamską. Zostaje ciężko ranny i w efekcie – sparaliżowany od pasa w dół. Jest też w pewnym sensie okaleczony psychicznie: kalectwo powoduje u niego depresję i wybuchy agresji. Widzimy również, jak zmaga się z rehabilitacją. Wojna powoduje w bohaterze także poważne przemiany wartości – staje się działaczem ruchu pacyfistycznego.

ŚM. WOJENNA, KALECTWO, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA

Ofiary wojny, reż. B. de Palma, 1989, F.

Pięciu amerykańskich żołnierzy na wojnie w Wietnamie uprowadza wietnamską dziewczynę z jej wioski, następnie zaś brutalnie ją gwałci. Główny bohater jest jedynym żołnierzem, który sprzeciwia się porwaniu i próbuje nie dopuścić do gwałtu. Gdy nieco później patrol znajduje się pod ostrzałem wroga, dowódca każe jednemu z żołnierzy zamordować dziewczynę – pojawia się krwawa scena, w której ofiara zostaje raniona bagnetem, a potem rozstrzelana z karabinu maszynowego.

ŚM. WOJENNA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA (pokazana fizjologia morderstwa i śmierci wojennej) i ŚM. CZYSTA (schemat walki o sprawiedliwe ukaranie sprawców), ŚM. DZIKA

Stalowe magnolie, reż. H. Ross, 1989 (na podstawie dramatu R. Hardinga), F.

Pod koniec filmu jedna z głównych bohaterek – młoda mężatka Shelby – w wyniku powikłań po przeszczepie nerki zapada w śpiączkę i umiera. Moment śmierci nie jest pokazany, za to po scenie pogrzebu matka bohaterki (również jedna z głównych postaci) wyznaje przyjaciółkom, że wraz z mężem „stwierdzili, że nie ma już nadziei” i zezwolili na odłączenie aparatury podtrzymującej życie Shelby. Opisuje koleżankom tę sytuację: mówi, że mąż nie wytrzymał i tylko ona przy tym została; mówi, że cieszy się, że mogła „odprowadzić” córkę, potem jednak zaczyna histerycznie płakać. Atak przerywa jedna z jej przyjaciółek, rozśmieszając matkę Shelby, by „rozładować atmosferę”... Sztuka będąca pierwowzorem filmu powstała na podstawie doświadczeń Hardinga związanych ze śmiercią siostry.

ŚPIĄCZKA, ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM. „PRAWDZIWA” (realistyczne okoliczności, oparcie scenariusza na doświadczeniu autora) i ŚM.-ZNAK (śmierć jest głównym punktem zwrotnym filmu, nie jest jednak jego głównym tematem, a tylko elementem konstrukcji fabuły służącym dramatyzacji), ŚM. CZYSTA

1991–2000

G. Eugenides, *Samobójczynie*, 1993, P.

Trzynastoletnia córka państwa Lisbon popełnia samobójstwo. W rok po tej śmierci popełniają samobójstwo jej cztery siostry (w wieku od 14 do 17 lat). Historia dziewcząt opowiedziana jest ustami zafascynowanej nimi grupki chłopców z sąsiedztwa. Śmierć sióstr Lisbon pozostaje dla nich zagadką, która dręczy ich aż do lat dorosłości – żadne z dziesiątek „racjonalnych” wyjaśnień tragedii nie wydaje im się wystarczające. Jedno z popularnych wyjaśnień podawanych w książce przez fikcyjnych ekspertów i dziennikarzy ma postać metafory: NEGATYWNE PRZEMIANY W KULTURZE USA TO ŚMIERĆ SIÓSTR LISBON. Realistyczne opisy okoliczności samobójstw; sceny pogrzebów.

SAMOBÓJSTWO, ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM. DZIECKA, ŻAŁOBA, TRAUMA, ŚM.-ZNAK, METAFORA ŚM. (samobójcza śmierć TO niepojęte fatum) i ŚM. JAKO METAFORA (negatywne przemiany w kulturze TO samobójstwo nastolatek)

Trzy kolory. Niebieski, reż. K. Kieślowski, 1993, F.

Główna bohaterka traci w wypadku samochodowym męża i jedyną córkę. Pogrążona w żałobie, porzuca wszystko, co kojarzy jej się z utraconymi bliskimi – przeprowadza się z wiejskiego domu do Paryża, zrywa stare znajomości. Film pokazuje, jak bohaterka radzi sobie z żałobą i jak próbuje zbudować sobie nowe życie.

ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM. DZIECKA, ŻAŁOBA, DEPRESJA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. DZIKA, ŚM. CZYSTA

Filadelfia, reż. J. Demme, 1993, F.

Młody, ambitny prawnik dowiaduje się, że jest chory na AIDS. Wkrótce zostaje zwolniony z prestiżowej kancelarii adwokackiej, w której

pracował. Jako oficjalny powód firma podaje nieudolność swojego wczorajszego „asa”. Bohater podejrzewa jednak, że powodem była informacja o jego chorobie. Postanawia pozwać swoją firmę do sądu – duża część fabuły skupia się na jego sądowej batalii. Umieranie na AIDS pokazane jest tu jako długi i bolesny proces, związany z kompletną dezorganizacją życia. Wielokrotnie i dokładnie przedstawiane są biologiczne aspekty umierania na AIDS – kolejne infekcje wyniszczają ciało, chory trawiony jest przez coraz poważniejsze dolegliwości. Na jednej z ostatnich rozpraw adwokat bohatera prosi go o pokazanie sędziemu i przysięgłym pokrytego chorobowymi zmianami ciała – staje się to punktem zwrotnym procesu (adwokat udowadnia, że szefowie kancelarii musieli wiedzieć o chorobie). Już po wygranej procesie, tuż przez śmiercią bohater żegna się z bliskimi, leżąc w szpitalnym łóżku, z maską tlenową i kroplówką. Film kończy się sceną stypy i fragmentami filmów wideo z dzieciństwa bohatera.

AIDS, SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. DZIKA, ŚM. BRUDNA (realistyczne przedstawienia umierania na AIDS, dezorganizacja życia) i ŚM. CZYSTA (umieranie wpisane w narracyjny schemat „walki o sprawiedliwość”)

T. Kushner, *Anioły w Ameryce. Gejowska Fantazja na motywach narodowych*, 1993 (pierwsze wystawienie całości), D.

W pierwszej warstwie fabularnej – historia perypetii amerykańskich gejów w obliczu epidemii AIDS. Wielowątkowa fabuła zahaczająca o społeczne, polityczne i moralne problemy USA lat 80. staje się pretekstem do jeszcze poważniejszych rozważań nad amerykańską kulturą. Sztuka zawiera wiele scen przywołujących doświadczenia chorych na AIDS. W zawiązaniu akcji jedna z głównych osób dramatu – Louis – porzuca swojego kochanka Piora, gdy ten dowiaduje się, że ma AIDS. Umiera na AIDS także inna osoba dramatu – cyniczny prawnik polityk Roy Cohn, również gej.

AIDS, ŚM. „PRAWDZIWA” (realistycznie omówione jest umieranie na AIDS – chorobę będącą prawdziwym postrachem epoki i środowiska, o których mowa) i ŚM.-ZNAK (bo tematem nie jest choroba, ale związki międzyludzkie), ŚM. BRUDNA

Ostry dyżur, reż. M. Crichton i in., nadawany od 1994, S.
Serial o pracy lekarzy na ostrym dyżurze w fikcyjnym szpitalu w Chicago. Powtarzają się przedstawienia medycznych zmagañ z chorobami i śmiercią. Scenariusze oparte są na prawdziwych medycznych przypadkach. Twórca serialu sam pracował na ostrym dyżurze.
SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA” (przedstawienia śmierci „szpitalnej” oparte na relacjach prawdziwych lekarzy) i ŚM.-ZNAK (głównym tematem serialu są relacje międzyludzkie w środowisku lekarzy, a nie sama choroba i śmierć)

Kolacja z arsenikiem, reż. S. Title, 1995, F.
Grupa przyjaciół – studentów przywiązujących dużą wagę do swoich liberalnych poglądów – podczas awantury w domu jednego z nich przyczynia się do śmierci nie zrównoważonego miłośnika militariów o ultraprawicowych poglądach. Przyjaciele postanawiają odtąd zapraszać na tytułową kolację (zakończoną podaniem trucizny) osoby zagrożające swobodom obywatelskim. Swoje ofiary zakopują w ogródku za domem, w którym odbywają się kolacje.
MORDERSTWO/KARA ŚM., ŚM.-ZNAK, ŚM. CZYSTA

Przed egzekucją (Dead Man Walking), reż. T. Robbins, 1995, F.
Oparta na prawdziwych wydarzeniach historia relacji siostry zakonnej i skazanego na śmierć mordercy-gwałciciela. Siostra zakonna prowadzi korespondencję ze skazańcem. Gdy zbliża się termin egzekucji, zaczyna odwiedzać go w więzieniu i staje się jego duchowym przewodnikiem. Pod koniec filmu pojawia się precyzyjnie przedstawiona scena wykonania wyroku na bohaterze-skazańcu przez wstrzyknięcie trucizny.
KARA ŚM., ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. DZIKA

Cena nadziei (Last Dance), reż. B. Beresford, 1996, F.
Młody prawnik walczy o ułaskawienie skazanej na śmierć morderczyni. Bohaterka w wieku 19 lat, 12 lat wcześniej, zamordowała pod wpływem narkotyków dwójkę nastolatków. Między bohaterami nawiązuje się głęboka przyjaźń. Nie udaje się jednak powstrzymać wykonania wyroku. Pod koniec filmu wiernie odtworzona jest scena egzekucji przez wstrzyknięcie trucizny.
KARA ŚM., ŚM.-ZNAK (historia skupia się na wątku uczuciowej relacji między bohaterami), ŚM. DZIKA

Czas zabijania, reż. J. Schumacher, 1996, F.

Thriller sądowy, którego akcja dzieje się na południu USA. Młody prawnik podejmuje się obrony czarnoskórego ojca brutalnie zgwałconej dziesięcioletniej dziewczynki, który postanawia samodzielnie wymierzyć sprawiedliwość i zabija ujętych już sprawców. Okazuje się, że wszyscy, łącznie z sędzią, ławnikami i fanatycznymi mieszkańcami okolicy, są za skazaniem czarnoskórego oskarżonego na śmierć.

MORDERSTWO, KARA ŚM., ŚM.-ZNAK, ŚM. DZIKA

Ukryte pragnienia, reż. B. Bertolucci, 1996, F.

Młoda dziewczyna przyjeżdża z USA do Toskanii, by poznać tajemnice swojej zmarłej matki (m.in. dowiedzieć się, kto jest jej ojcem), a także w poszukiwaniu wakacyjnej miłości. Zamieszkuje tam z grupą dawnych znajomych matki. Jednym z nich jest umierający na raka pisarz. To z nim bohaterka nawiązuje najgłębszy kontakt. W jednej ze scen pod koniec filmu pisarz zostaje zabrany karetką do szpitala: niosą go na noszach, przyjaciele idą razem z nim jak kondukt żałobny. Żegnają się z przyjaciółmi i z Lucy. Kilkakrotnie pokazane jest jego wyniszczone chorobą ciało. Wątek pisarza jest jednak tylko jednym z kilku ważniejszych wątków filmu.

RAK, ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM. „PRAWDZIWA” (kilka realistycznych scen związanych z wątkiem choroby nowotworowej jednego z bohaterów) i *ŚM.-ZNAK* (śmierć nie jest głównym wątkiem filmu), *ŚM. DZIKA, ŚM. BRUDNA*

S. Márai, *Dziennik*, 1997 (pierwsze wydanie wyboru z całości), P.

Márai pisał dziennik przez 46 lat – ostatni wpis powstał na miesiąc przed samobójstwem autora w wieku 89 lat (czego nie można pominąć przy interpretacji dzieła). Notatki z ostatnich lat to zapis starzenia się, zmagania z postępującą niewydolnością ciała, samotności, postępującej depresji, przeżyć związanych ze śmiercią przyjaciół, rodzeństwa, wreszcie również ukochanej żony (fragmenty wpisów z ostatnich miesięcy: „Samotność wokół mnie tak gęsta jak zimowa mgła, można jej dotknąć. Zapach śmierci mają już nawet moje ubrania”, „(...) reszta, Tibor, Miksa, pół tuzina przyjaciół, wszyscy poumierali. (...) Pozostałem całkiem sam, w osiemdziesiątym dziewiątym roku życia z chodzeniem i widzeniem jest coraz gorzej, czytać jestem w stanie

najwyżej przez kwadrans, potem wzrok zasnuwa mgła, raz dziennie wychodzę z laską na spacer przed domem. Prawie żadnego alkoholu, szklanka wina z wodą, czasami piwo. Mniej więcej dziesięć papierosów dziennie. Seks, podobne myśli, nic, nawet we śnie. I nie brakuje. Czułość sprawiłaby mi przyjemność, ale nie ufam nikomu. (...) Pamięć niepewna, z oddali wspomnienia nadpływają wyraziście, ale czasami nie pamiętam, co działo się pięć minut temu. Żadnego protestu wobec śmierci, ale żadnego pragnienia śmierci. (...)” i ostatni wpis: „Czekam na wezwanie, nie ponaglam, ale i nie ociągam się. Już pora”¹⁴).
STAROŚĆ, SAMOTNOŚĆ, DEPRESJA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA

Gia, reż. M. Cristofer, 1998, F.

Film opowiada opartą na faktach historię słynnej w latach 80. modelki. Jest utrzymany w konwencji dokumentu: kolejne fragmenty fabuły rozpoczynają historie opowiadane wprost do kamery przez bliskich modelki (jest to jednak w całości film fabularny). Bohaterka po paśmie sukcesów w świecie mody uzależnia się od narkotyków. Zostaje u niej zdiagnozowane AIDS. Ostatnie sceny filmu przedstawiają powolny proces umierania. Pokazywane jest jej pokryte chorobowymi znamionami ciało, łysiejąca głowa, krwotoki. W finale filmu jej matka opowiada (zwrócona twarzą do kamery): „Zmarła około 10 rano. Próbowali ją podnieść. Próbowali ją podnieść z łóżka i ona... Jej ciało po prostu odpadło od pleców. Po prostu odpadło... Ale o tym raczej nie chcecie słuchać”. Film rozpoczyna scena, w której leżącej i patrzącej nieruchomo bohaterce ktoś robi makijaż. W ostatniej scenie okazuje się, że dzieje się to prawdopodobnie w domu pogrzebowym, już po jej śmierci. W tej samej, ostatniej scenie ubrane na białą postaci odsuwają szpitalne parawany, jedna z nich podaje bohaterce dłoń w białej rękawiczce, a ta wstaje z łóżka; jest znowu młoda i piękna, idzie powoli owinięta w prześcieradło w kierunku kamery. Z *offu* słychać jej głos – w krótkim przemówieniu o życiowych wyborach i jego sensie.

AIDS, SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA” (realistycznie przedstawione umieranie na AIDS) i ŚM.-ZNAK (umieranie i śmierć bohaterki jest

¹⁴ S. Márai, *Dzienniki*, przeł. T. Worowska, Czytelnik, Warszawa 2006, s. 608, 609–610, 611.

tylko kłamrą filmu biograficznego), ŚM. BRUDNA (pokazana fizjologia chorowania na AIDS) i ŚM. CZYSTA (finałowe symboliczne zmarłychwstanie)

Patch Adams, reż. T. Shadyac, 1998, F.

Film opowiada opartą na prawdziwych wydarzeniach historię studenta medycyny, który wbrew swoim wykładowcom i szpitalnym przełożonym wprowadza w życie niekonwencjonalne metody terapii ciężko chorych pacjentów: przebiera się za kłowna, wykonuje cyrkowe sztuczki, wygłupia się i opowiada dowcipy. Rozpoczyna praktykę medyczną i poświęca szczególnie dużo czasu dzieciom z chorobami nowotworowymi. Jego postępowanie, wynikające z humanitarnych pobudek i wyraźnie formułowanej przez bohatera filozofii leczenia krytykują inni lekarze, a także inni studenci. W filmie pojawia się krytyka „odpersonalizowanego” podejścia lekarzy do pacjentów.

SZPITAL, ŚM. DZIECKA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. OSWOJONA, ŚM. CZYSTA

Między piekłem a niebem, reż. V. Ward, 1998, F.

Szczęśliwe małżeństwo przeżywa śmierć dwójki swoich dzieci w wypadku samochodowym. Mąż stara się ukrywać swój ból przed żoną, ona pogrąża się w depresji. W końcu czas goi rany, ale po kilku latach od śmierci dzieci ginie też mąż. Wtedy akcja przenosi się w zaświaty: mąż trafia do nieba i odkrywa, że żona wkrótce po jego śmierci popełniła samobójstwo i trafiła do otchłani. Postanawia ją odnaleźć i rozpoczyna poszukiwania, podróżując po zaświatach niczym Dante. Spotyka na drodze m.in. swoje zmarłe dzieci. Film przedstawia malownicze wyobrażenia zaświatów, zarówno ich wyglądu, jak i swoistej logiki funkcjonowania, luźno opartej na wizji chrześcijańskiej.

ŻAŁOBA, ŚM. DZIECKA, DEPRESJA, ŚM.-ZNAK, ŚM. DZIKA (gdy giną dzieci) i ŚM. OSWOJONA (gdy pokazywane są zaświaty), ŚM. CZYSTA (m.in. porządek chrześcijańskiej wizji zaświatów), METAFORY ŚM. (śmierć TO podróż po zaświatach; śmierć TO połączenie ze zmarłymi bliskimi)

Joe Black, reż. M. Brest, 1998, F.

Remake filmu *Death Takes a Holiday* z 1934 r. Śmierć postanawia wybrać się na urlop, więc nawiedza ciało młodego mężczyzny, by dowiedzieć się, jak to jest być człowiekiem. Ujawnia swój plan zamożnemu starszemu biznesmenowi, którego zmusza do pełnienia roli przewodnika po świecie ludzi. W zamian za to przewodnikowi podarowany zostaje czas, w którym może załatwić swoje ważne „niezałatwione sprawy”. Przebywając w domu biznesmena, śmierć nawiązuje romans z jego córką. Sceny śmierci: na początku niespodziewany (do tego stopnia, że szokujący) wypadek samochodowy, w którym ginie przeznaczony do nawiedzenia młodzieniec; na końcu, odzyskawszy utracone kontrolę i prestiż w swojej firmie (między innymi dzięki swojemu gościowi), po dokonaniu ostatnich pożegnań z bliskimi i światem – umiera biznesmen-przewodnik.

METAFORA ŚM. (śmierć TO osoba), ŚM.-ZNAK, ŚM. OSWOJONA

Ciemna strona miasta, reż. M. Scorsese, 1999, F.

Bohater pracuje jako sanitariusz na nocnej zmianie pogotowia ratunkowego. Jest bliski załamania nerwowego. Nie wierzy, że może kogoś uratować, trafiają mu się same trudne przypadki („Same zabójstwa, samobójstwa, wypadki przedawkowania... Co się stało ze złamaniami ręki?”). Wszędzie widzi twarz zmarłej pacjentki, której kiedyś nie udało mu się uratować. Praca, jaką wykonuje, bardziej niż ratowanie życia przypomina mu przeprowadzanie zmarłych „na drugą stronę”. Pod koniec filmu bohater odłącza od aparatury pacjenta (ojca przyjaciółki), którego defibrylowano w szpitalu 17 razy (wydaje mu się, że pacjent go o to prosi).

SZPITAL, EUTANAZJA, ŚM. „PRAWDZIWA” (realistyczne przedstawienia śmierci „szpitalnej”) i ŚM.-ZNAK (śmierć nie jest głównym tematem, a tylko ważnym motywem), ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

Przekleństwa niewinności, reż. S. Coppola, 1999, F.

Film na podstawie książki G. Eugenidesa *Samobójczynie* (oba utwory noszą w oryginale tytuł *Virgin Suicides*). Fabułę książki opisałem wyżej – film pozostaje dosyć wierny literackiemu oryginałowi.

Podziemny krąg (Fight Club), reż. D. Fincher, 1999, F.

Główny bohater – trzydziestokilkuletni yuppie – cierpi na chroniczną bezsenność. Żeby znaleźć spokój, chodzi na spotkania grup wsparcia przeznaczonych dla ludzi chorych na nieuleczalne choroby, zwykle różne odmiany raka, udając jednego z nich. Twierdzi, że tylko rozmawiając z umierającą osobą, jest w stanie się wypłakać, a to przynosi mu ulgę. Na spotkaniach zaprzyjaźnia się m.in. z byłym kulturystą, który w wyniku amputacji jąder cierpi na ginekomastię, oraz kobietę, która tak jak on chodzi na spotkania „turyistycznie”. Niniejsze fragmenty fabuły stanowią jednak jedynie punkt wyjścia akcji – swoiste fabularne „udziwnienie”.

RAK, ŚM.-ZNAK (tylko „udziwnienie” i wątek poboczny) i ŚM. „PRAWDZIWA” (wiarygodnie przedstawione spotkania grup wsparcia i fizjonomie zmienionych chorobą pacjentów)

Magnolia, reż. P.T. Anderson, 1999, F.

Jeden z bohaterów tej wielowątkowej, niestandardowo skonstruowanej narracji to stary, umierający potentat finansowy. Jego młoda żona rozważa poddanie go eutanazji. Relację z umierającym pacjentem silnie przeżywa jego pielęgniarka. W jednej ze scen milioner długo i z trudem opowiada mu, czego żałuje w swoim życiu. Pielęgniarka próbuje doprowadzić do spotkania pracodawcy z synem, z którym ten był w konflikcie. Żona, choć wyszła za starego bogacza dla pieniędzy i zdradzała go, gdy mąż umiera, przeżywa silne emocje; odkrywa, że bardzo go kochała i nie chciała jego śmierci.

RAK, STAROŚĆ, ŚM.-ZNAK, ŚM. BRUDNA

Zielona Miła, reż. F. Darabont, 1999, F.

Ekranizacja powieści S. Kinga. Główny bohater wspomina czasy, gdy pracował jako strażnik więzienny w zakładzie karnym na południu USA. Był nadzorcą oddziału dla więźniów skazanych na śmierć. Jeden z nich posiadał nadnaturalne zdolności. W filmie pokazanych jest kilka dość realistycznych scen egzekucji skazańców, a także swoista rekonstrukcja/reminiscencja morderstwa dokonanego przez jednego z więźniów.

RAK ŚM., MORDERSTWO, ŚM.-ZNAK, ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

Wszystko o mojej matce, reż. P. Almodóvar, 1999, F.

Bohaterką jest pielęgniarka samotnie wychowująca syna. W początkowych scenach syn wpada pod samochód. Zostaje przewieziony do szpitala, w którym jego matka pracowała przy formalnościach związanych z przeszczepami organów. Dwaj chirurdzy, koledzy bohaterki, przeprowadzają z nią rozmowę, której treść zna na pamięć – u syna stwierdzono śmierć mózgu i potrzebna jest zgoda na przeszczep. Serce syna ratuje życie innej osoby. Bohaterka wykrada informacje o biorcy i udaje jej się zobaczyć go już po przeszczepie. Pograżona w rozpacz rzuca pracę i przeprowadza się do innego miasta, w którym kiedyś mieszkała i w którym poznała ojca zmarłego syna. Pod koniec filmu okazuje się, że ojciec również umiera – jest chory na AIDS. Umiera jeszcze jedna bohaterka filmu – zakonnica, z którą zaprzyjaźnia się główna bohaterka w nowym miejscu zamieszkania. Dowiadujemy się, że dawny partner bohaterki zaraził zakonnice wirusem HIV (w dodatku jest ona z nim w ciąży). Zakonnica umiera jednak, zanim choroba się rozwija – przy porodzie. W jednej z ostatnich scen filmu widzimy jej pogrzeb, na którym – po raz pierwszy w filmie – pojawia się ojciec zmarłego syna.

ŚM. *DZIECKA, SZPITAL, TRANSPLANTACJA, AIDS*, ŚM. „*PRAWDZIWA*” (wypadek i choroby – zagrożenia życia zgodne z dominującym doświadczeniem śmierci; realistyczne sceny w szpitalu) i ŚM.-*ZNAK* (śmierć jest elementem zawiązującym i kończącym akcję, natomiast tematem filmu są raczej związki między wspierającymi się kobietami)

S. Kane, *Psychosis* 4.48, 1999, D.

Dramat o rozpacz i samobójstwie. Analizuje on życie psychiczne młodej kobiety zdradzającej objawy silnej choroby dwubiegunowej (na którą cierpiała sama Sarah Kane). Bohaterka w scenicznych adaptacjach wykrzykuje pełne bólu, wyrzutu i zawodu monologi. Wydaje się, że nie chce umierać, ale ponieważ nie jest w stanie żyć, śmierć prześladowa ją niczym fatum. W sztuce powtarza się motyw odliczania od stu siódmkami wstecz – podobno jest to metoda stosowana przez psychiatrów dla ustalenia stopnia koncentracji pacjenta – tu stanowi swoiste odliczanie do zbliżającego się nieuchronnie momentu samo-

bójstwa. Była to ostatnia sztuka tej autorki – Kane popełniła samobójstwo na krótko po jej ukończeniu.

DEPRESJA, SAMOBÓJSTWO, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

Tańcząc w ciemnościach, reż. L. von Trier, 2000, F.

Emigrantka z Europy Wschodniej pracuje w fabryce w małej miejscowości w USA. Prowadzi pełne wyrzeczeń życie, by zdobyć pieniądze na operację syna, który traci wzrok (tak jak ona sama). Pewnego dnia pieniądze zostają jej skradzione. Ponieważ wie, kto był złodziejem, próbuje je odzyskać. Podczas szamotaniny złodziej ginie. Bohaterka zostaje aresztowana i skazana na śmierć. Film kończy szokująca scena egzekucji (notabene von Trier powiedział kiedyś, że sceny tej nie mógł nakręcić inaczej po zobaczeniu wcześniej *Krótkiego filmu o zabijaniu* Kieślowskiego). Film od czasu do czasu zmienia konwencję z dramatu psychologicznego (wyreżyserowanego zgodnie z zasadami Dogmy 95) na musical – ilustruje to chwile, w których bohaterka „ucieka od rzeczywistości” w fantazję.

KARA ŚM., MORDERSTWO, ŚM. „PRAWDZIWA” (hiperrealistyczna scena egzekucji) i ŚM.-ZNAK (śmierć nie jest tematem refleksji, a tylko ważnym elementem fabuły), ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

2001–2006

Pokój syna, reż. N. Moretti, 2001, F.

Spokojne życie przeciętnej włoskiej rodziny legnie w gryzach, gdy podczas nurkowania topi się nastoletni syn i brat. Informacja o tym stanowi szok dla pozostałych członków rodziny – ojca (z zawodu psychoanalityka), matki i młodszej siostry. W jednej ze scen, wkrótce po otrzymaniu wiadomości o śmierci, matka, ojciec i siostra złączeni w uścisku długo płaczą w przedpokoju mieszkania. Widzimy, jak jeszcze w szpitalu ojciec wybiera trumnę, bliscy odbierają rzeczy chłopca od kolegów. Pokazany jest też pogrzeb (przy otwartej trumnie). Film opowiada, jak członkowie rodziny próbują radzić sobie z tą śmiercią – matka przeżywa ataki hysterii, ojciec rezygnuje z pracy jako psychoanalityk, córka staje się agresywna w szkole. Wszyscy razem próbują

ją też dowiedzieć się czegoś o życiu osobistym zmarłego chłopca (tych jego aspektach, których nie znali) – kontaktują się w tym celu m.in. z dziewczyną, którą poznał kiedyś na obozie. Co istotne, film jest wyjątkowo oszczędny w środkach wyrazu, co wydaje się oddawać „zwykłą” codzienność życia, także już po trudnym dla rodziny wydarzeniu. ŚM. *DZIECKA*, ŚM. *BLISKIEJ OSOBY*, *ŻAŁOBA*, ŚM. „*PRAWDZIWA*”, ŚM. *DZIKA*

I twoją matkę też, reż. A. Cuarón, 2001, F.

Dwóch nastolatków zaprasza poznaną na weselu piękną, dużo starszą mężatkę w podróż na wymyśloną plażę. Ku ich zaskoczeniu, po kilku dniach kobieta odnajduje ich i zgadza się na podróż. Robi to spontanicznie, ponieważ otrzymała w krótkim czasie dwie bardzo złe wiadomości. Pod koniec filmu dowiadujemy się, że bohaterka zmarła na raka wkrótce po szalonej podróży.

RAK, ŚM.-ZNAK, ŚM. CZYSTA, ŚM. OSWOJONA

C. Palahniuk, *Udław się*, 2001, P.

Bohater książki – seksoholik bez stałej pracy – opiekuje się swoją chorą psychicznie umierającą matką. Zarabia na opłacanie jej pobytu w zamkniętym zakładzie opieki, „zawodowo” dławiąc się w restauracjach i wyłudzać pieniądze od swoich „wybawców”. Powieść zawiera liczne opisy konfrontacji ze starością, chorobą, demencją („Codziennie mają lekcje zapinania guzików, sznurowania sznurówek, zatrzaskiwania zatrzasków. (...) Z samego rana codziennie ktoś im mówi, jak mają na imię. Przyjaciele, znający się od sześćdziesięciu lat, są sobie przedstawiani na nowo. Codziennie”),

wyniszczeniem ciała („Podczas kolejnej wizyty mama jest jeszcze chudsza, o ile to w ogóle możliwe. Jej szyja wydaje się chuda jak mój nadgarstek (...) Wysuwa potworną rękę przez chromowane pręty oparcia łóżka, potworną i chudą, jakby sięgała po mnie kurza łapka, i przełyka ślinę. Jej szczęki pracują z wysiłkiem, wargi pokryte ma pajęczyną śliny (...)”),

a także z rzeczywistością zakładu zamkniętego („Tam, gdzie ją trzymają, mama musi nosić bransoletkę. Nie mówię o bransoletce od jubilera, tylko o pasku z grubego plastiku, zaplombowanego zgrzewarką na jej nadgarstku, żeby nie mogła go zdjąć. Nie da się go przeciąć. Nie można

go roztopić papierosem. Próbowano już wszelkich sposobów, żeby się tego pozbyć. Poruszając się tymi korytarzami z bransoletką na rękę, słyszysz szcęk zatrzaskujących się zamków. Zatopiony w plastiku pasek magnetyczny czy jakieś inne szepejo wysyła sygnał, który uniemożliwia otwarcie windy, gdyby zachciało ci się do niej wsiąść. Zamyka prawie wszystkie drzwi, gdy zbliżysz się na odległość czterech stóp. (...) Dywany, zasłony, łóżka – prawie wszystko jest ognioodporne. Niczego nie da się popłamić. Tu można zrobić cokolwiek i gdziekolwiek, a i tak będą to mogli zetrzeć. Jest to tak zwany ośrodek opieki. Żle się czuję, zdradzając ci te szczegóły. To znaczy, psując niespodziankę. Sam się zresztą przekonasz i to już wkrótce. Rzecz jasna, jeżeli dożyjesz”¹⁵. STAROŚĆ, DEMENCJA, IZOLACJA, SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA

Genialny klan (The Royal Tanenbaums), reż. W. Anderson, 2001, F. Głowa rodziny, znienawidzony przez bliskich ojciec „klanu”, próbuje zaskarbić sobie ich uczucia, symulując chorobę nowotworową. Głównym punktem zwrotnym filmu jest próba samobójcza jednego z bohaterów (syna). Film zawiera realistyczną scenę podcięcia sobie żył. DEPRESJA, SAMOBÓJSTWO, RAK, ŚM.-ZNAK

Dowcip (Wit), reż. M. Nichols, 2001, F. Film jest adaptacją dramatu Margaret Edson z 1995 roku. Opowiada historię chorej na raka profesor literatury angielskiej. Film zaczyna się w momencie, gdy bohaterka dowiaduje się o chorobie (w pierwszym zdaniu pierwszej sceny filmu lekarz mówi: „Ma pani raka”), kończy zaś w momencie śmierci. W filmie zachowana jest konwencja monodramu: bohaterka opowiada o swoich uczuciach i komentuje kolejne sceny filmu, patrząc w kamerę – przemawia niejako do widza. Opowieść ilustrują kolejne reminiscencje – z życia przed chorobą, z pierwszych badań – oraz sceny przedstawiające doświadczenia szpitalne, w tym te związane z dolegliwościami chorego na raka pacjenta: nudnościami, utratą włosów, bólem. Bohaterka opowiada też o uczuciu poniżenia (np. zaraz po scenie, w której szczegółowy wywiad medyczny i badanie

¹⁵ C. Palahniuk, *Udław się*, przeł. R. Ginalski, Wydawnictwo Niebieska Studnia, Warszawa 2007, s. 74, 140, 70–71.

ginekologiczne przeprowadza jej były student. Bohaterka komentuje: „To było... (...) trudne. Jedno, co można powiedzieć o 8-miesięcznej terapii nowotworu, to to, że jest bardzo... pouczająca. (...) Uczę się cierpieć”). Komentuje też codzienną rzeczywistość: mówi o dłużeniu się czasu, o męczącej powtarzalności badań, o porannych obchodach lekarzy (razem ze studentami). Jako literaturoznawca przysłuchuje się też językowi medycznemu – powtarza medyczne terminy (jakby zastanawiając się nad ich znaczeniem), mówi, że wyszukuje je w słowniku... Narzeka też na brak kontaktu z lekarzami – jedyną osobą, z którą naprawdę rozmawia, jest jedna z pielęgniarek. W filmie przedstawiona jest m.in. nocna rozmowa z pielęgniarką o decyzji, którą bohaterka musi podjąć: czy chce, aby ją reanimować po zatrzymaniu akcji serca (w rozmowie tej nie pada ani razu słowo „śmierć”). Pojawia się też scena nocnych zwierzeń (o strachu przed śmiercią) przy jedzeniu lodów; pielęgniarka mówi w niej do bohaterki „kochanie” i głaszcze ją, by dodać jej otuchy. Bohaterka tak komentuje tę scenę:

„Nie wierzę, że moje życie stało się takie kliwne. Ale tego się nie da uniknąć. Nie widzę innej drogi. Mówimy o życiu i śmierci i... W dodatku nie abstrakcyjnie. Mówimy o moim życiu i mojej śmierci. I nie mogę sobie wyobrazić innego tonu. Nie czas na szermierkę słowami. Nic nie byłoby gorsze niż szczegółowa akademicka analiza... erudycja, interpretacja, komplikacja. Teraz jest czas na prostotę. Teraz jest czas na – nie boję się tego powiedzieć – dobroć... Myślałam, że bycie niebywale bystrą pozwoli mi się z tym uporać. Ale zostałam przejrzana [przez. P.Sz.]”.

Film kończy scena, w której młody lekarz (były student bohaterki) podczas porannego obchodu odkrywa, że chora zmarła. Wzywa ekipę reanimacyjną (mimo zapisanej w karcie choroby decyzji „Nie reanimować”). Dopiero pielęgniarka przerywa akcję reanimacyjną. Pokazane jest martwe ciało bohaterki, z *offu* słychać jej głos recytujący wiersz (o śmierci) jej ulubionego poety.

RAK, SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. BRUDNA, ŚM. DZIKA

Życie jak dom, reż. I. Winkler, 2001, F.

Pięćdziesięcioletni rozwodnik zostaje zwolniony z pracy. Tego samego dnia dowiaduje się, że ma raka i zostało mu 3–4 miesiące życia. Nie mówi o swoim stanie rodzinie. Postanawia wykorzystać ten czas na zbudowanie domu nad oceanem, co planował już od dawna. Pomaga

mu w tym przeżywający okres buntu nastoletni syn. Budowanie domu staje się dla bohatera sposobem do nawiązania bliższego kontaktu i wreszcie do pogodzenia się i pożegnania z synem, a także z byłą żoną. Takich emocjonalnych scen godzenia się i żegnania jest w filmie kilka. W jednej z nich, już po przewiezieniu do szpitala, ojciec każe synowi dokończyć prawie już zbudowany dom. Śmierć bohatera nie jest pokazana, ale symbolizuje ją scena, w której była żona siedzi przy pustym szpitalnym łóżku. W ostatniej scenie słychać głos zmarłego bohatera z *offu*: „Zawsze myślałem o sobie jako o domu. (...) Zbudowałem sobie życie. Zbudowałem sobie dom [przeł. P.Sz.]”.

RAK, ŚM. *BLISKIEJ OSOBY*, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. CZYSTA (schemat „godzenia się”, „załatwiania spraw” i „pożegnań”), ŚM. OSWOJONA, METAFORY ŚMIERCI (załatwianie „ważnych spraw” przed śmiercią TO budowanie domu; życie TO dom)

Sześć stóp pod ziemią, reż. A. Ball, 2001–2005, S.

Perypetie rodziny Fisherów, w której po śmierci ojca dwóch synów odziedzicza zakład pogrzebowy (mieszczący się w domu, w którym mieszkają). Każdy z 63 nakręconych odcinków rozpoczynał się sceną śmierci osoby, której pogrzebem zajmował się później rodzinny zakład pogrzebowy.

ŚM.-ZNAK, ŚM. OSWOJONA

E.E. Schmitt, *Oskar i pani Róża*, 2002, P.

Dziesięcioletni chłopiec umierający na raka opowiada o swojej opiekunce-wolontariuszce, która twierdzi, że jest emerytowaną zapaśniczką. Opowiada tę historię (jako pierwszoosobowy narrator) w listach do Boga, do których pisanie namawia go ciocia – każdy rozdział zaczynał: „Szanowny Panie Boże”. Również za namową cioci Róży Oskar traktuje ostatnich dwanaście dni swojego życia (w czasie których ciocia go odwiedza) jako dwanaście dekad. Wydarzenia tych dwunastu dni Oskar przeżywa więc jako ciąg najważniejszych wydarzeń biograficznych dorosłego życia (zakochuje się i żeni z koleżanką z oddziału, przeżywa kryzys wieku średniego, traci ukochaną, itd.). Stanowi to ramę konstrukcyjną powieści.

ŚM. *DZIECKA*, RAK, *SZPITAL*, ŚM. „PRAWDZIWA”, METAFORY ŚM. (życie umierającego dziecka TO całe życie ludzkie; umieranie TO życie), ŚM. OSWOJONA

Porozmawiaj z nią, reż. P. Almodóvar, 2002, F.

W wyniku dwóch wypadków w śpiączkę zapadają dwie kobiety: Alicja – baletnica i Lydia – kobieta-torreador. Alicję opiekuje się Benigno – wrażliwy młody pielęgniarz, który darzy swoją pacjentkę głębokim uczuciem. W trakcie filmu Lydia umiera. Pozostająca w śpiączce Alicja zostaje zgwałcona przez Benigna i zachodzi w ciążę. Po porodzie w niewytłumaczony sposób budzi się ze śpiączki. Benigno zostaje osadzony w areszcie i nie wiedząc o przebudzeniu Alicji, popełnia wkrótce samobójstwo. W filmie zamieszczonych jest wiele scen pielęgniarzkich zabiegów nad pacjentem w śpiączce, większość akcji odbywa się w szpitalu. Film interpretowany był m.in. jako komentarz Almodóvara do debaty o eutanazji.

ŚPIĄCZKA, EUTANAZJA, SZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA”

Mila księżycowego światła, reż. B. Silberring, 2002, F.

Młody mężczyzna po tragicznej śmierci swojej narzeczonej (zostaje postrzelona podczas napadu na restaurację) nadal zamieszkuje z jej rodzicami. Zakochuje się w innej kobiecie, ale nie jest w stanie powiedzieć o tym rodzicom zmarłej narzeczonej. Film zaczyna się w dniu pogrzebu zamordowanej dziewczyny. Jej matka w samochodzie jadącym w kondukcje żałobnym włącza głośną muzykę. W następnej scenie widzimy, jak rodzina rzuca ziemię na trumnę. Po stypie matka zmarłej pali prezenty: książki-poradniki o tytułach: *Griefing for grown-ups*, *These things happen*, *A sweeter solace* (*Żałoba dla dorosłych*, *To się zdarza*, *Słodsze pocieszenie*). W tej samej scenie nawiązuje się rozmowa między nią a mężem:

„[mąż:] – Pogrzeby są zawsze niezręczne.

– Niezręczne?

– Co mieli powiedzieć? Postaw się na ich miejscu.

– Lepiej nic niż bzdety! Słyszałeś te banały? Rzucili się na biedaka. [o narzeczonym]

– Nie znają go, postaw się w ich sytuacji.

– Nie chcę! Niby czemu? To my straciliśmy córkę, niech oni postawią się w naszej sytuacji!”

Śmierć stanowi tylko punkt wyjściowy akcji – fabuła opowiada o przeżywaniu na różne sposoby, następnie zaś wychodzeniu z żałoby przez każdą z trzech głównych postaci (matka, ojciec, narzeczonny). Jednak

żałoba wydaje się tylko tłem głównego tematu filmu – można określić, że jest nim brak asertywności i emocjonalna niedojrzałość głównego bohatera (narzeczonego).

ŚM. *BLISKIEJ OSOBY*, *ŻAŁOBA*, ŚM. „*PRAWDZIWA*” (film skupia się na psychologicznej stronie żałoby po stracie bliskiej osoby) i ŚM.-*ZNAK* (śmierć jest bardziej motywem uruchamiającym fabułę niż tematem filmu)

S. Hustvedt, *Co kochałem*, 2003, P.

Historia przyjaźni krytyka sztuki – pierwszoosobowego narratora powieści – i błyskotliwego awangardowego malarza, o którego karierze narrator opowiada. Śmierć dziecka krytyka-narratora jest jednym z głównych punktów zwrotnych powieści. Chłopiec topi się na obozie letnim po wypadnięciu z kajaku. Bohater i jego żona nie są w stanie pogodzić się z tą śmiercią, rozstają się i do końca życia nie wychodzą z żałoby. Pod koniec fabuły umiera też malarz – przyjaciel narratora. Żałobę po nim przeżywa najczęściej jego żona i wielka miłość (inna postać powieści).

ŚM. *DZIECKA*, ŚM. *BLISKIEJ OSOBY*, *ŻAŁOBA*, ŚM. „*PRAWDZIWA*”, ŚM. *DZIKA*

J.M. Coetzee, *Elizabeth Costello*, 2003, P.

Książka skomponowana jest z wpisanych w ramy fabularne esejów (między innymi na temat etycznej strony zabijania zwierząt), które wygłasza podczas licznych podróży tytułowa bohaterka – słynna powieściopisarka. W ostatnim rozdziale, zatytułowanym *Przed bramą*, ukazany jest alegoryczny obraz zaświatów. Jawią się one jako „zapadłe włoskie lub austriackie przygraniczne miasteczko w 1912 roku, które wygląda jak wyjęte z książki”¹⁶. Znajduje się w nim m.in. przypominająca barak w obozie koncentracyjnym noclegownia z wypchanymi słomą siennikami i z numerami na łózkach, a także sąd z sennym woźnym i dziewięcioma sędziami w czarnych togach, którzy wypytują bohaterkę o poglądy na życie. Bohaterka podejrzewa, że ta pełna klisz wizja piekła czy też czyśćca została stworzona specjalnie na jej użytek – ponieważ jest pisarką (na klisze wyczuloną).

ZAŚWIAТЫ, ŚM.-*ZNAK*, *METAFORA* ŚM., ŚM. *CZYSTA*

¹⁶ J.M. Coetzee, *Elizabeth Costello*, przeł. Z. Batko, Znak, Kraków 2006, s. 237.

Inwazja barbarzyńców, reż. D. Arcand, 2003, F.

Pięćdziesięcioletni nauczyciel akademicki choruje na raka. Z zagranicy przybywa jego syn – zamożny biznesmen – by zaopiekować się ojcem (mimo że od lat byli skłócen). Aranżuje dla niego osobną salę w szpitalu (przekupując dyрекcję), sprowadza na prośbę matki dawnych znajomych ojca (w tym jego dawne kochanki), a nawet płaci jego byłym studentom, żeby odwiedzili go w szpitalu. Umierający bohater w licznych dyskusjach z rodziną i przyjaciółmi – jak on, rozzarowanymi współczesnością intelektualistami – wspomina swoją młodość. Mówi wiele o polityce i współczesnym świecie. Załatwia też ostatnie „ważne sprawy”: opowiada o błędach młodości, pod koniec filmu go dzi się z synem i córką (z którą również był skłócony), żegna się z bliskimi. Gdy efekty choroby się nasilają, z pomocą bliskich przeprowadza się do domku letniskowego przyjaciela nad jeziorem. Tam, po ostatnich pożegnaniach, skraca swoje życie przez wstrzyknięcie dużej dawki heroiny do kroplówki (pomaga mu w tym córka przyjaciółki). Umiera na pomoście nad brzegiem jeziora, w ramionach syna, wśród przyjaciół.

Wcześniej bohater długo nie może pogodzić się z umieraniem – widać to w wielu dialogach, np.

„– Wciąż nie mogę się z tym pogodzić.

– Ale musi pan.

– Nie mogę.

– Ale tak już jest. Gdy zamknie pan oczy, umrą też miliony innych ludzi.

– Ale mnie już nie będzie. Mnie. Odejdę na zawsze. (...) Gdybym się chociaż czegoś nauczył. Jestem tak bezradny jak w dniu narodzin. Nie odnalazłem sensu życia. Muszę go szukać. Muszę nadal szukać”.

Warto wspomnieć, że film zawiera też wiele scen rozgrywających się w szpitalu (publicznym – rzecz dzieje się w Kanadzie). Warunki są w nim bardzo złe, chorych lokuje się na korytarzach, pracownicy okradają pacjentów, panuje biurokracja i korupcja. Pojawiają się sceny zabiegów medycznych, bezsennych, samotnych nocy w szpitalu, mowa jest też o pacjentach, których nikt nie odwiedza. W filmie pojawia się też symboliczna scena, w której synowa głównego bohatera, antykwariuszka, zwiedza magazyny kościelne – parafia, by podreperować finanse, chce sprzedać stare figury świętych i przyrządy liturgicz-

ne. Bohaterka mówi jednak proboszczowi, że niestety nie są one nic warte. Pojawia się też nawiązanie do zamachu 11 września 2001 roku – fragment telewizyjnej debaty, w której komentator używa określenia stanowiącego tytuł filmu.

RAK, SZPITAL, EUTANAZJA, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. DZIKA (długo nie może się z nią pogodzić) i ŚM. OSWOJONA (wśród przyjaciół, „na życzenie”), METAFORA ŚM. (nawiązania do 11.09 – upadek imperium skojarzony ze śmiercią człowieka?), ŚM. BRUDNA (w scenach szpitalnych) i ŚM. CZYSTA (schemat „załatwiania ważnych spraw”)

W stronę morza, reż. A. Amenábar, 2004, F.

Oparta na faktach historia Ramóna Sampedro – człowieka, który w młodym wieku doznał poważnego wypadku i przez 28 lat żył całkowicie sparaliżowany. Bohater od wielu lat prowadzi sądową batalię o przyznanie mu prawa do legalnej eutanazji. Choć żyje otoczony troskliwą opieką rodziny, nie chce dłużej znosić cierpień związanych ze swoim stanem i pragnie „godnej śmierci”. Gdy po raz kolejny sąd wydaje decyzję odmowną, decyduje się z pomocą przyjaciół popełnić samobójstwo. Film opowiada o przyjaźni Ramóna z jego prawniczką (która sama cierpi na bliżej nieokreśloną „chorobę zwyrodnieniową” i która z tego powodu również rozważa popełnienie samobójstwa), a także o przyjaźni z inną kobietą – sąsiadką, która zakochuje się w Ramónie i która w końcu zgadza się na udzielenie mu pomocy w samobójstwie. W filmie ukazane zostało wiele scen z życia codziennego sparaliżowanego pacjenta, narracja skupia się jednak na jego życiu emocjonalnym, a także duchowym (np. sceny, gdy wyobraża sobie, że wstaje z łóżka i wyfruwa przez okno). W dialogach filmu bardzo wiele mówi się o śmierci. Refleksje na jej temat wygłasza zarówno Ramón, jak i inni bohaterowie (np. w jednej z pierwszych rozmów z prawniczką:

„– Nie lubisz patrzeć w przeszłość?

– Oczywiście, że nie. Patrzę w przyszłość.

– Jaka jest przyszłość dla ciebie?

– Śmierć, tak jak i dla ciebie. Nie rozmyślasz o śmierci? Nie jestem jedynym, który o niej myśli.

– Zgadza się. Oczywiście też o niej myślę. Staram się tylko, aby to nie była moja jedyna myśl”).

W jednej z ostatnich scen filmu przedstawione jest samobójstwo Ramóna: widzimy, jak w otoczeniu przyjaciół pije szampana i pali papierosa, następnie pokazane są dłonie w plastikowych rękawiczkach, które odmierzają dawkę trucizny, wsypują truciznę do szklanki, mieszają ją, wkładają do szklanki rurkę i stawiają szklankę przy łóżku Ramóna (robią to różne osoby). Cały czas głos Ramóna tłumaczy z *offu*, co się dzieje. Jak się okazuje, jest to nagrywane na wideo przemówienie-komunikat Ramóna. Podział czynności koniecznych do popełnienia samobójstwa między przyjaciół Ramóna zgodnie z jego planem ma uchronić ich przed odpowiedzialnością karną. Gdy bohater kończy przemówienie, sięga ustami po rurkę, wypija truciznę i kona (scena kończy się dopiero, gdy następuje zgon).

EUTANAZJA/SAMOBÓJSTWO, KALECTWO, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. OSWOJONA

Za wszelką cenę (*Million Dollar Baby*), reż. C. Eastwood, 2004, F.

Trzydziestoletnia uboga kelnerka z dysfunkcjonalnej rodziny rozpoczyna karierę bokserską. Udaje się jej pozyskać dla siebie doświadczonego trenera, który po kilku latach doprowadza ją do dużych sukcesów. Po jednej z walk zawodniczka zostaje uderzona przez rywalkę z zaskoczenia, już po skończeniu walki i upadając na ring uderza głową w drewniany stółek. Zostaje sparaliżowana. Film zmienia tonację – pojawiają się długie sceny w szpitalu. Trener, dotąd zdystansowany twardziel (grany notabene przez Clintę Eastwooda), zaczyna się opiekować byłą zawodniczką, wysiada przy jej łóżku, wykonuje czynności pielęgnacyjne, w jednej scenie płacze. Po jakimś czasie, na prośbę podopiecznej, odłącza ją od aparatury podtrzymującej życie i wstrzykuje jej dużą dawkę środków zwiotczających mięśnie.

EUTANAZJA, SZPITAL, ŚM.-ZNAK (paraliż i śmierć bohaterki to końcowy punkt zwrotny filmu i jego zakończenie) i ŚM. „PRAWDZIWA” (choć przez większość filmu obserwujemy rozwój kariery bokserskiej dopiero finałowe sceny nadają filmowi wymowę – to film o chorobie i śmierci), ŚM. BRUDNA

Vera Drake, reż. M. Leigh, 2004, F.

Akcja filmu rozgrywa się w robotniczym środowisku Londynu lat 50. Vera Drake pracuje jako sprzątaczką, jest miłą, spokojną gospodynią

domową i wzorową matką, jednak trudni się też potajemnie innym zajęciem – pomaga młodym kobietom w przerwaniu ciąży (wykonuje aborcje „domowymi” metodami). Vera nie pobiera opłat za zabiegi – robi to ze szczerej chęci pomocy, pomaga zaś ubogim dziewczynom, które nie mogą sobie pozwolić na ciążę. Gdy jedna z jej pacjentek niemal nie traci życia, bohaterką zaczyna interesować się policja. W filmie szczegółowo pokazana została techniczna strona dokonywania aborcji (metodami bohaterki). Twórcy nie dokonują moralnej oceny jej postępowania, zwracają za to uwagę na społeczne tło zakazu aborcji – dla biednych robotnic dostępne są „domowe metody”, podczas gdy kobiety z klas wyższych dokonują zabiegów w profesjonalnych gabinetach medycznych. Film ten – odebrany jako komentarz do dyskursu o aborcji – jest jedynym, z jakim się spotkałem, który poruszał ten temat.

ABORCJA

Pusty dom (Bin Jip), reż. Ki-duk Kim, 2004, F.

Młody człowiek jeździ po Japonii na motorze i każdego dnia mieszka w innym mieszkaniu przypadkowej osoby. Wieszka na drzwiach ulotki i gdy któraś nie zniknie do wieczora, włamuje się do domu. Jako zapłatę za mieszkanie wykonuje drobne naprawy. W jednym z mieszkań znajduje ciało martwego starszego człowieka. Gdy nie udaje mu się dodzwonić do nikogo z bliskich zmarłego, sam dokonuje rytualnego obmycia i opieczętowania zwłok. W dalszej części filmu okazuje się, że wraz z poznaną w jednym z domów dziewczyną dokonał również pochówku – w przydomowym ogrodzie.

ŚM. „PRAWDZIWA” (śmierć i pochówek pokazane realistycznie) i ŚM.-ZNAK (wątek stanowi tylko epizod w obrębie fabuły filmu)

M. Miller, *Pożytywni*, 2005, P.

Główny bohater – trzydziestoletni, odnoszący sukcesy zawodowe mieszkaniec Warszawy, bywalec modnych klubów, homoseksualista – dowiaduje się, że jest zarażony wirusem HIV. Większość akcji książki rozgrywa się na szpitalnych salach i korytarzach. Bohater poznaje innych chorych – tworzących w specjalnym szpitalu zakaźnym przeznaczonym dla zarażonych HIV swoistą wspólnotę, czy też grupę towarzyską. Książka usiana jest komentarzami do rzeczywistości spo-

łecznej i politycznej Polski lat 90. W ostatnich scenach dokonuje się nagły zwrot akcji – dzięki niespodziewanemu przyływowi gotówki grupa chorych na AIDS bohaterów udaje się na luksusową przejażdżkę do Monako. Na okładce zamieszczona jest krótka notka od autora: „(...) Taka historia wydarzyła się naprawdę, jednak tylko do pewnego momentu. Chciałem pokazać, że człowiek z nieuleczalną chorobą może mieć marzenia, może się bawić. Że choroba nie jest wyrokiem”. *AIDS, SZPITAL*, ŚM. „PRAWDZIWA” (w wielu scenach „szpitalnych”) i ŚM.-ZNAK (pod koniec), ŚM. BRUDNA, ŚM. OSWOJONA

F. Beibeger, *Windows on the World*, 2005, P.

Fikcyjna historia ludzi umierających w restauracji na ostatnim piętrze jednej z wież World Trade Center 11 września 2001 r. Pojawiają się plastyczne opisy doświadczeń bohaterów uwięzionych w wieżowcu, zarówno psychicznych reakcji, jak i fizycznych doznań. W powieści narracja trzecioosobowa przeplata się z wygłaszanymi przez narratora (*porte parole* Beibegera) refleksjami na temat zamachów, spisany w pierwszej osobie. Narrator mówi wprost o tym, jak wyobraża sobie, co czuli ludzie uwięzieni w płonącym wieżowcu.

ZAMACH TERRORYSTYCZNY, ŚM. „PRAWDZIWA” (próba realistycznego przedstawienia doznań bohaterów niejako przez wczucie się w ich przeżycia), *METAFORA* ŚM. (los prawdziwych ofiar TO historia trójki fikcyjnych bohaterów), ŚM. DZIKA, ŚM. BRUDNA

Czas, który pozostał, reż. F. Ozon, 2005, F.

Młody, odnoszący sukcesy fotograf mody dowiaduje się, że choruje na raka wątroby i że zostało mu kilka miesięcy życia. Decyduje się na odrzucenie terapii, nie mówi nikomu o chorobie, świadomie prowokuje konflikty z rodziną i swoim partnerem, po czym wyjeżdża do swojej, będącej u kresu życia, babki. Umieranie staje się dla niego okazją do refleksji nad dotychczasowym życiem i dokonania pewnych przewarłościami w jego ocenie. Całość pokazana jest w powolnym, medytacyjnym stylu filmowej narracji. W ostatniej scenie główny bohater patrzy w morze, siedząc na plaży, i widzi siebie jako dziecko.

RAK, ŚM. „PRAWDZIWA”, ŚM. OSWOJONA, ŚM. CZYSTA

Chirurdzy (Grey's Anatomy), reż. T. Goldwyn i in., nadawany od 2005, S. Serial o życiu zawodowym i prywatnym młodych lekarzy w fikcyjnym szpitalu w Seattle. Pojawiającym się stale motywem jest rywalizacja młodych chirurgów o ciekawe przypadki medyczne, dzięki którym mogą doskonalić swoje zawodowe umiejętności. Takie ciekawe przypadki przedstawiane są też w każdym z odcinków. Pojawiają się sceny z umierającymi pacjentami (np. ostatnie dni z życia i scena śmierci chorej na raka byłej pielęgniarki, która pracowała niegdyś w tym samym szpitalu).

ŚZPITAL, ŚM. „PRAWDZIWA” (realistyczne przedstawienia chorowania i umierania w szpitalu) i ŚM.-ZNAK (przedstawienia śmierci pojawiają się jako wątki poboczne)

Ballada o Jacku i Rose, reż. R. Miller, 2005, F.

Były hippis w średnim wieku wychowuje córkę w opuszczonej przez resztę mieszkańców dawnej komunie na odludziu. Bohater wie, że jest śmiertelnie chory (choć nie pada nazwa choroby, ani razu nie mówi się o chorobie wprost, nie są też pokazane związane z nią dolegliwości). W obawie przed utratą samodzielności podejmuje decyzję o zaproszeniu swojej kochanki, wraz z jej kilkorgiem dzieci, do wspólnego zamieszkiwania. Wywołuje to buntowniczą reakcję u jego córki. Film opowiada o godzeniu się ojca i córki, a zarazem o ich pożegnaniu. Kończą go sceny śmierci Jacka (umiera, gdy córka usypia przy jego łóżku) i nietypowego pogrzebu, jaki córka mu wyprawia (pali dom, w którym się wychowała, z ciałem ojca w środku).

RAK, ŚM. *BLISKIEJ OSOBY*, ŚM. „PRAWDZIWA” (tematem jest umieranie), ŚM. *CZYSTA* (śmierć wpisana w porządek „załatwiania spraw” i „pożegnań”, brak przedstawień biofizycznych aspektów choroby), ŚM. *OSWOJONA*

Mała miss (Little Miss Sunshine), reż. V. Faris, J. Dayton, 2006, F.

„Nietypowa” rodzina wiezie ośmiolatkę Olive na dziecięcy konkurs piękności w odległym mieście. Na początku filmu Olive przyjeżdża po swojego brata do szpitala, w którym ten znalazł się z powodu próby samobójczej. Pokazany jest szpital i opatrunki na nadgarstkach brata. W następnej scenie podczas obiadu rodzinnego wuj tłumaczy małej Olive, czemu to zrobił. W połowie filmu, już podczas podróży na kon-

kurs piękności, umiera kolejny członek rodziny – dziadek. Przedawkowuje heroinę w pokoju motelowym (wcześniej dowiadujemy się, że z powodu nałogu został wyrzucony z domu starców). Następuje kolejna scena w szpitalu: lekarz przekazuje rodzinie wiadomość o zgonie. Chwilę przedtem matka przygotowuje dzieci (w podróż wybrał się też nastoletni brat Olive, wielbiciel Nietzschego, pragnący zostać pilotem myśliwca) na to, że dziadek może umrzeć. Mówi: „Dziadek miał wspaniałe, pełne doświadczeń życie”. W jednej ze scen lekarz w sposób niedelikatny traktuje ojca rodziny (syna dziadka), nakazując mu wypełnienie formalności. Rodzina decyduje się mimo tragedii zdążyć na konkurs piękności – w tym celu „porywa” ciało dziadka ze szpitala (wyciągając je przez okno) i zabiera ze sobą w samochodzie. Co interesujące: w filmie pokazane jest, jak prosto i zwyczajnie można tłumaczyć małemu dziecku zjawisko śmierci (cały film pokazany jest niejako z perspektywy ośmiolatki). Rodzina za każdym razem od razu otwarcie mówi dziecku o śmierci, nie budując atmosfery milczenia.

SAMOBÓJSTWO, PRZEDAWKOWANIE, SZPITAL, ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŚM.-ZNAK (używana jako element „udziwnienia” fabuły) i ŚM. „PRAWDZIWA” (realistyczne przedstawienie doświadczeń szpitalnych), ŚM. OSWOJONA

Źródło (*The Fountain*), reż. D. Aronofsky, 2006, F.

W filmie przeplatają się trzy historie dziejące się w różnych czasach (współcześnie, w XVI wieku i w odległej przyszłości). W historii współczesnej, najmniej symbolicznej i niejasnej, młody naukowiec poszukuje leku na raka, podczas gdy jego żona umiera na tę chorobę. Nie udaje mu się wyleczyć żony, odkrywa jednak receptę na wieczną młodość. W historii XVI-wiecznej konkwistador szuka mitycznego Drzewa Życia w amazońskiej dżungli. W wątku z przyszłości bohater podróżuje do odległej galaktyki, by umożliwić Drzewu Życia odrodzenie. Wszystkich trzech bohaterów gra ten sam aktor; zasugerowane jest, że są to niejako różne wcielenia tej samej osoby, a w wątku z przyszłości – być może ta sama osoba. Motywem łączącym wątki jest poszukiwanie źródła młodości i wiecznego życia.

RAK, ŚM. BLISKIEJ OSOBY, ŻYCIE WIECZNE, ŚM.-ZNAK, ŚM. CZYSTA

BIBLIOGRAFIA

Nie ujęto skróconych odsyłaczy z rozdziału *Fabularne przedstawienia śmierci i Wymiary śmierci*.

- Adamczak M., *Psychospołeczne problemy chorego terminalnie i jego rodziny*, [w:] J. Drązkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 31–64.
- AMSA *Internal Affair Preamble, Purposes and Principles*, 2015, <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/PPP-2015.pdf> [dostęp 10.12.2015].
- Ankersmit F., *Pamiętając Holocaust. Żaloba i melancholia*, przeł. A. Ajschlet, A. Kubis, J. Regulska, [w:] F. Ankersmit, *Narracja, reprezentacja, doświadczenie. Studia z teorii historiografii*, E. Domańska (red.), Universitas, Kraków 2004, s. 403–426.
- Arasse D., *Gilotyna a portet*, przeł. M.L. Kalinowski, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiały śmierci, Słowo/obraz terytoria*, Gdańsk 2003, s. 129–142.
- Ariès P., *Człowiek i śmierć*, przeł. E. Bąkowska, PIW, Warszawa 1989.
- Araska-Karyłowska B., *Kształtowanie zachowań prospołecznych u dzieci za pomocą modelowania*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1982.
- Arystoteles, *Poetyka*, [w:] Arystoteles, *Retoryka, Poetyka*, przeł. H. Podbielski, PWN, Warszawa 1988.
- Auerbach E., *Mimesis. Rzeczywistość przedstawiona w literaturze Zachodu*, przeł. Z. Żabicki, Prószyński i S-ka, Warszawa 2004.
- Barthes R., *Mitologie*, przeł. A. Dziadek, Wydawnictwo KR, Warszawa 2000.
- Baudrillard J., *Duch terroryzmu. Requiem dla Twin Towers*, przeł. R. Lis, Sic!, Warszawa 2005.
- Baudrillard J., *Symulakry i symulacja*, przeł. S. Królak, Sic!, Warszawa 2005.
- Berger P., Luckmann T., *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, przeł. J. Niżnik, PIW, Warszawa 1983.
- Boros L., *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*, przeł. B. Białecki, PAX, Warszawa 1977.

- Bourdieu P., *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia*, przeł. P. Biłos, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
- Bourdieu P., *Medytacje pascaliańskie*, przeł. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa 2006.
- Bourdieu P., Passeron J.C., *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, przeł. E. Neyman, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Braudel F., *Morze Śródziemne i świat śródziemnomorski w epoce Filipa II*, przeł. T. Mrówczyński, M. Ochab, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1976.
- Bréhant J., *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, przeł. U. Sudolska, Ancher, Warszawa 1993.
- Camus A., *Mit Syzyfa*, przeł. J. Guze, De Agostini, Warszawa 2001.
- Caruth C., *Unclaimed Experience. Trauma, Narrative, and History*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 1996.
- Chabanis Ch., *Śmierć, kres czy początek?*, przeł. A.D. Tauszyńska, PAX, Warszawa 1987, s. 69–79.
- Clair J., *Śmierć w mgnieniu oka*, przeł. D. Sęczek, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 143–168.
- Cole R., *Cud życia, cud umierania. Moja podróż ku życiu po tamtej stronie*, Akasza, Kraków 2003.
- Crenshaw K., *Mapping the Margins. Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*, „Stanford Law Review” 1991, t. 43, nr 6, s. 1241–1299.
- DeGrazia D., *The Definition of Death*, [w:] E.N. Zalta (red.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, jesień 2011, <http://plato.stanford.edu/archives/fall2011/entries/death-definition/> [dostęp 10.12.2015].
- Diaz-Bone R., Bührmann A.D., Gutiérrez Rodriguez E., Schneider W., Kendall G., Tirado F., *The Field of Foucaultian Discourse Analysis. Structures, Developments and Perspectives*, „Forum: Qualitative Social Research” 2007, t. 8, nr 2, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/234/517> [dostęp 10.12.2015].
- Dodziuk A., *Nie bać się śmierci*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2001.
- Douglas M., *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, przeł. M. Bucholc, PIW, Warszawa 2007.
- Douglas M., *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*, Routledge, London–New York 2005.
- Douglas M., *Symbole naturalne. Rozważania o kosmologii*, przeł. E. Dżurak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.

- Drążkiewicz J., *O ruchu hospicjów w Polsce*, [w:] J. Drążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 91–373.
- Durkheim É., *Zasady metody socjologicznej*, przeł. J. Szacki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Eco U., *Nieobecna struktura*, przeł. A. Weinsberg, P. Bravo, Wydawnictwo KR, Warszawa 1996.
- Fatyga B., „Myślenie metaforyczne jako odbicie świadomości potocznej młodych Polaków”, maszynopis niepublikowany.
- Fatyga B., Zieliński P., *Tempus fugit. Analiza metafor czasu – propozycja metodologiczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2006, nr 1, s. 5–32, http://www.qualitativesociologyreview.org/PL/Volume2/PSJ_2_1_Fatyga_Zielinski.pdf [dostęp 10.12.2015].
- Finkelkraut A., *Niewdzięczność. Rozmowa o naszych czasach*, przeł. S. Królak, Sic!, Warszawa 2005.
- Foucault, M., *Archeologia wiedzy*, przeł. A. Siemek, De Agostini, Warszawa 2002.
- Foucault M., *Historia seksualności*, przeł. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski, Czytelnik, Warszawa 1995.
- Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Aletheia, Warszawa 1998.
- Foucault M., *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
- Foucault M., *Porządek dyskursu. Wykład inauguracyjny wygłoszony w Collège de France 2 grudnia 1970*, przeł. M. Kozłowski, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2002.
- Fraser N., Honneth A., *Redystrybucja czy uznanie? Debata polityczno-filozoficzna*, przeł. M. Bobako, T. Dominiak, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2005.
- Freud Z., *Totem i tabu*, przeł. J. Prokopiuk, M. Poręba, Wydawnictwo KR, Warszawa 1993.
- Fromm E., *Niech się stanie człowiek. Z psychologii etyki*, przeł. R. Saciuch, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Gadamer H.G., *Hermeneutyka*, przeł. A. Bronk, [w:] A. Bronk, *Zrozumieć świat współczesny*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1998, s. 283–300.
- Gadamer H.G., *Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej*, przeł. B. Baran, Inter Esse, Kraków 1993.
- Geertz C., *Dzieło i życie. Antropolog jako autor*, przeł. E. Dżurak, S. Sikora, Wydawnictwo KR, Warszawa 2000.

- Gehenna, [w:] *Internetowa Encyklopedia PWN*, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Gehenna;3904616.html> [dostęp 10.12.2015].
- Gennep A. van, *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii*, przeł. B. Biały, PIW, Warszawa 2006.
- Geremek B., Kula W., *Wstęp. Ferdynand Braudel i „Morze Śródziemne”*, [w:] F. Braudel, *Morze Śródziemne i świat śródziemnomorski w epoce Filipa II*, przeł. T. Mrówczyński, M. Ochab, t. 1, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1976, s. 5–17.
- Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Girard R., *Początki kultury*, przeł. M. Romanek, Znak, Kraków 2006.
- Glaser B.G., Strauss A., *Time for Dying*, Adeline Publishing, Chicago 1968.
- Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, przeł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Gorer G., *Pornografia śmierci*, przeł. I. Sieradzki, „Teksty” 1979, nr 3, s. 197–203.
- Grzegółowska-Klarkowa H.J., *Mechanizmy obronne osobowości*, PWN, Warszawa 1986.
- Hammersley M., Atkinson P., *Metody badań terenowych*, przeł. S. Dymczyk, Zysk i S-ka, Poznań 2000.
- Heidegger M., *Bycie i czas*, przeł. B. Baran, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Helling I.K., *Metoda badań biograficznych*, przeł. K. Drożdżał, J. Włodarek, [w:] J. Włodarek, M. Ziółkowski, *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Poznań 1990, s. 13–37.
- Hennezel M. de, *Śmierć z bliska. Ci, którzy umierają, uczą nas żyć*, przeł. A. Brzozowska, J. Brzozowski, Znak, Kraków 1998.
- Houellebecq M., *Cząstki elementarne*, przeł. A. Daniłowicz-Grudzińska, W.A.B., Warszawa 2003.
- Houellebecq M., *Poszerzenie pola walki*, przeł. E. Wieleżyńska, W.A.B., Warszawa 2005.
- Informator dla ludzi przewlekle chorych, umierających i ich rodzin*, „Gazeta Wyborcza” 30.10.2008.
- „Istnienie” Koszalki. *Śmierć na ekranie*, Stopklatka.pl, 20.08.2005, <https://web.archive.org/web/20051208161424/http://www.stopklatka.pl/wydarzenia/wydarzenie.asp?wi=27172> [dostęp 10.12.2015].
- Jäkel O., *Metafory w abstrakcyjnych domenach dyskursu. Kognitywno-lingwistyczna analiza metaforycznych modeli aktywności umysłowej, gospodarki i nauki*, przeł. M. Banaś, B. Drąg, Universitas, Kraków 2003.

- Jackson M., *The Prose of Suffering and the Practice of Silence*, „Spiritus: A Journal of Christian Spirituality” 2004, t. 4, nr 1, s. 44–59, <https://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/spiritus/v004/4.1jackson.html> [dostęp 10.12.2015].
- Janion M., *Projekt krytyki fantazmatycznej. Szkice o egzystencjach ludzi i duchów*, PEN, Warszawa 1991.
- Janion M., *Wampir. Biografia symboliczna*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003.
- Jarosz J., *Problemy medyczne w opiece terminalnej*, [w:] J. Drążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 9–30.
- Jay M., *Songs of Experience. Modern American and European Variations on a Universal Theme*, University of California Press, Berkeley 2005.
- Kalish R., *Rodzina wobec śmierci*, przeł. B. Kamiński, [w:] L. Pearson (red.), *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973, s. 73–98.
- Kessler D., *Śmierć jest częścią życia. O prawo do godnego umierania*, przeł. E. Czerwińska, Świat Książki, Warszawa 1999.
- Kierkegaard S., *Choroba na śmierć*, przeł. J. Iwaszkiewicz, Zysk i S-ka, Poznań 1995.
- Kłosiński M., *Semantyczna analiza pojęć „bezrobocie” i „bezrobotny” („bezrobotni”) w wypowiedziach prasowych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1994, nr 3, s. 151–161.
- Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Rytm, Warszawa 2007.
- Kristeva J., *Martwy Chrystus Holbeina*, przeł. R. Lis, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiar śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 283–308.
- Król M., Białecki I., Leder A., Sadowski J., Zaleski M., *Kolejny koniec naszego świata*, dyskusja redakcyjna, „Res Publika” 2006, nr 4, s. 3–11.
- Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Media Rodzina, Poznań 1998.
- Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć. O życiu, śmierci i życiu po śmierci*, przeł. E. Stahre-Godycka, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 2005.
- LaCapra D., *Writing History, Writing Trauma*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 2001.
- Lakoff G., Johnson M., *Metafory w naszym życiu*, przeł. T.P. Krzeszowski, PIW, Warszawa 1988.

- Levine S., *Gdybyś miał przed sobą rok życia*, przeł. J. Posoch, P. Kołyszko, Wydawnictwo Szafa, Warszawa 2001.
- Levine S., *Kto umiera? Sztuka świadomego życia i świadomego umierania*, przeł. B. Kuchta i A. Dobrzańska, Wydawnictwo Szafa, Warszawa 1999.
- Luckmann T., *Niewidzialna religia. Problem religii we współczesnym społeczeństwie*, przeł. L. Bluszcz, Nomos, Kraków 1996.
- Łotman J., Uspieński B., *O semiotycznym mechanizmie kultury*, przeł. J. Faryno, [w:] E. Janus, M.R. Mayenowa (red.), *Semiotyka kultury*, PIW, Warszawa 1977, s. 177–201.
- Markowski, M.P., *Rozumna rzeczywistość. Wprowadzenie do lektury Ericha Auerbacha*, [w:] E. Auerbach, *Mimesis. Rzeczywistość przedstawiona w literaturze Zachodu*, przeł. Z. Żabicki, Prószyński i S-ka, Warszawa 2004, s. V–XIX.
- Mayer H., *Odmieńcy*, przeł. A. Kryczyńska, Muza, Warszawa 2005.
- McCaffery L., *Posłowie*, [w:] S. Sontag, *Zestaw do śmierci*, przeł. A. Kołyszko, PIW, Warszawa 1989, s. 349–368.
- Metz Ch., *Fotografia i fetysz*, przeł. A. Oleńska, S. Sikora, „Kwartalnik Filmowy” 2006, nr 54–55, s. 246–254.
- Morin E., *Zagubiony paradygmat – natura ludzka*, przeł. R. Zimand, PIW, Warszawa 1977.
- New Age, [w:] *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 5, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 731.
- Nikelski H. (red.), *Z pomocą umierającym. Przyczynki do rozmowy na temat umierania i śmierci*, przeł. S. Szczyrkowski, PAX, Warszawa 1989.
- Okólski M., *Demograficzno-instytucjonalne antynomie współczesności*, [w:] J. Reykowski, T. Bielicki (red.), *Dylematy współczesnej cywilizacji a natura człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań 1997, s. 25–60.
- Otepienie, [w:] *Internetowa Encyklopedia PWN*, <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/otepienie;3952686.html> [dostęp 10.12.2015].
- Perks R., Thompson A. (red.), *The Oral History Reader*, Routledge, London 2003.
- Podbielski H., *Wstęp tłumacza*, [w:] Arystoteles, *Poetyka*, przeł. H. Podbielski, [w:] Arystoteles, *Retoryka, Poetyka*, PWN, Warszawa 1988, s. 299–313.
- Postman N., *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, przeł. A. Tanalska-Dulęba, PIW, Warszawa 1995.
- Ricoeur P., *Teoria interpretacji. Dyskurs i nadwyżka znaczenia*, przeł. K. Rosner, [w:] P. Ricoeur, *Język, tekst, interpretacja. Wybór pism*, wyb. K. Rosner, PIW, Warszawa 1989, s. 75–89.

- Riemann G., Schütze F., „Trajektoria” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, przeł. Z. Bokszański, A. Piotrowski, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 2, s. 89–109.
- Rokuszewska-Pawełek A., *Miejsce biografii w socjologii interpretatywnej. Program socjologii biografistycznej Fritza Schützego*, „ASK” 1996, nr 1, s. 37–54.
- Ronduda Ł., *Strategie subwersywne w sztukach medialnych*, Rabid, Kraków 2006.
- Rosaldo R., *Introduction. Grief and a Headhunter's Rage*, [w:] R. Rosaldo, *Culture and Truth. The Remaking of Social Analysis*, Beacon Press, Boston 1993, s. 1–21.
- Schutz [Schütz] A., *Potoczna i naukowa interpretacja ludzkiego działania*, przeł. D. Lachocka, [w:] E. Mokrzycki (red.), *Kryzys i schizma. Antyscjentystyczne tendencje w socjologii współczesnej*, t. 1, PIW, Warszawa 1984, s. 146–152.
- Schütze F., *Presja i wino. Doświadczenia młodego żołnierza niemieckiego w czasie drugiej wojny światowej i ich implikacje biograficzne*, przeł. M. Ziółkowska, [w:] J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, PWN, Warszawa–Poznań 1990, s. 325–340.
- Schütze F., *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, przeł. M. Czyżewski, „Studia Socjologiczne” 1997, nr 1, s. 11–56.
- Scott J.W., *The Evidence of Experience*, „Critical Inquiry” 1991, t. 17, nr 4, s. 773–797, http://www.jstor.org/stable/1343743?seq=1#page_scan_tab_contents [dostęp 10.12.2015].
- Shusterman R., *Somatoestetyka a problem ciało/media*, przeł. W. Małecki, [w:] R. Shusterman, *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*, wyb. W. Małecki, Alta 2, Wrocław 2007, s. 73–92.
- Shusterman R., *Zwrot ku cielesności. Troska o ciało w kulturze współczesnej*, przeł. W. Małecki, [w:] R. Shusterman, *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*, wyb. W. Małecki, Alta 2, Wrocław 2007, s. 93–124.
- Sikorska E., *Narodziny i rozwój współczesnej opieki hospicyjnej na świecie*, [w:] J. Drażkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1989, s. 65–90.
- Sontag S., *AIDS i jego metafory*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 91–181.
- Sontag S., *Choroba jako metafora*, [w:] S. Sontag, *Choroba jako metafora, AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 5–90.
- Spivak G., *Can the Subaltern Speak?*, [w:] C. Nelson, L. Grossberg (red.), *Marxism and the Interpretation of Culture*, University of Illinois Press, Chicago 1988, s. 271–313.

- Sporken P., *Postępowanie z umierającymi*, przeł. S. Szczyrbowski, [w:] H. Nikelski (red.), *Z pomocą umierającym. Przyczynki do rozmowy na temat umierania i śmierci*, PAX, Warszawa 1989, s. 12–99.
- Strauss A., *Dying Trajectories, the Organization of Work and Expectations of Dying*, [w:] D. Dickenson, M. Johnson (red.), *Death, Dying and Bereavement*, Sage Publications, London–Thousand Oaks–New Delhi 1996, s. 213–218.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., *Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press, Chicago 1985.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., *Trajektorie choroby*, przeł. K. Waniek, [w:] K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, Nomos, Kraków 2012, s. 373–388.
- Szczepański J., *Odmiany czasu teraźniejszego*, Książka i Wiedza, Warszawa 1973.
- Taylor Ch., *Etyka autentyczności*, przeł. A. Pawelec, Znak, Kraków 2002.
- Tokarska J., Wasilewski J.S., Zmysłowska M., *Śmierć jako organizator kultury*, „Etnografia Polska” 1982, z. 1, s. 79–114.
- Tokarska-Bakir J., *Energia odpadków* (wstęp), [w:] M. Douglas, *Czystość i zmyza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, przeł. M. Bucholc, PIW, Warszawa 2007, s. 7–49.
- Tokarska-Bakir J., *Hermeneutyka gadamerowska w etnograficznym badaniu obcości*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty” 1992, nr 1, s. 3–17.
- Tokarska-Bakir J., *Historia jako fetysz*, [w:] J. Tokarska-Bakir, *Rzeczy mgliste. Eseje i studia*, Pogranicze, Sejny 2004, s. 95–115.
- Tokarska-Bakir J., „Zanik doświadczenia”. *Diagnoza antropologiczna*, „Teksty Drugie” 2006, nr 3, *Doświadczenie. Reaktywacja*, s. 39–45.
- „U Źródła”, strona stowarzyszenia, <http://www.u-zrodla.pl> [dostęp 10.12.2015].
- Vernant J.P., *Śmierć grecka – śmierć o dwóch obliczach*, przeł. M. Sawiczewska-Lorkowska, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 275–282.
- Vovelle M., *Historia ludzi w zwierciadle śmierci*, przeł. M. Ochab, [w:] S. Rosiek (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2003, s. 31–57.
- Walter T., *Modern Death: Taboo or Not Taboo?*, [w:] D. Dickenson, M. Johnson (red.), *Death, Dying and Bereavement*, Sage Publications, London–Thousand Oaks–New Delhi 1996, s. 138–159.
- Weber M., „Obiektywność” poznania w naukach społecznych, przeł. M. Skwieciński, [w:] A. Chmielecki (red.), *Problemy socjologii wiedzy*, PWN, Warszawa 1985, s. 45–100.

- Werner O., *Wiedza ludowa niekoniecznie rozmyta*, przeł. O. Kubińska, W. Kubiński, [w:] M. Buchowski, W. Burszta (red.), *Amerykańska antropologia kognitywna*, Instytut Kultury, Warszawa 1993.
- Wilber K., *Śmiertelni nieśmiertelni. Prawdziwa opowieść o życiu, miłości, cierpieniu, umieraniu i wyzwoleniu*, przeł. A. Biała, Santorski & Co., Warszawa 2000.
- Zirk-Sadowski M., *Pojęcie dyskursu*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 2, s. 61–72.
- Zuzanna Janin, portfolio, https://web.archive.org/web/20070822235658/http://www.janin.art.pl/polski/index_pl.htm [dostęp 10.12.2015].
- Żmijewski A., *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*, Korporacja Ha!art, Bytom–Kraków 2007.
- Żmijewski A., Cichocki S., *Wstęp. Z Arturem Żmijewskim rozmawia Sebastian Cichocki*, [w:] A. Żmijewski, *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*, Korporacja Ha!art, Bytom–Kraków 2007, s. 7–15.

INSTYTUT
SŁAWISTYKI PAN



SŁAWISTYCZNY
OŚRODEK
WYDAWNICZY

Sprzedaż naszych wydawnictw prowadzą:

- ◆ internetowa księgarnia wysyłkowa SOW
www.ispan.waw.pl/ksiegarnia
- ◆ wybrane księgarnie i dystrybutorzy na
terenie całego kraju

Nasz katalog znajdą Państwo na stronie Instytutu:

www.ispan.waw.pl/default/pl/slawnistyczny-osrodek-wydawniczy