



You have downloaded a document from  
**RE-BUŚ**  
repository of the University of Silesia in Katowice

**Title:** Blisko, coraz bliżej... : psychologiczne aspekty umierania i śmierci

**Author:** Anita Gałuszka

**Citation style:** Gałuszka Anita. (2016). Blisko, coraz bliżej... : psychologiczne aspekty umierania i śmierci. W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), "Utrata i żałoba : teoria i praktyka" (S. 11-20). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Anita Gałuszka

## **Blisko, coraz bliżej...**

### **Biologiczne i psychologiczne aspekty umierania i śmierci**

Abstract: Although, dying and death have accompanied by a man since beginning of his existence, they are still a mystery veiled by mist of ignorance for him. Attitudes toward death, death's definitions and fascinations and fear connected with dying had been changing for many ages. Instead of them medicalization, tabooisation of death and process of dying have appeared, but it didn't modify the fact of their being. The widening group of scientists, who represents different scientific disciplines, but works together on dying, death and mourning issues, have met on the interdisciplinary territory called thanatology. This article bases on two dimensions of dying and death: biological one (referring to the *soma*) and psychological one (relating to the *psyche*), all because of common agreement on the treating man as a psychosomatic.

Key words: dying, phases of dying, death, death's definitions

Niemierzalna wartość i niepoznana tajemnica tkwią w dwóch z pozoru odległych i antytetycznych wydarzeniach dotyczących człowieka. Fakty te, wbrew iluzjom kreowanym przez podmiot(y) w celu poradzenia sobie z ludzkimi lękami egzystencjalnymi, stanowią nierozzerwalną całość i nie istnieją bez siebie nawzajem. Ową diadę tworzą misterium poczęcia i misterium śmierci wspólnie wyznaczające fenomen życia. Śmierć nie istnieje bez życia, a życie bez swego początku, którym jest poczęcie. Poczęcie zaś poprzez życie prowadzi do śmierci, która jest w nie wpisana. Śmierć towarzyszy zatem istocie ludzkiej od poczęcia, w każdej milisekundzie i przestrzeni bycia — dosłownie tu i teraz. Widoczna jest w śmierci poczętego dziecka (czasem tego, o którym matka jeszcze nie wie, bo śmierć przyszła zbyt szybko, nie dając jej szans na uświadomienie sobie, że jest nosicielką życia), kilkudniowego, kilkutygodniowego, kilkumiesięcznego zarodka, płodu. Nie omija noworodka ani niemowlęcia, dziecka, nastolatka, do-

rosłego i starca. Nie zważa na płeć, status społeczny czy materialny, okoliczności zewnętrzne bądź odpowiedniość czasu i miejsca. Dotyka zarówno chorych, jak i zdrowych. Wydaje się, że jest ponad i poza ograniczeniami. Czym zatem jest i czy rzeczywiście prowadzi do niebytu stanowiącego kres wszystkiego? Jeśli tak, to czy splecione z nią życie ma sens? I czy, w takim razie, sens życia jest jednocześnie sensem śmierci? Czy może to sens śmierci wyznacza sens życia? Jeśli nie, to co jest i co dzieje się po tym zdarzeniu, które nazywamy śmiercią? Niewiadome te stanowią zaledwie kroplę w oceanie pytań dotyczących życia i śmierci. Żłudne byłoby myślenie, że człowiek początku XXI wieku zna jednoznaczne i satysfakcjonujące odpowiedzi na postawione tu pytania. Wręcz przeciwnie: jego tak oczywista niewiedza w tym zakresie skłania go do licznych poszukiwań, a te, jak ukazuje coraz bogatsza literatura przedmiotu, prowadzone są wielotorowo i wielopłaszczyznowo, co jedynie uwydatnia priorytetowość poruszanego zagadnienia.

Multidymensjonalność i interdyscyplinarność prowadzonych badań spotyka się w utworzonym przez nie obszarze zwanym tanatologią. Tanatologia (gr. *thanatos* 'śmierć', *logos* 'nauka'), zawdzięczająca swą nazwę greckiemu bogowi śmierci Tanatosowi, jest nauką zajmującą się jakościowym opisem umierania, śmierci i żałoby (RASZEJA, 2005; OSTROWSKA, 1997; DE WALDEN-GAŁUSZKO, 1992). Obszar ten łączy przedstawiciele różnych dyscyplin, zwłaszcza takich jak medycyna, psychologia, socjologia, antropologia, filozofia, teologia, prawo etc.

Wskazana wyżej wielość i różnorodność ujmowania problematyki tanatologicznej powoduje, iż nie sposób przedstawić całego jej spektrum. Wybór jednego podejścia wiąże się jednakże z jednoczesnym odrzuceniem innego, co nie oznacza, że jest ono mniej wartościowe. Traktowanie człowieka jako jednostki psychosomatycznej stało się tu podstawowym kryterium selekcji, czego konsekwencją jest skoncentrowanie się (w dalszej części artykułu) na dwóch aspektach umierania i śmierci: biologicznym i psychologicznym.

## 1. Biologiczny wymiar umierania i śmierci

Od początku swego istnienia (w sensie filogenetycznym i ontogenetycznym) człowiek styka się z umieraniem i śmiercią. Słabnięcie sił fizycznych, zmaganie się z chorobami czy utrata życia w wyniku nieszczęśliwego zbiegu okoliczności (wypadku), składają się na najbardziej widoczny, biologiczny wymiar umierania i śmierci. Śmierć fizyczna, przejawiająca się zarówno w aspekcie czynnościowym (ustanie oznak życia), jak i strukturalnym (zmiany pośmiertne), stanowi pierwotny i niepodważalny dowód zakończenia życia organizmu. Obserwacja

tych zjawisk doprowadziła do podjęcia prób mających na celu ich zdefiniowanie, usystematyzowanie i poklasyfikowanie.

Śmierć (łac. *mors, exitus letalis*) jest definiowana jako stan charakteryzujący się ustaniem oznak życia, spowodowany nieodwracalnym zachwianiem równowagi funkcjonalnej i załamaniem wewnętrznej organizacji ustroju (por. KOKUREWICZ i in., 2001: 360).

Należy podkreślić, że śmierć nie jest zjawiskiem jednorodnym ani jednoczasowym, ale zdysocjowanym, co oznacza, iż poszczególne komórki, tkanki i narządy obumierają w różnej sekwencji czasowej, czego konsekwencją jest utrzymywanie przez jedne układy niektórych czynności życiowych, podczas gdy funkcje życiowe innych zostały zakończone (obumarły) (*Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu...*, 2007).

Prowadząc rozważania związane z pojęciem śmierci z perspektywy biologicznej, nie sposób nie zauważyć, że rozmywa się ono w przypadku organizmów zdolnych do regeneracji brakujących części ciała (np. pierścienic), roślin (u których możliwe jest odtworzenie całego organizmu nawet z jednej komórki) czy też bakterii wytwarzających spory (formy przetrwalnikowe). Fakt ten jest tylko jednym spośród licznych (bo dotyczy zaledwie sfery fizycznej, materialnej, obserwowalnej i mierzalnej), wyraźnie wskazujących na to, jak trudno zaproponować uniwersalną definicję śmierci. Sprawa komplikuje się jeszcze bardziej, gdy odniesiemy *exitus letalis* do szerokiego spektrum funkcjonowania człowieka jako bytu nie tylko somatycznego, ale też psychologicznego, społecznego, kulturowego czy duchowego.

Mało tego: przegląd literatury przedmiotu — pozostając nadal i jedynie w obszarze nauk biologicznych — ukazuje, iż pojmowanie śmierci człowieka ulegało w kontekście historycznym modyfikacjom, a obowiązujące obecnie rozumienie tego zjawiska wzbudza liczne kontrowersje (SOBCZAK, JANASZCZYK, 2012; BIESAGA, 2006; RASZEJA, 2005). Przez stulecia obowiązywała tzw. tradycyjna definicja śmierci. Zgodnie z nią śmierć człowieka (jako całości) następowała w momencie ustania wszelkiej czynności oddechowej oraz krążenia, przy czym za dokładny moment śmierci zazwyczaj uznawano ostatni oddech lub — częściej — ostatnie wysłuchane uderzenie serca (łac. *cor ultimum moriens*) (por. *Kryteria i sposób...*, 2007).

Rozwój nauki (m.in. w zakresie inżynierii biomedycznej) i implementacja zaawansowanej aparatury pozwalającej na wdrażanie nowych metod diagnostycznych oraz technik reanimacyjnych i anestezjologicznych dały możliwość podtrzymywania wentylacji płuc i krążenia metodami sztucznymi. Postęp, jaki się dokonał, stanął jednakże w sprzeczności z ciągle obowiązującym ujmowaniem śmierci. Pojawiła się wobec tego konieczność ustalenia nowych kryteriów śmierci. Doprowadziło to w 1968 roku do zaproponowania przez Komisję Harvardzką tzw. nowej definicji śmierci, w której podstawę do uznania człowieka

za zmarłego (jako całości) stanowiła śmierć całego mózgu (łac. *mors biologica cerebri*) (SOBCZAK, JANASZCZYK, 2012).

Dalszy rozwój technik medycznych pozwalający na bardziej wnikliwe obserwacje ludzkiego ciała oraz badania nad śmiercią mózgową doprowadził m.in. do odkrycia, że śmierć komórek mózgu nie następuje jednocześnie, a w 1971 roku do wykrycia tzw. punktu bez odwrotu, po którego przekroczeniu następuje nieodwracalne uszkodzenie mózgu (MOHANDAS, CHOU, 1971, za: SOBCZAK, JANASZCZYK, 2012).

Konsekwencją tych odkryć było powołanie w USA w 1980 roku Prezydenckiej Komisji ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, której prace doprowadziły do zaproponowania tzw. nowej zmodyfikowanej definicji śmierci. Zgodnie z nią śmierć pnia mózgu implikuje śmierć mózgu jako całości, choć nie oznacza, że w momencie stwierdzenia śmierci pnia martwe są również wszystkie komórki mózgu (*Kryteria i sposób...*, 2007, NOWACKA, 2003). Według tej definicji śmierć pnia mózgu jest niezbędnym i wystarczającym warunkiem uznania osoby za zmarłą. Warto jednak w tym miejscu podkreślić, że rozumienie to nie jest obowiązujące we wszystkich krajach. Szczególnym przypadkiem jest Japonia, której prawo daje ludziom wybór pomiędzy rozumieniem śmierci w sposób klasyczny (tradycyjny) i „nowoczesny”, czyli odnoszący się do śmierci mózgowej (MORIOKA, 2001).

Przytoczone powyżej ujmowania śmierci wskazują nie tylko na ewolucję tego pojęcia, ale także na odmienności kulturowe i prawne w tym zakresie. Istotne wydaje się także podkreślenie, że nowa, zmodyfikowana definicja śmierci będąca ujęciem neurologicznym budzi wiele kontrowersji. Do najpoważniejszych zarzutów można zaliczyć brak jasności i ostrości zawartych w niej kryteriów śmierci, redukcjonizm i relatywizm oraz fakt, iż jest ona definicją operacyjną, a nie ontologiczną. Dodatkowo należy zaakcentować, iż w ramach nowej, zmodyfikowanej definicji śmierci (będącej punktem odniesienia w wielu krajach świata, w tym także w Polsce) występują znaczące odmienności odnoszące się do arbitralności stosowania kryteriów diagnostycznych (testów, procedur, okresów czasowych itp.), na których podstawie orzeka się o wystąpieniu śmierci pnia mózgu (SOBCZAK, JANASZCZYK, 2012).

Podobnie jak niejednoznaczna jest śmierć, tak równie wieloznaczny jest poprzedzający ją okres zwany umieraniem. Umieranie jest procesem, którego nie można zredukować do jednego momentu nawet wówczas, gdy śmierć następuje niespodziewanie, nagle i gwałtownie. Jego sekwencja czasowa może charakteryzować się przyspieszoną lub spowolnioną dynamiką, lecz w każdym przypadku charakteryzuje się on określonymi etapami. Stefan RASZEJA (2005) wyróżnił siedem faz procesu umierania:

1. Pierwszą fazą jest życie zredukowane (*vita reducta*), czyli stan, w którym następuje osłabienie procesów fizjologicznych oraz czynności poszczególnych układów organizmu.

2. Druga faza, nazwana życiem minimalnym (*vita minima*), obrazuje stan, w którym następuje dalsza dysregulacja funkcji życiowych poszczególnych układów.
3. Kolejną fazą jest śmierć pozorna, nazywana też letargiem (*animato suspensa*). Faza ta jest subetapem życia minimalnego i charakteryzuje się dalszą degradacją funkcji życiowych układów krążenia i oddechowego. Znaczne zredukowanie stopnia ich aktywności powoduje, że staje się ona niewykrywalna.  
Wymienione i scharakteryzowane pokrótce pierwsze trzy fazy stanowią kolejne części pierwszego stadium umierania zwanego agonią.
4. Po letargu następuje śmierć kliniczna (*mors clinica*), będąca jednocześnie drugą częścią procesu umierania oraz mająca charakter relatywny, czyli odwracalny. Charakteryzuje się ona całkowitym ustaniem czynności układów krążenia i oddechowego. Śmierć kliniczna jest swoistym stadium przejściowym oddzielającym agonię, w której zmiany są odwracalne, od okresu interletalnego, w którym zachodzą zmiany nieodwracalne.
5. Życie pośrednie (*vita intermedia*) określa czas, w którym można jeszcze od poszczególnych narządów lub tkanek uzyskać właściwe dla nich reakcje, ponieważ znajdują się one nadal w stanie aktywności interletalnej. Oznacza to, iż organy i tkanki posiadają zdolność reagowania na bodźce chemiczne, elektryczne czy też mechaniczne, ale nie są już one w stanie podjąć samodzielnej czynności.
6. Śmierć mózgową (*mors biologica cerebri*), zwana także śmiercią osobniczą, jest etapem, w którym następuje ustanie czynności regulacyjnych i koordynacyjnych mózgu w zakresie funkcji życiowych prowadzące do dezintegracji organizmu.

*Vita intermedia* i *mors biologica cerebri* są fazami występującymi równoległe i obie przynależą do tzw. okresu interletalnego.

7. Ostatnim etapem procesu umierania jest śmierć biologiczna (*mors biologica*), określana również jako śmierć rzeczywista, dla której znamienne jest ustanie wszelkich czynności życiowych komórek i zapoczątkowanie kolejnego procesu — rozkładu ciała.

Ujmując proces umierania z perspektywy biologii (a nie medycyny), umieranie rozpoczyna się agonią, a kończy dokonaniem tanatomorfozy, czyli utraty cech istotowych (ontologicznych) organizmu (SOBCZAK, JANASZCZYK, 2012).

Poza definiowaniem i opisem umierania i śmierci badacze zajmujący się fizycznym jej wymiarem dokonali licznych jej klasyfikacji. Uwzględniając czynniki, które ją spowodowały, wyróżnia się trzy rodzaje śmierci: fizjologiczną, następującą wskutek procesów starzenia się; z przyczyn chorobowych (np. zawał mięśnia sercowego, udar mózgu) oraz gwałtowną, będącą następstwem urazu (mechanicznego, chemicznego, termicznego, radiacyjnego itp.). Inny podział uwzględnia szybkość zgonu. W ramach tej klasyfikacji występuje śmierć

powolna, w przypadku której zgon poprzedzony jest długo trwającą agonią, oraz śmierć nagła, kiedy do utraty życia dochodzi natychmiast (w ciągu kilku sekund). Jeszcze inny podział określa typ zgonu w zależności od wyników sekcji zwłok. W tym przypadku wyróżnia się śmierć czynnościową, niepowodującą zmian anatomicznych (tj. uduszenia, zatrucia lekami i innymi substancjami) oraz śmierć spowodowaną zmianami anatomicznymi (np. urazem mechanicznym czy działaniem czynników fizykochemicznych) ([micapo.w.interia.pl/mnskrypt](http://micapo.w.interia.pl/mnskrypt)).

Dokonane powyżej krótkie opisy somatycznego, cielesnego aspektu umierania i śmierci wskazują na znamionną cechę tego wymiaru: jego obserwowalność. Przejawia się ona w znamionach śmierci (łac. *stigmata mortis*). Do najbardziej widocznych z nich należą: brak oddechu, niewyczuwalność tętna, bledność powłok i oziębienie skóry. Oznaki te mają jednakże charakter probabilistyczny i w żadnym razie same przez się nie stanowią dowodu ustania życia, traktowane są zatem jako znamiona niepewne. W odróżnieniu od nich znamiona pewne to m.in. zmiany w oku (zmętnienie rogówki, zwiotczenie gałki ocznej), stężenie pośmiertne czy autoliza (proces rozpadu komórek pod wpływem enzymów litycznych). Należy dodać, iż do znamion pewnych zalicza się także plamy opadowe, tzw. róże cmentarne, które mogą pojawić się jeszcze w trakcie agonii (BIAŁAS, TOMASZEWSKA, 2010).

Bledność powłok, wysychanie pośmiertne, oziębienie zwłok, zmiany w oku, plamy opadowe oraz stężenie pośmiertne należą do tzw. wczesnych zmian pośmiertnych, natomiast autoliza, gnicie, strupieszczenie, przeobrażenie tłuszczowo-woskowe, przeobrażenie torfowe oraz zeszkietowanie należą do tzw. późnych zmian pośmiertnych ([micapo.w.interia.pl/mnskrypt](http://micapo.w.interia.pl/mnskrypt)).

Bezpośredniość doświadczania śmierci cielesnej stawia ją na uprzywilejowanym miejscu, ale w ostatecznej refleksji jest ona zaledwie jednym (i wbrew pozorom nie najważniejszym) z wielu aspektów procesu umierania i śmierci. Powszechna zgoda co do traktowania człowieka jako jedności psychosomatycznej, akceptowana nie tylko w naukach humanistycznych i społecznych, ale także medycznych, kieruje uwagę na psychologiczne procesy pozostające w konsolidacji z umieraniem i śmiercią.

## 2. Psychologiczny wymiar umierania i śmierci

Towarzyszem umierania i śmierci jest cierpienie mające czasem odzwierciedlenie w bólu i dolegliwościach fizycznych, a prawie zawsze w udrękach psychicznych samego umierającego, jak i (lub) innych, dla których był on osobą bliską, ważną, znaczącą. Cierpienie psychiczne wiąże się z doświadczaniem różnego rodzaju obaw i lęków (zwłaszcza przed nieznanym, bólem,

osamotnieniem), beznadziejności, utraty poczucia kontroli i sensu życia, niesprawiedliwości, żalu i goryczy, winy, wstydu czy depresji, ale także buntu i agresji wyrażających niezgodę na własne lub cudze odejście. Wobec powyższego przedstawiciele psychologii kładą nacisk nie tyle na definiowanie śmierci, co na rozpoznawanie dynamiki przeżywania procesu umierania i żałoby oraz zaakcentowanie konieczności tworzenia czasoprzestrzeni dla pełnego ich przeżycia.

Umieranie i żałoba są procesami o charakterze psychologicznym, społecznym, kulturowym, religijnym, a nie tylko somatycznym, charakteryzującymi się ścisłymi, wzajemnymi związkami. Tym, co zazwyczaj je łączy, są szok, zaprzeczenie, rozpacz i niezgoda na *status quo*. Nie są to jednak zjawiska tożsame. W niniejszej pracy znajdują się artykuły poświęcone żałobie, dlatego też w tym miejscu uwaga skupiona zostanie na przeżywaniu procesu umierania w kontekście psychologicznym.

W psychologii można wyróżnić co najmniej kilka ujęć umierania. Jedno z nich wyróżnia trzy kategorie tego procesu (za: OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA, 1997). Pierwsza kategoria odnosi się do przyjęcia za moment umierania chwili, w której na podstawie diagnozy lekarskiej uznaje się chorobę za nieuleczalną. Druga podkreśla fakt, iż temu zdarzeniu towarzyszy świadomość zbliżającej się śmierci, trzecia zaś dotyczy tego, iż świadomość ta zmienia zachowanie zarówno człowieka umierającego, jak i jego najbliższych. Temporalny aspekt psychologicznego wymiaru umierania może trwać od kilku chwil do wielu lat i zależy jest od specyfiki zdarzenia (np. nieszczęśliwego wypadku) lub choroby niepoddającej się wyleczeniu na obecnym etapie rozwoju medycyny.

Znanym przedstawicielem tanatopsychologii jest Robert KASTENBAUM (1973). Wyróżnił on trzy stany składające się na śmierć psychologiczną. Pierwszym z nich jest śmierć fenomenologiczna odnosząca się do utraty typowych cech osobowości lub jej dezintegracji w wyniku tragicznych bądź traumatycznych wydarzeń w życiu człowieka. Drugim stanem tworzącym śmierć psychologiczną jest śmierć społeczna charakteryzująca się brakiem lub znacznym ograniczeniem relacji interpersonalnych, a trzecim — społeczne ożywienie polegające na całkowitym odrzuceniu myśli o rzeczywistej śmierci.

Pozostając w obszarze relacji interpersonalnych o charakterze wspierającym i pomocowym w sytuacji nieuchronnie zbliżającej się śmierci, Robert KASTENBAUM i Ruth AISENBERG (1972) wyróżnili cztery rodzaje reakcji na uświadamiany sobie kres życia. Potencjalną reakcją w przypadku znaczącej utraty sił witalnych jest przewyciężanie. Odnosi się ono do radzenia sobie z ogarniającym chorego lękiem, poczuciem krzywdy czy też obawą o los innych, pozostających przy życiu. W takiej sytuacji psycholog może odwołać się do nieśmiertelności, do życia po „drugiej stronie”, wiary pacjenta w zbawienie etc., co pomaga mu odejść z „twarzą zwróconą przed siebie”. Innym zachowaniem może być uczestniczenie charakteryzujące się aktywnym udziałem podmiotu w przygotowaniu



się do śmierci. Pacjent koncentruje się na swoim wnętrzu i własnych potrzebach, a psycholog w miarę możliwości pomaga w ich realizowaniu. Reakcja ta występuje rzadko, wymaga bowiem od człowieka umierającego niezwyklej dojrzałości osobowej. W konfrontacji do tego trzeci rodzaj reakcji na zbliżającą się śmierć jest powszechny, gdyż wiąże się on z obawą i lękiem przed cierpieniem, bólem, poniżającym procesem umierania, ukaraniem i odrzuceniem w „życiu po...”. Ostatnią wyróżnioną przez autorów reakcją jest żal, traktowany jako naturalne pogodzenie się ze zbliżającą się śmiercią.

Inną propozycję ujmowania umierania przedstawiła E.M. PATTISON (1978). Wiąże ona stany psychiczne poprzedzające śmierć z odczuwaniem niepokoju. Najpierw następuje faza kryzysu (przejawiająca się paniką, bezradnością, apatią, paraliżem psychicznym), po której pojawia się faza życia-umierania (charakteryzująca się świadomością ograniczonych możliwości i aktywności, słabnięciem, pomieszaniem beznadziei z nadzieją), by wreszcie przejść do fazy terminalnej (ujawniającej akceptację nieodwracalności losu, zamknięcie w sobie, spojrzenie w głąb siebie).

Kolejne rozumienie psychologicznego przeżywania własnej śmierci mieści się w tzw. szkole rekapitulacji. Należy tu propozycja Edwina SHNEIDMANA (ed., 1976) oparta na Eriksonowskiej koncepcji kryzysów tożsamości. Wspomniany autor uważa, że człowiek przeżywa umieranie w ten sam sposób, w jaki przeżywał niepowodzenia w życiu. Jeśli osoba widziała swe życie jako wartościowe, twórcze, cenne i sensowne, przyjmie śmierć znacznie spokojniej niż ten, kto dostrzegał w nim jedynie trud, cierpienie, rozpacz i bezsens (za: WIDERA-WYSOCHAŃSKA, 2001).

Jednak najbardziej znaną spośród psychologicznych ujęć jest propozycja Elisabeth KÜBLER-ROSS (1996), która pracując z osobami umierającymi, dostrzegła charakterystyczne fazy psychicznego doświadczania procesu umierania. Na bazie swoich licznych obserwacji wyróżniła ona pięć etapów psychicznego zmagania się ze śmiercią. Jednym z nich jest zaprzeczenie (najczęściej ujawniane jako negacja diagnozy, połączona z szokiem i niedowierzaniem). Kolejną fazę stanowi gniew, złość, agresja wobec innych, losu, Boga. Pojawia się poczucie niesprawiedliwości, obarczanie innych winą za własne nieszczęście, niewiara w kompetencje personelu medycznego itp. Kiedy negatywne emocje wybrzmiały, następuje dalszy etap nazwany przez Kübler-Ross targowaniem się lub negocjowaniem. Pertraktacje te najczęściej prowadzone są z Bogiem, a ich celem jest oczywiście przedłużenie życia. Terminalność stanu chorego prowadzi w końcu do pogorszenia się kondycji fizycznej, co oddziałuje także na sferę psychiczną pacjenta. Pojawia się wobec tego kolejny etap: depresja, powiązana silnie z poczuciem utraty sił i zapadu do podejmowania dalszej walki. Ostatnią fazą zauważoną i opisaną przez autorkę jest akceptacja śmierci przejawiająca się wycośnięciem, uspokojeniem, skierowaniem uwagi na własne wnętrze i świat wartości. Konieczne w tym miejscu jest uściślenie dotyczące występowania opisanych

wcześniejszych faz umierania, mianowicie ich przebieg nie ma porządku linearnego, poszczególne etapy mogą pojawiać się w innej niż opisana kolejności, a nawet występować wielokrotnie, dlatego ujęcie to należy do tzw. szkoły cyrkularnej (WIDERA-WYSOCHAŃSKA, 2001).

## Podsumowanie

Powyższy tekst zawiera zwięzły, przeglądowy opis i charakterystykę jedynie niewielkiej (biologicznej i psychologicznej) części rozważań związanych z umieraniem i śmiercią. Faktyczna wielość i różnorodność wymiarów ludzkiej egzystencji skłania do podejmowania dalszych poszukiwań nie tylko na gruncie naukowo-badawczym, ale także — a może przede wszystkim — w aspekcie indywidualno-podmiotowym. Życie i śmierć bowiem dotyczą każdego człowieka, toteż każdy ma pełne prawo do wypowiedzania się i poszukiwania własnej prawdy, tkwiącej w odpowiedzi na kluczowe pytanie, które brzmi: Czym są życie i śmierć? Dobrze, jeśli uda mu się ją odkryć.

## Bibliografia

- BIAŁAS M., TOMASZEWSKA R., 2010: *Podstawy patomorfologii. Skrypt dla studentów fizyki medycznej*. T. 1. Kraków, Wydawnictwo UJ Collegium Medicum.
- BIESAGA T., 2006: *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*. „Medycyna Praktyczna”, nr 2, s. 20—28.
- KASTENBAUM R., 1973: *Śmierć psychologiczna*. W: PEARSON L., red., *Śmierć i umieranie*. Warszawa, PZWL, s. 1—26.
- KASTENBAUM R., AISENBERG R., 1972: *The Psychology of Death*. New York, Springer.
- Klasyczna medycyna sądowa* (pobrane z: [micapo.w.interia.pl/msskrypt.pdf](http://micapo.w.interia.pl/msskrypt.pdf)).
- KOKUREWICZ D. i in., 2001: *Biologia: słownik encyklopedyczny*. Warszawa, Wydawnictwo Europa.
- Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej*. Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. MP z 2007 r., Nr 46, poz. 547.
- KÜBLER-ROSS E., 1996: *Życiodajna śmierć: o życiu, śmierci i życiu po śmierci*. Przeł. E. STAHRÉ-GODYCKA. Poznań, Księgarnia św. Wojciecha.
- MOHANDAS A., CHOU S.N., 1971: *Brain death. A clinical and pathological study*. “Journal of Neurosurgery”, no. 35, s. 211—218.

- MORIOKA M., 2001: *Reconsidering Brain Death: A Lesson from Japan's Fifteen Years of Experience*. "Hastings Center Report", no. 31(4), s. 41—46.
- NOWACKA M., 2003: *Etyka a transplantacja*. Warszawa, PWN.
- OGRYZKO-WIEWIÓROWSKA M., 1997: *Warunki umierania w polskich szpitalach*. W: KOLBUSZEWSKI J., red., *Problemy współczesnej tanatologii*. Wrocław, WTN, s. 29—39.
- OSTROWSKA A., 1997: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- PATTISON E.M., 1978: *The living-dying process*. In: CARFIELD C.A., ed., *Psychological care of the dying patient*. New York, McGraw Hill.
- RASZEJA S., 2005: *Refleksje na temat tanatologii — klasycznego działu medycyny sądowej*. „Annales Academiae Medicae Gedanensis”. T. 35, s. 165—172.
- SHNEIDMAN, E., ed., 1976: *Death current perspectives*. New York, Mayfield.
- SOBCZAK K., JANASZCZYK A., 2012: *Kontrowersje wokół neurologicznego kryterium śmierci mózgu*. „Forum Medycyny Rodzinnej”, nr 6(4), s. 182—190.
- WALDEN-GAŁUSZKO DE K., 1992: *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii: psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci*. Gdańsk, Wydawnictwo UG.
- WIDERA-WYSOCHAŃSKA A., 2001: *Psychologiczne aspekty rozmowy lekarza z pacjentem umierającym i jego rodziną*. W: DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., red., *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław, Wydawnictwo UW, s. 315—330.