

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Filozofická fakulta**

**Katedra sociologie**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Lenka Beranová**

**UMÍRÁNÍ A SMRT  
JAKO SOCIOLOGICKÝ PROBLÉM**

**DYING AND DEATH  
AS A SOCIOLOGICAL PROBLEM**

**Praha 2007**

**Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Jiří Šubrt, Csc.**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 13.4.2007

  
.....

podpis

Touto cestou bych ráda poděkovala svému školiteli doc. PhDr. Jiřímu Šubrtovi, CSc. za konzultace a cenné připomínky. V druhé řadě bych chtěla poděkovat knihovně občanského sdružení „Cesta domů“ (Bubenská 421/3, Praha 7).

## A n o t a c e

Diplomová práce si klade za cíl nastínit vývoj tematizace umírání a smrti v sociologii, který v 90. letech 20. století přirozeně vyústil v konstituování samostatné sociologické subdisciplíny „sociologie umírání a smrti“. Hlavním záměrem je překročit všeobecně rozšířený názor, že smrt je stále tabuizovaná.

Práce je rozčleněna do čtyř tématických částí. První část shrnuje výskyt problematiky umírání a smrti v sociologii, což zároveň do jisté míry odráží určitý vývoj nejen v oblasti sociálních věd, ale v samotné společnosti. Nejdříve je smrt interpretována prostřednictvím náboženství, které je posléze nahrazeno paradigmatem medicíny. Zatím posledním výrazným rámcem se v silně individualizované společnosti ukazuje být „já“ (*self*), což se váže zejména k problematice těla. Druhá část představuje na pozadí lékařského členění smrti do tří fází relevantní sociologické problémy. Třetí část se zabývá revivalistickým konceptem smrti, který je spojený zejména s britským sociologem Tony Walterem. Na pozadí komparace tradičního, moderního a neo-moderního modelu smrti přináší práce určitý komentář probíraných sociálních jevů s pojetím jiných autorů. Čtvrtá část se soustředí na problematiku osobní identity a souvislostí tohoto konceptu s problematikou umírání a smrti.

## **A b s t r a c t**

This thesis aims to trace the thematisation of death and dying in Sociology, which in the 1990' evolves into constitution of independent sociological sub-discipline: „sociology of dying and death“. The main intention then is to go beyond the commonly held belief that the death is still a taboo.

The Thesis consists of four thematic parts: first part summarizes the occurrence of problems of dying and death in sociology, reflecting recent developments not only in social sciences, but also in the society as such. Theretofore the death is interpreted by religion but has been medicalized so that nowadays medicine represents the determinative paradigm of death. This development is in accordance with the most important framework in the intensely individualized society centered around the notion of „self“, closely connected with the concept of body and embodiment. Second part represents – on the background of medicine – three stages of death, where each of them allows to develop its own sociological reflection. Third part is concerned with the revival concept of death in the work of British sociologist Tony Walter. On the basis of the comparison of traditional, modern and neo-modern model of death we comment on social phenomena associated with other relevant conceptions. Fourth part is focused on the problems of self-identity and its connection with problems of dying and death.

## Obsah

Úvod.....	7
1. Smrt jako sociologické téma.....	9
1.1 Smrt z pohledu sociologie medicíny.....	11
1.2 Smrt v kontextu sociologie těla.....	14
1.3 Sociologie umírání a smrti.....	18
2. Umírání a smrt.....	21
2.1 Pre finem.....	22
2.1.1 Sociální smrt.....	29
2.2 In finem.....	33
2.3 Post finem.....	37
3. Smrt v kontextu koncepce Tonyho Waltera.....	40
3.1 Revivalismus.....	41
3.2 Kontext těla.....	44
3.3 Sociální kontext.....	49
3.4 Autorita.....	54
4. Sebe-projektování v kontextu umírání a smrti.....	60
Závěr.....	64
Literatura.....	68

## Ú v o d

Umírání a smrt patří k přirozeným danostem lidského života, které se dotýkají každého z nás. A protože je smrt synonymem určité ztráty, kterou nelze zvrátit, je nutně tématem často bolestivým a plným emocí. Lidsky je umírání bezesporu obtížnou životní situací jak pro umírajícího, tak pro jeho blízké okolí a pečující. Poněkud zjednodušeně se můžeme se smrtí setkat čtyřmi následujícími způsoby: a) osobní ztráta blízkého člověka, b) smrt jiných, c) osobní uvědomění si smrti a d) naše vlastní smrt [Davies 2007: 21].

Texty o smrti u nás zpravidla začínají prohlášením, že smrt je v moderní společnosti tabuizována.<sup>1</sup> V západní literatuře se zase články a publikace o smrti v posledním desetiletí uvádějí větami, že žijeme v době, kdy je zájem o tuto problematiku na vzestupu [Howarthová 2007:1]. Howarthová si všímá souvislosti tohoto boomu také mimo odbornou sféru a tvrdí, že v zábavním průmyslu se množí filmy a seriály, které svou tematikou zmíněný boom odrážejí. Smrt totiž zobrazují bez krve a násilí, jak je zvykem v detektivních nebo válečných příbězích či thrillerech, a jsou často velmi oblíbené.<sup>2</sup> Prostřednictvím zábavního průmyslu se tak podle Howarthové do našich každodenních životů dostává zobrazení smrti novým způsobem [Howarthová 2007:1].

V následující práci se pokoušíme reflektovat změnu, která měla za následek jednak zvyšující se zájem o problematiku umírajících, jednak přinesla pokusy o nastolení nového modelu, který do značné míry překročil tezi tabuizace.

Smrt není jen biologickou daností, ale vzhledem k jejím interpretacím v mýtech, náboženství nebo filosofii nutně také socio-kulturním fenoménem. Vzhledem ke svému poněkud nejednoznačnému postavení mezi sférou přírody a sférou kultury, potažmo společnosti, nebyla v klasické sociologii ani v sociálních vědách často diskutovaným tématem. V první kapitole se proto pokusíme zmapovat její postupně rostoucí vliv, který vyústil v konstituování samostatné sub-disciplíny „sociologie umírání a smrti“. V této kapitole také nabízíme jistý vývoj

---

<sup>1</sup> Výjimkou je například Sylva Bártlová, která kapitolu o sociologii smrti uvádí větou: „*V současné době již nelze hovořit o umírání a smrti jako o problému, který by byl tabuizován*“ [Bártlová 2005: 63].

<sup>2</sup> Howarthová své tvrzení ilustruje na příkladech seriálů, které mají možnost znát také čeští televizní diváci *Six Feet Under* („Odpočívej v pokoji“ - ČT 2) a *Desperate Housewives* („Zoufalé manželky“ - Prima) [2007:1].

v rámci sociologických subdisciplín, který předcházel ustavení „sociologie umírání a smrti“. Zmiňované předešlé subdisciplíny proto lze považovat za významné a obohacující vlivy.

Druhá kapitola s názvem „Smrt a umírání“ vymezuje základní pojmy, se kterými v práci budeme pracovat, a sleduje problematiku částečně prizmatem medicíny. Na základě lékařské definice smrti a jejích fází ukazujeme některé sociologicky relevantní problémy. Představujeme dodnes vlivný model E. Kübler-Rossové, která ač psychologka, silně ovlivnila další debaty, probíhající i na poli sociologie. Kromě Kübler-Rossové zmiňujeme i další realizované výzkumy a studie (Sudnow, Glaser, Strauss, atd.)

Třetí kapitole seznamujeme s myšlenkami revivalismu a s koncepcí neo-moderní smrti britského sociologa Tonyho Waltera, v rámci které jsou diskutovány úvahy dalších sociologů a sociálních vědců.

V závěrečné kapitole zasazujeme problematiku smrti do kontextu teorie individualizace a Giddensovy koncepce „reflexivního já“.

Práce chce svým zaměřením překročit zažitě smýšlení o smrti jako o tabuizovaném sociálním jevu. Tím, že se spíše přiklání k medicínskému paradigmatu, se pokouší dotýkat smrti v její biologické přirozenosti, a proto opomíjí socio-kulturní oblast otázek. Na srovnání tradiční a moderní smrti, chce hlavně představit neo-moderní model smrti (Walter 2005). Walterovy modely smrti lze do jisté míry přirovnat k Tofflerově teorii tří vln (1980). Stejně tak jako se některé společnosti mohou nacházet ve fázi střídání první a třetí vlny nebo dvě různé vlny mohou s různou intenzitou působit na danou společnost současně, může v jedné společnosti docházet k více typům smrti.<sup>3</sup> Trendem národních i mezinárodních zdravotnických organizací je institucionálně posilovat podmínky vážící se k neo-modernímu typu smrti. V pozdně moderní společnosti totiž tento třetí model smrti dokáže nejlépe naplnit představu důstojné a dobré smrti tím, že zatím nejlépe uspokojuje potřeby umírajících jako autonomních aktérů.

---

<sup>3</sup> České společnosti stále dominuje spíše moderní model smrti. V nemocnicích nebo jiných institucích jako jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo domovy důchodů umírá 80-92% Čechů [Bártlová 2005: 64]. A pouze cca 1% zemřelých se dostává specializované paliativní (viz. kap. 2.2) péče [Sláma, Špinka 2004: 14].



## 1. Smrt jako sociologické téma

Smrt jako sociální fenomén se v před-sociologickém ani sociologickém myšlení příliš často neobjevuje. Jistou výjimkou může být Masarykova monografie *Sebevražda* poprvé vycházející německy v roce 1881. Masaryk se zde zamýšlí nad obecnými vlivy, jež mohou dovést jedince k sebevraždě. Zároveň uvažuje o vztahu společnosti k sebevraždě a nastiňuje dějinný vývoj sebevraždy jako sociálního jevu, který koncem 19. století zaznamenal určitý vzestup. Masaryk dochází k názoru, že hlavní příčinu nárůstu sebevražd je třeba spatřovat v sekularizaci. V této souvislosti nelze opomenout ani Durkheimovu studii *Le Suicide* (1897). Sebevraždy Durkheim chápe také jako do určité míry sociální, nikoli individuální jednání. Nicméně centrálním tématem je pro něho přechod tradiční společnosti k moderní a z toho vyplývající často pocíťovaná anomie. Téma sebevraždy se později objevuje v dílech dalších autorů<sup>4</sup>, podle A. I. Bláhy však už Masaryk jako jeden z prvních dokázal postihnout celou rozsáhlou podmíněnost sebevraždnosti jako sociálního jevu [Bláha 1997: 39]. Zmíněné práce sice dokládají určitý zájem sociologie o problematiku smrti, nicméně v její úzké a v jistém smyslu i extrémní formě. Sebevraždnost studuje jak Masaryk tak Durkheim jako důsledek rozmanitých sociálních změn a nezabývají se přímo problémem smrti.

Zhruba do poloviny 20. století sociální vědy svou pozornost na problematiku umírání a smrti nijak zvlášť nezaměřovaly. Smrt je pojímána jako přirozená součást života, kterou ovšem jedinec zakouší jako „mezní situaci“ (Berger in [Howarthová 2007: 89]). Zároveň je smrt chápána jako ohrožení společnosti, a proto je potřeba ji legitimizovat souborem norem a rituálů v zájmu udržení sociálního řádu. Tento sociální význam smrti se do zorného úhlu sociálních věd sice dostal, ale zde sloužil spíše jako nástroj pro vysvětlení některých obranných mechanismů společnosti. V sociologii se proto otázka smrti objevila jen nepřímo v rámci studia sociálního řádu, společenských norem a hodnot atd.

V této souvislosti se smrt považovala za hlavní zdroj náboženské víry (Malinowski 1962 in [Walter 1993: 273]). Složitě sociální změny, jež měly za

---

<sup>4</sup> např.: Halbwachs (*Les causes du suicide*, 1930), Blondel (*Le suicide*, 1933) Dublin (*To be or not to be. A study of Suicide*, 1933), Bongor (*Zelfmoord*, 1929) Berďajev (*O samoubijstvě*, 1931)

následek nárůst určitých životních jistot a kvality života, včetně pokroku medicíny, také způsobily, že se do značné míry snížila, dříve všudypřítomná a každodenní, hrozba smrti. Smrt přestala být všední a „skryla“ se (Blauner in [Přidalová 1998]). V návaznosti na Malinowského se v rámci sociologie náboženství objevila hypotéza, že sekularizace společnosti úzce souvisí také s tímto ústupem smrti. Klesající vliv náboženství na každodenní chování se totiž vysvětloval „*poklesem strachu ze smrti, který vedl ke zmenšování strachu z pekla*“ (Walter 1993: 273).

Paradoxně právě v okamžiku, kdy jedinec přestává být vystaven každodenní nejistotě o život i životy svých blízkých, se smrt začíná problematizovat. Důvodem je celá řada nezamýšlených důsledků (viz kap. 3)

Přibližně od 60. let 20. století se začaly množit kritické ohlasy, které v převládajícím postoji, jaký společnost zaujala ke smrti, spatřovaly cosi nového a škodlivého [Přidalová 1998]. Oblast otázek kolem umírání a smrti je od té doby silně ovlivněna paradigmatem medicíny, čímž se tato problematika do značné míry přesouvá z intimního prostředí blízkých do úzké sféry specialistů, kde se smrt pojímá jako problém, který je potřeba odstranit. Kritizována byla zejména absence účinného obranného mechanismu, který by společnosti umožnil, aby se s faktem smrti vypořádala jinak než jejím vytěšňováním. V této době se přichází s dodnes často přijímanou ideou, že smrt je v moderní společnosti tabuizována. Jedním ze zastánců této myšlenky byl antropolog Goffrey Gorer, který v roce 1955 přispěl do této diskuse s výrazem „pornografie smrti“ [Littlewood 1993]. „Pornografie smrti“ popisuje situaci tabuizace, která v mnohém připomíná dřívější vztah společnosti k sexu. Podobně jako v 18. a zejména 19. století panovala všeobecná cudnost ve vztahu ke všemu tělesnému, tak se v období přibližně po druhé světové válce tato tabuizace obrací ke všemu, co souvisí se smrtí a umíráním. Zatímco v éře tabuizace sexu se neslušelo zmiňovat o pohlavním styku, pohlavním životě jedince nebo porodu, v době „pornografie smrti“ se z veřejného prostoru do značné míry vykazují téma smrti, vážných chorob, utrpení nebo bolesti. Oblast sexu mezitím postupně získala plnou legitimitu a stala se součástí veřejné diskuse.

Pomineme-li sociologii náboženství, kde se problém smrti nepřímou objevuje, smrt tematizuje až sociologie medicíny.

## 1.1 Smrt z pohledu sociologie medicíny

Kromě spíše ojedinělých případů, kdy se klasičtí sociologičtí teoretici dotkli otázky umírání a smrti (Comte 1851, Durkheim 1897), se dá jako o jakémsi předchůdci sociologie smrti hovořit prvně v případě sociologii medicíny. Sociologie medicíny se sice označuje za jednu z nejmladších sociologických oborů, přesto je její vliv, měřeno počtem samostatných pracovišť a mezinárodních konferencí, poměrně silný [Bártlová 2005: 12]. Sociologie medicíny se začala vyvíjet po druhé světové válce v USA, ačkoli zájem o vztah společnosti a medicíny, resp. zdraví je možné dohledat až do 19. století.<sup>5</sup> Východisko k sociologii umírání a smrti lze do značné míry nalézt v koncepcích předcházející sociologie medicíny.<sup>6</sup> Smrt byla sice významněji tematizována až ve výzkumech publikovaných koncem 60. let a zejména v 70. letech 20. století, přesto nelze obejít zásadní paradigmatu v počátcích konstituování sociologie medicíny. Například strukturální funkcionalismus Talcota Parsonse představuje rámec uvažování, jenž významně ovlivnil sociální vědce při formulování role medicíny v moderní společnosti (Illich 1976 [2002]) a při tematizaci problematiky umírání v moderní společnosti (Ariès, Elias, Kübler-Rossová, Saunders, Walter).

Parsons (1951) v knize *The Social System* jednak nově interpretuje význam medicíny ve společnosti, jednak se poměrně podrobně zabývá úlohou nemocného, sociálním významem nemoci a lékařskou péčí. Právě redefinicí medicíny jako „institucí sociální kontroly“ Parsons úžeji propojuje vztah medicíny se sociologií [Bártlová 2005: 9]. Kromě toho formuloval stav zdraví a nemoci jako stavy, které se liší zejména v odlišné míře možnosti či schopnosti jedince vykonávat svou sociální roli. Aby byl jedinec lékařem, tedy obecně medicínským systémem, uznán za nemocného, musí splňovat „roli nemocného“. Ta si dle Parsonse žádá dvě povinnosti (vyhledat lékařskou pomoc a spolupracovat při léčení), za což poskytuje dvě výhody (pacient je zproštěn od běžných společenských povinností a může se plně soustředit na své onemocnění) [Křížová 2003: 119, Bártlová 2005: 79]. Komplementárně k pacientovi je formulována role lékaře, kterou také

---

<sup>5</sup> Např.: Le Play, Durkheim

<sup>6</sup> Tzn. např. práce Durkheima, Webera, Mertona

vymezují jisté hodnoty (universalismus, funkční specifická, afektivní neutralita a kolektivní orientace) [Křížová 2003: 119].

Za pozornost stojí také práce R. K. Mertona, který se zabýval problematikou lékařské profese (1957), což je jedno z dalších významných témat sociologie medicíny. Merton se zamýšlí nad otázkou identifikace budoucích lékařů s touto profesí. Tvrdí, že medicí se kromě znalostí a dovedností, jež jim zprostředkovává vysokoškolské vzdělání, potřebují na svou lékařskou dráhu připravovat i v oblasti mravní a emocionální. Lékař totiž musí obstát nejen v kognitivních nárocích, ale je mu zapotřebí „*rovněž nácvik postojů, prožívání a chování*“ [Křížová 2003: 121]. Lékař se ve své praxi, více než je tomu v jiných profesích, musí správně vypořádávat s určitou nevyhnutelnou mírou nejistoty, která je dána jednak „*objektivními faktory (obecný stav věděni), jednak subjektivními faktory (vlastní limity)*“ [Křížová 2003: 122]. Foxová (1957) pokládá jistou míru nejistoty v medicíně, i přes dosažený pokrok, za inherentní. Zároveň si všímá toho, že převažující rámec medicínské kultury, tuto nejistotu skrývá a zastírá množstvím obecných doporučení, standardizací a jinými mechanismy, které se ovšem na druhé straně kromě zakrývání nejistoty také „*snaží vytvářet oporu pro lékařské rozhodování a snižovat úroveň nejistoty*“ [Křížová 2005: 52].

Z hlediska sociologie umírání a smrti je o něco významnější pozdější post-parsonsovské období, které je k medicíně mnohem kritičtější. Předchozí období ovlivněné parsonsovským paradigmatickým totíž spíše moc medicíny ve společnosti upevňuje: jednak důrazem na pojetí medicíny jako sociální kontroly, jednak „*přispíváním k šíření její pozitivní image*“ jakožto „*jednoho z klíčových symbolů úspěchů moderní společnosti*“ [Křížová 2003: 124]. Od 60. let se tato myšlenková linie opouští a prostor získávají spíše ti, kdo reflektují problémy v organizaci medicíny např. Illich (1976 [2002]), Kübler-Rossová (1970 [1993]), Sudnow (1967), Glaser a Strauss (1965).

Poměrně významnou roli ke stabilizaci pozice sociologie medicíny jako svébytného oboru sehrály v 60. letech vedle zmíněných kritiků také zástupci symbolického interakcionismu a sociálně-konstruktivistického přístupu. Pro tematizaci umírání v sociologii byly zásadní zvláště výzkumy, které se zaměřovaly na vztah lékaře nebo ošetřujícího personálu a pacienta. Tato zkoumání se zpravidla soustředila na otázku komunikace a problematiku sdělování diagnózy. Walter

[1993] zájem těchto výzkumů rozděluje do dvou hlavních skupin. První se soustřeďuje na otázku, jak a do jaké míry jsou pacienti a jejich blízcí příbuzní zpraveni o terminální (smrtné) diagnóze, druhá se pak dotýká přímo procesu umírání.

Výsledky výzkumu publikované pod názvem *Awareness of Dying* provedené sociology Glaserem a Straussem (1965) identifikují několik způsobů, jak je pacient konfrontován s diagnózou. Jednotlivé typy se liší hlavně tím, nakolik si je vědom svého skutečného stavu.

Glaser se Straussem používají termín „kontexty uvědomění“ (*awareness contexts*). Za prvé jde o kontext „uzavřený“ (*closed*). Lékař a rodina spolupracují, aby před pacientem skutečnost utajili. Za druhé rozlišují kontext, kdy pacient zkouší různé taktiky, aby se pravdy nějak dopátral, například od personálu nemocnice. Tento kontext nazývají „podezření“ (*suspicion*). Dalším častým případem je tzv. „oboustranné předstírání“ (*mutual pretence*), o kterém mluvíme, pokud obě strany tzn. lékař a rodina na jedné a pacient na druhé straně, vědí o blížícím se a neodvratném umírání, ale žádná z nich nechce tu druhou stranu zneklidnit a rozrušit vlastním vědomím této skutečnosti. Zbývající situace připouští zcela otevřenou diskusi mezi všemi zúčastněnými o zdravotním stavu a případných perspektivách a možnostech. Glaser se Straussem ji označují termínem „otevřený kontext“ (*open*) [Walter 2005: 31, Bártlová 2005]

Mezi důležité výzkumy vztahující se přímo k procesu umírání patří práce psycholožky Elisabeth Kübler-Rossovové (1970 [1993]). Její teorie o stádiích, jimiž prochází umírající a jeho blízké okolí, má dodnes mnoho stoupenců, ale i kritiků (viz kap. 2.1). Význam Kübler-Rossovové spočívá hlavně v otevření zájmu o situaci umírajících, jak na akademickém poli, tak ve veřejné diskusi.<sup>7</sup>

Méně zapsané do všeobecného povědomí, přesto významné a ve své době hodně kritické, byly další práce sociologů Glasera a Strausse (1968) o „trajektoriích umírajících“ nebo Rothova koncepce časových rozvrhů (1963), kterými je proces umírání institucionálně řízen, a tak podléhá jisté rutině [Walter 1993: 269]. Za důležitou práci se považuje také Sudnowova kritika organizace

<sup>7</sup> Nemalý vliv se Kübler-Rossovové přičítá v začátcích hospicového hnutí v 60. letech, ve kterém důležitou roli sehrála společně se zakladatelkou prvního hospice Cicely Saundersovou. Skutečnost, že vůdčími osobnostmi hospicového hnutí byly právě ženy, podle Waltera nebyla náhodná, podle něj, ženy k problematice přistupovaly jinak než muži, kteří reprezentovali spíše racionalizaci a medicinalizaci, právě tento odlišný přístup přirozeně vyústil v hospicové hnutí [Walter 2005: 13].

umírání v nemocnicích (1967) s důrazem na rutinu, která formuje pevné a hladké fungování běžného chodu těchto institucí [Littlewood 1993: 71]. Z hlediska klasické sociologie se zde nabízí Weberova koncepce formálních organizací a otázka byrokratizace.

## 1.2 Smrt v kontextu sociologie těla

Od 80.let se zájem sociálních věd a sociologie soustředí i na problematiku lidského těla. Téma je to v sociologii poměrně nové, nenajde se totiž explicitně vyjádřené v žádné klasické sociologické teorii. Přesto podle Shillinga bylo tělo v sociologii vždy, i když jaksí „*nepřítomně přítomno*“ (*absent presence*) Shilling (1993 [2004]: 17). Zvláště kladla-li se otázka, zda tělo zařadit spíše do oblasti přírody či do oblasti kultury (společnosti), odpověď nebyla nikdy jednoznačná. Na fenomén těla se totiž vztahuje z hlediska sociologie jistá dualita obou oblastí. Také proto lze o těle uvažovat jako o implicitně účastném na základních sociologických teoriích, v nichž se sociologie soustředila například na způsoby, jakými zhmotněný (tělesný) subjekt externalizuje, objektivizuje a internalizuje společenské instituce (Berger in [Shilling 2004: 17]. I když Turner spíše zdůrazňuje, že o těle bylo obvykle uvažováno jen jako o „*pasivní nádobě, která slouží jako skořápka pro aktivní mysl (jež odlišuje lidi od zvířat)*“ (Turner in [Shilling 2004: 23]) Za jednu z hypotéz, jež by vysvětlovala, proč se klasická sociologie nezajímala o zkušenost „mít“ a „být“ tělo, je na jiném místě Shillingem možná poněkud provokativně označen prostý fakt, že mezi zakladateli sociologie chyběla žena. „*Rizika, kterým ženy čelily během těhotenství, velké množství těch, co zemřely při porodu a vysoká míra dětské úmrtnosti, která charakterizovala průmyslovou revoluci by možná byla reflektována prostřednictvím větších úvah o těle, kdyby Marx, Simmel, Weber a Durkheim byli ženami.* [Shilling 2004: 24].

Podle Petruska [2006] lze zvýšený zájem sociálních věd o tělo a tělesnost přičítat třem hlavním vlivům: 1) sociální změny v západní společnosti, které „*proměnily i roli těla a tělesnosti (změna charakteru povahy práce, růst volného času, nový styl organizace, řízení a sociální kontroly, komodifikace těla a tělesnosti)*“ [2006: 353]; 2) rozmach přírodních věd a medicíny a jejich vliv na

sociální jevy<sup>8</sup>; 3) Petrusek přičítá vliv také rozvoji feministických hnutí a posílení pozici žen v struktuře sociálních vztahů [Petrusek 2006: 354], což koresponduje jednak s předchozí Shillingovou úvahou, jednak s pojetím těla jako „*možnosti užívat ho jakožto metafory k vyjádření sociálních vztahů*“ (Douglas 1966 in [Seale 1998: 14]).

Za zakladatele samostatné subdisciplíny „sociologie těla“ je považován již zmíněný Bryan S. Turner se svou prací *The Body and Society* (1984). Turner nepovažuje tělo za patřící čistě jen do sféry přírody, nýbrž tvrdí, že musí být nutně také produktem kultury, potažmo společnosti. Lidské tělo má proto jako sociální fenomén své dějiny a zahrnuje také určitý vztah, který zaujímá ke svému tělu jedinec v dané společnosti. Sdílené představy o kráse a zdraví i měnící se význam těla ve společnosti totiž mohou být napříč různými kulturami proměnlivé, což je důkazem, že fenomén těla nelze redukovat na biologickou danost. Podle Turnera (1992) je tělo „*možností utvářenou kulturou a realizovanou v průběhu lidských interakcí*“ in [Bauman 1995: 68]. Skutečnost, že je lidské tělo nově pojímáno také jako sociální produkt, tzn. že je vytvářeno sociálně, kulturně a historicky, v sobě zahrnuje dvě kvality. Jednak je samo tělo *produktem* ve smyslu hmotného ztělesnění etnicity, rasy, genderu, věku a současně také prostorem pro předvádění osobních identit, krásy, zdraví, image atd. Za druhé je tělo *procesem*, což zahrnuje specifický způsob poznávání a hodnocení světa, stejně jako poznávání a hodnocení sebe samého [Balsamo 1997: 3].

Turner si všímá přítomnosti těla v různých historických etapách, a zároveň upozorňuje na sociální změny, které vedly k prominentnímu postavení těla v pozdně moderní společnosti. Zásluhou Turnera (1992) tak pozdně moderní společnosti přibyla další z mnoha nálepek [Petrusek 2006] jakožto „*společnost somatická*“. Jde o společnost, kde se „*hlavní politické a osobní problémy problematizují skrze tělo a současně se také prostřednictvím těla vyjadřují*“. [Turner 2004: 1]

Zatímco ve středověké kultuře bylo tělo ve prospěch duše spíše potlačováno, v moderní společnosti se tato relace obrátila. A s prohlubujícím se individualismem v druhé polovině 20. století vztah jedince k vlastnímu tělu ještě

---

<sup>8</sup> Tuto změněnou situaci popsal Illich (1976 [2002]) ve svém konceptu medicinalizace společnosti. (viz. kap. 3.3).

zesílil. Tělo se nově formulovalo jako subjekt a současně i objekt při tzv. sebe-projektování. Tělo se tak ztotožnilo se zhmotněním „já“ (*self*), které lze chápat jako určitý program a záměr individualizace [Shilling 2004]. Současné debaty týkající se těla a individualizace často vycházejí z argumentu, že kontrolu těla – potažmo jedince, zajišťuje jedinec sám prostřednictvím konzumu a módního průmyslu. Skutečnost, že přibývá množství lidí, kteří ve stále rostoucí míře zaměřují svou pozornost na svůj fyzický vzhled v touze udržet si zdraví, mladistvost a kondici, není nutné zdůrazňovat. Děje se tak ve snaze konstruovat svoji identitu způsobem, jenž současná západní kultura oceňuje. Tělo totiž můžeme chápat jako nositele určitých symbolů a sociálních významů, skrze které jedinec konstruuje sám sebe, své „já“ (*self*), resp. se snaží přiblížit vlastní vizi, jak by chtěl být ostatními interpretován. Způsob, jakým současná západní společnost upřednostňuje mladé, krásné tělo, zatímco stáří a nemoc se spíše marginalizuje, popisuje Featherstone (1995). Dnešní význam těla reflektuje, podle Featherstonea, nově se objevující tzv. „předvádějící se já“ (*performing self*), u něhož jsou „vzhled, gesta a vůbec vystupování celého těla považovány za sebe-vyjádření, i s fyzickou nedokonalostí a nedostatkem pozornosti, které přináší jistá znevýhodnění v každodenních interakcích.“ in [Howarthová 2007: 179].

V sociologii tyto úvahy odkazují na Goffmanovu práci o sociálním stigmatu, kdy míra traumatu z vlastního vzhledu vychází z míry rozdílnosti mezi „virtuální sociální identitou“ a „skutečnou sociální identitou“ [Goffman: 2003]. Jak říká Shilling, v podmínkách pozdní modernity „je tendence jedinců více vázat svou osobní identitu (*self-identity*) ke svému tělu. Z tohoto hlediska, ačkoli (zveličeně), je relevantní Goffmanova analýza stigmatu, když naznačuje, že jedinec smysl svého „já“ pravděpodobně posuzováním ceny svého těla“ [Shilling 2004: 161].

Sociologie tematizuje tělo také z hlediska způsobů vyjadřování mocenské asymetrie. Tato tematická oblast částečně čerpá z prací M. Foucaulta (1975), pro něhož byly ústřední mechanismy, kterými si disciplína podmaňuje jedince. Vztah těla a moci je dále blízký zvláště feministickým větvím sociologie těla nebo pracím příbuzným k sociologii medicíny, které se zabývají například vývojem hranice mezi zdravím a nemocí jakožto sociálními konstrukcemi sloužícími mocenským zájmům [Turner 2004, Synott 2001].



Problematika umírání a smrti je důležitým aspektem tělesnosti. Jednak se může jevit jako záporná hodnota v panující hedonistické kultuře, která oslavuje tělesnou krásu, mládí a zdraví, jednak poněkud nabourává rozšířené uvažování o možnostech a odpovědnosti jedince v projektování své osobní identity, protože se ukazuje jako závažné omezení.

Interpretace nemoci a postupného fyzického úpadku při stárnutí těla bývá z hlediska sociologie vedena skrze koncepci projektování vlastního „já“. Nemoc nebo umírání jako určité krizové momenty v životní dráze těla jsou brány jako závažná narušení tohoto projektu. Jedinec ztrácí kontrolu nad sebou, nad svým tělem, což implicitně znamená, že je vážně ovlivněna jeho účast na „sebe-předvádění“ (Featherstone 1995). Podle některých teoretiků (Featherstone a Hepworth 1991, Shilling 1993, Charmaz 1983) dochází v době nemoci k částečnému oddělení „já“ (*self*), implicitně i vnímání těla, od výsledné sociální identity, viditelné pro nezúčastněné. Zatímco ostatní interpretují identitu skrze nemocné tělo, ta může být pro nemocného jedince neautentická. in [Howarthová 2007: 181]. Jinými slovy může dojít k fragmentizaci „já“ zásluhou nedostatečného překrytí mezi „mou identitou“ a „vaším“ vnímáním mé identity na základě mého nemocného těla, což nutně vede k potřebě nově uspořádat vlastní identitu. [Howarthová 2007:181].

Krajním případem je pak totální ztráta „já“ (*self*), která se projevuje jako úplné mentální „vypnutí“. Jedinec odmítá reagovat s okolím, přestává být sám sebou.<sup>9</sup> Podle Julie Lawtonové [1998], jejíž studie se zabývá sociálními důsledky tělesného úpadku umírajících, je tato totální ztráta „já“ častá v případech obyvatel hospiců, kteří nejsou schopni zvládat některé projevy svého nemocí viditelně zasaženého těla.<sup>10</sup> Zatímco při fragmentizaci se „já“ oddělí a jaksi distancuje od těla, v případě mentálního „vypnutí“ dochází k úplnému zmizení „já“ a tělo dále přežívá „prázdné“. Lawtonová uvádí, že někteří pacienti, u kterých tento proces

---

<sup>9</sup> Koncept „vypnutí“ (*switching off*) se také někdy označuje jako psychická smrt. Pines o ní hovoří v případě vězňů koncentračních táborů, „*keré přemohla fyzická a citová bezmocnost a zoufalství*“ (Pines 1993 in [Lawtonová 1998: 130]).

<sup>10</sup> Lawtonová pracuje s pojmy „ohraničeného“ *bounded* těla ve smyslu ovladatelného a „neohraničeného“ *unbounded* těla jako takové, které svými nekontrolovatelnými projevy narušuje integritu jedince. Podle Lawtonové personál hospiců pro tento stav používá metaforu „rozpadat se ve švech“ (*falling apart at the seams*) [Lawtonová 1998: 128]. Jde o případy, kdy je nemocný „vyžírán nádorem“, „uhnívá zevnitř“ [Lawtonová 1998: 128]. Nejčastěji se projevují inkontinencí, nekontrolovatelným zvracením, silným zápachem, otékajícími končetinami atd.

neprobíhá samovolně, žádají o silná sedativa a v krajním případě o eutanázii [1998: 128]. Důvodem bývají pocity trapnosti a studu, nikoli fyzická bolest. Lawtonová se domnívá, že „*identita a osobnost jedince v současné západní společnosti je fundamentálně závislá na vlastnění fyzicky ohraničeného těla*“ [Lawtonová 1998: 131]. Podobný názor sdílí také Chris Shilling, když říká, že „*v podmínkách pozdní modernity se projevují tendence, které z těla stále více činí podstatu pocitu osobní identity moderního jedince*“ [Shilling 2004: 1]. Perspektiva smrti podle Shillinga představuje pro sociologii těla významnou oblast otázek, protože ovlivňuje naše současné chápání těla [Shilling 2004: 1].

### 1.3 Sociologie umírání a smrti

Na počátku 90.let se začínají objevovat názory, zda se o fenomén smrti nadále zajímat jen parciálně v rámci jednotlivých jiných oblastí sociologie či zda již neuzrála doba, která by si žádala samostatnou subdisciplínu. Tato debata vyvolala i úvahy, kam by se dále sociologie měla ubírat [Mellor 1993, Walter 1993]. Fenomén smrti na pozadí sociálních změn totiž sociologii může posloužit k analýze a bližšímu porozumění jiných společenských jevů a problémů, a proto by se tento potenciál neměl nechat nevyužitý. V kontextu debat o potřebě silnější reflexe role umírání v sociologii nelze přejít bez povšimnutí, co přibližně ve stejné době, pravděpodobně nezávisle na těchto diskusích, u nás píše sociolog rodiny Ivo Možný: „*Podle současných zvyklostí bychom v knize o rodině vůbec neměli psát o umírání. A pokud, tak až v souvislosti se stářím a tuto kapitolu bychom měli zařadit až na konec knížky. Patří však na začátek. Dotkneme se v ní snad všech témat, o kterých budeme mluvit později. Někde se budeme i opakovat. Zdá se nám však podstatné vysvětlit hned na začátku, co všechno naše témata spojuje. Kdybychom to neudělali a zůstali jen na tom, že u každého z nich zmíníme, jak je častá a všudypřítomná smrt v rodině ovlivnila, mohlo by nám uniknout, že právě ona působila jako jeden z nejvýznamnějších jednotících motivů rodinného života, který udával rytmus veškerého dění. Tíž by se nám pak naše téma chápalo v celku, který jen nezbytnost postupného výkladu rozděluje na kapitoly.*“ [Možný 1990: 31-32].

Britský sociolog Tony Walter v roce 1993 shrnuje v článku *Sociologists never die: British sociology and death* dosavadní příspěvky k tématu smrti a umírání ve společnosti a dospívá k přesvědčení, že britská sociologie poněkud zaostává za americkou. Podle něho dozrál čas hlouběji reflektovat význam smrti ve společenských vědách. Walter svůj text provokativně uzavírá otázkou „*sociologie smrti, nebo smrtelná sociologie?*“ [Walter 1993: 290].

Na druhé straně však může se vznikem samostatné specializace „sociologie umírání a smrti“ hrozit nebezpečí jisté konzervace myšlení, kterému je obtížné se bránit. V případě větší kumulace sociologů se zájmem o otázky umírání, totiž hrozí jistá „*izolace od hlavních proudů oborového zájmu*“ [Clark, Seymour 2002: 9].

Úkolem sociologie by mělo být objasnění sociálních a kulturních faktorů a zkušeností, které tvoří rámec pro současné postoje k lidské smrtelnosti [Mellor: 1993: 26]. Pokud podle Mellora přijmeme tezi, že smrt je dnes vyvlastněna z veřejné sféry, pak by sociologie smrti měla vysvětlovat souvislost mezi tímto vyvlastněním s reflexivitou pozdně moderní společnosti. Tato reflexivita podporuje privatizaci smyslu, což může ohrožovat pocit „ontologického bezpečí“ (Giddens). Sociologie smrti by podle Mellora měla jednak navazovat na sociologickou tradici, zároveň ale také rozšiřovat sociální teorii o nové směřování. Mellor zdůrazňuje, že pokud sociologie smrti do svého teoretického programu neintegruje vedle smrti také život, „stane se jen exotickou akademickou specializací, institucionalizovanou sociologickou subdisciplínou, která díky svému marginálnímu postavení k podstatným sociologickým debatám může nabídnout jen omezené výklad fenoménu smrti. Podle Mellora se naopak sociologie smrti má orientovat na aktuální problémy a skrze smrt se soustředit na vysvětlení tenze mezi absencí smrti ve veřejné sféře a její přítomnosti ve sféře soukromé, čímž by významně přispěla k diskuzím o pozdní modernitě [1993: 28].

Uplynulých přibližně patnáct let od počátků konstituování této sociologické subdisciplíny je zatím poměrně krátkých na nějaké hodnocení. Ve Velké Británii bylo v září 2005 na Univerzitě v Bath založeno „Centrum pro smrt a společnost“ (CDAS – „Centrum for Death and Society“) <sup>11</sup> jako interdisciplinární středisko zabývající se teoretickým studiem i empirickým výzkumem všech sociálních

---

<sup>11</sup> <http://www.bath.ac.uk/cdas/>

aspektu smrti a umírání. Význam tohoto centra je nejen regionální a národní, ale také mezinárodní. Mezi členy tohoto výzkumného střediska patří vedle Glennys Howarthové nebo Tonyho Waltera, také Allan Kellehearová, Une MacConville a další. Z hlediska sociologie smrti a umírání je také důležité pořádání „*International Conference on the Social Context of Death, Dying and Disposal (DDD)*“ mezinárodní konference zabývající se sociálním kontextem smrti a umírání, která se organizuje pravidelně jednou za dva roky.<sup>12</sup>

V této části jsme se pokusily ukázat proudy v sociologii, které předcházely a částečně i vedly k ustavení samostatné „sociologie umírání a smrti“. Všechny zmíněné sociologické subdisciplíny mají společné to, že nemají explicitní oporu v klasické sociologii. Jejich sféry zájmu se částečně prolínají a obohacují. Nyní si vymezíme pojmy smrti a umírání, jak s nimi pracuje medicína. Na pozadí medicínského členění této neodvratné fyzické danosti si ukážeme některé přístupy sociálních věd, jež se v jednotlivých fázích nabízí.

---

<sup>12</sup> V pořadí 8. konference proběhne v září 2007 v Bath.

## 2. Umírání a smrt

Tato práce se soustředí na umírání a smrt, jak je častá v západní společnosti a zemích bohatého severu, kde lidé nejsou sužováni hladomory a různými smrtelnými epidemiemi. Zároveň uvažujeme jen o případech umírání smrti v rámci choroby nebo vysokého věku. Nezabýváme se problematikou sebevražd ani náhlých nebo násilných úmrtí.

Dále je žádoucí ujasnit si pojmy „umírání“ a „smrt“, které rozhodně nelze zaměňovat. Slovo smrt v medicíně odkazuje k časovému okamžiku, k faktu, že došlo ke změně stavu – z žití k nežítí. Jinak nabývá spíše abstraktnějších obsahů a stává se předmětem uměleckého zobrazení. Zatímco pojem umírání představuje různě dlouhý časový úsek před smrtí, která se stala už do značné míry odhadnutelnou a nezvratnou perspektivou. V užším odborném vymezení, jak se objevuje umírání v lékařské terminologii, jej lze vztáhnout k tzv. terminálnímu stavu. „*Ten je definován jako postupné a nezvratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua.*“ [Haškovcová 2004: 435]. Časově se ohraničuje posledními hodinami a dny, řádově však nejvýše týdny.

V rámci širšího nelékařského významu se umírání neredukuje jen na úsek terminální fáze, nýbrž pokrývá časově delší část života. Toto období může být různě dlouhé podle závažnosti choroby a jeho počátek lze umístit do chvíle, kdy je zjištěna další nemožnost na vyléčení či efektivní léčení, které by zvrátilo terminální fázi.<sup>13</sup> Zpočátku se podmínky života nemusí viditelně měnit, přesto už vědomí či tušení neperspektivnosti dalších vyhlídek na vyléčení nutně poznamenává další život [Kübler-Rossová 1993]. Právě zaměření pozornosti sociálních vědců na průběh života od zjištění „smrtné“ diagnózy k terminální fázi je poměrně nedávné. Odlišné nároky jsou touto dříve spíše poněkud zanedbávanou oblastí kladeny na samotnou medicínu. Jistým východiskem je proto vznik tzv. paliativní medicíny a paliativní péče (viz 2.2).

Obecně proces umírání lékaři dělí do následujících tří částí: *pre finem, in finem, post finem.*

---

<sup>13</sup> Tak se alespoň k umírání vztahují sociální vědy jako sociologie, psychologie nebo lékařská etika.

## 2.1 Pre finem

Pro nás je nejdůležitější právě první stádium *pre finem*, protože hlavní problematika této práce je zaměřena převážně na něj. Jedná se o umírání v širším významu, jak jsme naznačili výše. Tzn. od zjištění neléčitelnosti choroby vedoucí k smrti až k terminálním stavu. Tato první fáze obsahuje z hlediska sociologie mnoho významných otázek, z nichž některých se dotkneme. Jako první se nabízí problematika sdělování či nesdělování diagnózy (viz. 1.1), kde se mohou překrývat zájmy hned několika oborů: sociologie, psychologie, práva, medicíny nebo etiky. Se zřetelem k medicíně vystupuje v této oblasti zásadní otázka organizace vztahů v lékařské péči, kde se také uplatňuje sociologie. Jedná se zvláště o charakteristické modely vztahu lékař – pacient. Rozeznáváme model autoritativně paternalistický a profesionálně partnerský<sup>14</sup> [Haškovcová 2002: 61].

Psychologie nachází uplatnění při procesu vyrovnávání se se vzniklou situací, jak pro pacienta, tak pro jeho blízké. Nejčastěji bývá v této souvislosti citována Elisabeth Kübler-Rossová [1993]. Přestože se najdou kritici, kteří zpochybňují výzkum<sup>15</sup> předcházející formulování slavné teorie *The Stage Theory*, dodnes je Kübler-Rossová zřejmě nejznámější postavou sociálních věd spojovanou s problematikou smrti v moderní společnosti.

Kübler-Rossová svou koncepci publikovala v roce 1970 v knize *On Dying and Bereavement*. Na základě pozorování a rozhovorů s umírajícími pacienty dospěla k těmto fázím:

- I. popírání, šok – Jedinec nebo jeho okolí jsou otřeseni zprávou o smrtelné diagnóze. Často zprvu nemohou takové informaci uvěřit. v rámci obranného mechanismu se snaží hledat více či méně racionální argumenty, které by ji vyvrátily. (Např. „To je vyloučené, nikdo v naší rodině touto chorobou

---

<sup>14</sup> Oba modely jsou extrémními případy určité strategie chování lékaře k pacientovi. Pro paternalismus je typický asymetrický vztah, v němž je lékař dominantní. V profesionálně partnerském vztahu je větší odpovědnost na straně pacienta, kterého lékař odborně vede. Paternalistický přístup je označován za tradiční, problematizován byl zejména v 70. a 80. letech. Jedním z výrazných motivů pro korekci absolutního paternalismus byla situací dlouhodobě a chronicky nemocných [Haškovcová 2002: 66]. V praxi se doporučuje nalézt vhodnou kombinaci obou přístupů vždy s ohledem na konkrétního pacienta.

<sup>15</sup> Např.: Podle Mollera (1996) je teorie fází poznamenána předpojatostí Kübler-Rossové, která v ní vyjádřila hlavně svou vlastní představu ideální smrti. in [Kastenbaum 2004: 140].

netrpěl.“ nebo „To není možné, co když se zaměnily výsledky testů jiného pacienta. Já nikdy nekouřil a žil zdravě.“ apod.).

- II. agrese, zlost – Pro reakce člověka v této fázi nachází jeho okolí porozumění obzvláště obtížně. Pacient sice na jedné straně přijal informaci o diagnóze jako nevyhnutelnou skutečnost, na druhé straně to v něm vyvolává otázky a hněv (Např. „Proč právě já?“ nebo: „Já vám říkal, že mám jít na kontrolu, že to není jen tak. Ale vy pořád, že jsem hypochondr. Ale teď už je pozdě a je to vaše vina!“), který obrací na sebe nebo o něco častěji vůči ostatním. V nejhorsím případě je však potlačovaná agrese vůči sobě samému. Ve zlosti může být přímo artikulovaný vztah k onemocnění jako v uvedeném příkladu, ale častěji si hledá průchod nepřímou pod zcela obyčejnými záminkami a zástupnými problémy.

Identifikovat zlost jako jednu z fází, může být značně problematické.

V případě, že je pacient v nemocnici právem nespokojen a chce si stěžovat na pochybení v péči, může si například zdravotní sestra znalá Kübler-Rossově fázi vysvětlovat jeho chování jako „normální“ průběh umírání. Taková zdravotní sestra nepřikládá obsahu pacientových slov žádnou váhu. Jeho chování považuje za přechodné období, kterému je třeba dát prostor k vyjádření, aby se mohl pacient přesunout do další fáze [Walter 2005: 75].

- III. vyjednávání, sliby – Z psychologického hlediska může být tato fáze spojena s pocitem viny a špatného svědomí [Kübler-Rossová 1993: 33]. (Např. „Vím, neměl jsem kouřit. Ale slibuji, že když se z toho dostanu už nevykouřím ani cigaretu a na věnuji část ušetřených peněz na charitu.“) Smlouvání, často s Bohem, může nabývat podoby konkrétních plánů: „*Bože nech mě, prosím, žít jen do synovy promoce za dva roky*“, „*Začnu chodit znovu do kostela, když mě z toho vyléčíš.*“ [Walter 2005: 71].

- IV. deprese – Pokud nejsou předchozí sliby vyslyšeny, může dojít k fázi deprese. Ta se vyznačuje stavy zoufalství, neboť všechny předchozí naděje vkládané do uzdravení se ukázaly jako marné a jedinec ještě silněji čelí pocitům bezvýchodnosti. Trápení nemusí přinášet jen samotný zdravotní stav a

případné fyzické strádání, ale současně také zužování sociálních rolí<sup>16</sup>. Tíživá může být také starost o blízké, kteří zůstanou nezaopátráni.

- V. akceptace, smíření – Poslední fáze, o kterou by se mělo přímo usilovat. [Kübler-Rossová 1993]. A jak Kübler-Rossová prohlašuje, je a měla by být významným úkolem pečujících<sup>17</sup>, právě starost o završení péče o umírajícího přechodem do fáze smíření. „*Pokud my jako příslušníci profese, jejímž posláním je pomáhat, pomůžeme nemocnému a jeho rodině, aby se „vyladila na stejnou strunu“, pochopili navzájem své potřeby a společně dosáhli smíření s nevyhnutelnou realitou, můžeme tak pomoci vyhnout se alespoň zčásti mučivé úzkosti a utrpení, jak umírajícímu, tak rodině, kterou po sobě zanechává.*“ [Kübler-Rossová 1993: 125].

Toto stadium samozřejmě neznamená, že nemocný umírá radostně s úsměvem na rtech a obklopen šťastnou rodinou, jak mohou navodit dojem někteří autoři [Byock 2005, Callananová, Kelleyová 2005]. Jedinec, který dosáhl této fáze neumírá naplněný štěstím, nicméně smířený a klidný. Důležitou roli zde hraje jeho okolí, které, pokud také dosáhlo posledního stadia, může umírajícímu jeho umírání poněkud ulehčit. Jestliže se ale nachází například ve fázi vyjednávání, nutí smířeného umírajícího do dalších beznadějných, nesmyslných a často stresujících léčebných kúr, které mohou být na úkor kvality zbývajících života, za cenu jeho možného prodloužení.

Kübler-Rossová zde pojímá umírání jako jakési fáze osobního růstu, ke kterému dochází jednak skrze zakoušení projevů smrtelné choroby u samotného nemocného, jednak jeho prostřednictvím může těmito fázemi zároveň procházet i pacientovo okolí.

Načrtnuté fáze podle Kübler-Rossové nemusejí v realitě přicházet ve stejném pořadí a nemusí být zakoušeno vždy všech pět. Záleží na individualitě každého jedince, zda a jak dlouho si prožije určité stadium. Vedle toho závisí také na vnějších okolnostech, v jakém sledu bude jedinec ony fáze procházet. Dokonce je možné, že se do některých bude opětovně vracet. V ideálním případě je však tento

<sup>16</sup> Např. zaměstnanec, kolega, soused, matka, atd. (viz. kap.2.1.1)

<sup>17</sup> Tzn. lékařů, zdravotních sester, pečovateli atd.



proces završen fází smíření. Tato fáze může být pro pacienta na jedné straně a jeho blízké a ošetřující na straně druhé do určité míry obohacující, ničím nenahraditelná, nutně transcendingující „lidská“ zkušenost, která představuje „*kulminaci sebe-uvědomování jako lidské bytosti*“ [Walter 2005: 115]. Role ošetřujícího personálu a rodiny pak Kübler-Rossová spatřuje zejména v potřebě být vnímaví k pocitům každého umírajícího v jeho jedinečnosti.

Kübler-Rossově se částečně právem vytýkají formální nedostatky v použité metodologii [Kastenbaum 2004]. Autorka ani neuvádí, v jaké míře dotazovaní respondenti odmítali spolupráci. Naopak svou teorii podporává tvrzením, že většina nemocných a umírajících uvítala možnost hovořit o svém prožívání a blízcím se konci.

Příliš ani neprozrazuje o věkové struktuře pozorovaného vzorku osob, ani o rozložení pohlaví, etnika nebo statusu. Někteří proto namítají (Marschall 1990, Kellehear 1986, Blyth 1981 in [Walter 2005: 72], že vzhledem ke skutečnosti, že většina společnosti dnes umírá až v pokročilejším věku, je starší člověk na smrt o něco lépe připraven. Staří lidé tak prý mohou dosahovat 5. fáze více smíření, aniž by často prošli předchozími etapami a zakoušeli by šok, odmítnutí, zlost, smlouvání nebo depresi.

Kastenbaum [2004] postrádá, že ani po více jak třiceti letech, kdy byla tato teorie představena, se existence oněch pěti fází věrohodně neprokázala. Závěry jsou dodnes široce akceptované, aniž by se někdo zabýval zřejmými limity metodologie, která byla použita k získávání a analýze dat. Podle Kastenbauma bylo chybou, že rozhovory vedla a data z nich získaná interpretovala jedna a táž osoba, tj. psychiatricka Kübler-Rossová, takže interpretaci dat nemohl posoudit jiný kvalifikovaný odborník. Poměrně snadno lze proto Kübler-Rossově vytýkat jistou neobjektivnost [Kastenbaum 2004]. Nadto byl podle Kastenbauma málo zohledněn fakt, že umírající se v přítomnosti psychiatra může chovat a mluvit jinak než před zdravotní sestrou, která o něj pravidelně pečuje, před rodinou nebo přáteli. „*Jinými slovy, cenný, ale omezený zdroj informací o zkušenostech a potřebách umírajících pacientů namísto rozsáhlých, víceúrovňových a vzájemně ověřitelných přístupů*“, shrnuje Kastenbaum svou kritiku použitých metod a technik výzkumu [2004: 140].

S touto výtkou lze do značné míry souhlasit, na druhé straně však Kübler-Rossově zřejmě ani o pevně vymezenou a přísně vědecky podloženou koncepci nešlo, říká totiž, že „*naší snahou by neměla být příprava nějakých „odborníků na míru“, ale to, abychom stávajícímu nemocničnímu personálu pomohli*“ [Kübler-Rossová 1993:19]. Na jiném místě zase odhaluje svůj hlavní záměr, když říká: „*I kdyby tato kniha posloužila jen tomu, aby zvýšila citlivost a vnímavost členů rodiny a nemocničního personálu k oné, implicitní, za slova a gesta skryté straně komunikace s umírajícím pacientem, pak splnila svůj úkol*“ [Kübler-Rossová 1993: 125].

Dále Kastenbaum vytýká schematičnost oněch pěti fází, které podle něho nepostihují široké spektrum dalších možných reakcí umírajících, neboť „*umírající lidé mají mnoho jiných nálad a reakcí a rovněž ty, co zahrnují projevy potřeby kontroly nad tím, co se děje, a potřeby zachování určité kontinuity mezi umírajícími a žijícími* [2004: 139].

Interakce s umírajícím a jeho blízkými bývá zpravidla velmi náročná. Pro pečující personál v nemocnicích je zřejmé, že na nemocného se již nevztahuje téměř žádná účinná možnost pomoci. Sociální interakce vždy poněkud usnadňuje určitá zažitá norma. V institucích jako je nemocnice bývá ulehčením pro personál jistá míra standardizace a rutiny, která redukuje neočekávané a nepředvídatelné situace. Zdá se proto částečně pochopitelné, že v tak obtížných podmínkách, v jakých se nachází ti, co pravidelně přicházejí do kontaktu s těžce nemocnými a umírajícím pacienty, se vítá jakákoli kategorizace či „manuál“, jež by vnesl v jistém smyslu řád a rutinizaci.

Populární teorie Kübler-Rossové je poněkud zjednodušující a v nezamýšleném důsledku částečně vede k určité kategorizaci při zacházení s pacientem [Walter 2005, Clark a Seymourová 2002], protože v jistém ohledu opět nezáměrně podporuje paternalistický přístup k nemocnému. Chybou nesprávné interpretace úvah Kübler-Rossové se upevňuje představa o znalosti potřeb umírajícího bez ohledu na jeho individualitu, což je v přímém rozporu s jejími záměry. V tomto smyslu lze vyloučit i Kastenbaumovu výtku, že Kübler-Rossově teorie ve svém zjednodušení přehlíží jiné významné reakce umírajícího. Přestože totiž její model umírání jako procesu osobního zrání je schematický, Kübler-Rossová zdůrazňuje

význam zvýšené citlivosti vůči každému jedinci a jeho potřebám, tedy implicitně hovoří o nezmíněných reakcích umírajícího, které má na mysli Kastenbaum.

Koncepce Kübler-Rossové se proslavila po celém světě a dodnes je často zmiňována v souvislosti s umírajícími. Je však velkým nepochopením, pokud se její teorie pěti fází stává univerzálním nástrojem, jak zacházet s umírajícími s autoritativním pocitem, že snad lépe než oni rozumíte jejich situaci. I když tato teorie může k takové interpretaci poměrně lehce svádět, je třeba zdůraznit, že záměry Kübler-Rossové byly zcela jiné. Kübler-Rossová totiž naopak upozorňovala na nutnost „*vyladění se s umírajícím*“ [Kübler-Rossová 1970: 125], jinými slovy zdůrazňovala individuální přístup, umožňující větší míru vcítění a komunikaci člověka s člověkem. Přestože tato koncepce obsahuje metodologická pochybení a může se, často spíše chybnou interpretací, jevit jako zjednodušení, ve své době s přesahem do současnosti znamenala jistý obrat zájmu o situaci umírajících.

Autoři jiných kategorizací situace umírajících již nedosáhli takového širokého věhlasu jako Kübler-Rossová, která se pro mnohé stala symbolem boje za zlepšení podmínek institucionálního umírání. Je otázkou, co bylo příčinou, zda relativně novátorský přístup oproštěný od striktních metodologických postupů, publikovaný formou všeobecně srozumitelných rozhovorů na pozadí drobných příběhů či to, že byla ženou, čímž na sebe strhla větší míru pozornosti. V 60. letech však rozhodně nebyla jediná, kdo se tímto tématem zabýval.

Již zmiňovaní sociologové Glaser a Strauss (1968) ještě před Kübler-Rossovou zveřejnili studii, která se dotýká rozšířené formy umírání v nemocnicích. Narozdíl od psychologické studie niterných pocitů umírajícího, jak ji uvedla Kübler-Rossová, se soustředili na faktory vnějšího prostředí a na jejich vliv na sociální status pacienta. Výsledky svých pozorování zobecnili do tzv. „trajektorie umírání“, kterou podle nich každý umírající v nemocnici prochází od sdělení smrtelné diagnózy do chvíle, kdy se personál nemocnice stará o mrtvé tělo. Podle autorů této teorie umírající postupně prochází sedmi kritickými body, které jsou dány organizací nemocnice a současně vycházejí z očekávání a reakcí zdravotnického personálu. Zaměstnanci nemocnice, kteří jsou odpovědní za pacienta, musí zároveň brát v úvahu organizační předpisy, strukturu nemocnice, administrativní povinnosti atd. I pro pobyt umírajícího s určitou chorobou existují jisté standardy a

na základě nich pak lékaři a sestry k pacientovi přistupují, popř. zjišťují nakolik se postup odlišuje od „normálního průběhu“. Glaser a Straus rozlišují sedm kritických bodů, v rámci nichž probíhá trajektorie umírání v nemocnici [Bártlová 2005].

- I) Moment, kdy je pacient označen za umírajícího – zde vstupuje problematika sdělování diagnózy, které jsme se již věnovali. Ať již dotyčný jedinec o svém stavu zpraven či nikoli, „*dochází k dramatické ztrátě sociálního statusu, protože označení „umírající“ znamená postupnou změnu v osobu, pro niž neexistuje žádná naděje ani budoucnost*“ [Bártlová 2005: 67].
- II) Rodina a blízké okolí se začíná psychicky i prakticky připravovat na eventualitu smrti. Pokud je umírající informován v plné míře o svém zdravotním stavu, může se také emocionálně připravovat na svůj blížící se nevyhnutelný odchod ze života, případně ještě vyřídit nějaké prakticky záležitosti týkající se jeho blízkých apod.
- III) Třetí kritický bod charakterizuje situace jisté rozpačitosti. Došlo se do fáze, „kdy se již nedá nic dělat“. Rodina a přátelé tápou ve snaze umírajícího nějak utěšit nebo „zabavit“. Praktické a emocionální přípravy se zvolňují. Ošetřující personál se spíše vyhýbá přímým kontaktům s pacientem pro obtížnost komunikace. Depersonalizace pacienta může být viditelnější [Bártlová 2005: 68], v některých případech proto lze hovořit o situaci, kdy jedinec sociálně umírá (viz 2.1.1), ještě před strmým nárůstem fyzických obtíží způsobeným samotným procesem umírání.
- IV) Čtvrtý kritický bod charakterizuje právě prudké zhoršení stavu a může trvat několik hodin i dní. Glaser se Strausem, kteří popisují situaci koncem 60. let v USA, v této fázi trajektorie umírání hovoří o výrazných změnách v postupech činností na nemocničním oddělení. Mimo jiné se prodlužuje návštěvní doba, protože za pacientem chodí více příbuzných a přátel. Pacient může být přemístěn na samostatný pokoj atd.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> V českém prostředí se tato situace ještě dnes diametrálně odlišuje a blízké rodině zpravidla není v nemocnicích umožněno být s umírajícím po celou dobu mimo návštěvní hodiny.

- V) V rámci pátého kritického bodu, který se dotýká jen skutečně posledních hodin, se mohou provádět různé náboženské obřady, např. poslední pomazání.
- VI) V šestém kritickém bodě se čeká na smrt. „*Zde partner nebo jiný blízký příbuzný může zůstat s umírajícím člověkem ve dne i v noci, nebo lze přidělit sestru, aby pacientovi poskytovala individuální péči a společnost*“ [Bártlová 2005: 68].
- VII) Sedmým kritickým bodem je samotný skon a organizační procedury s tím spojené v rámci přehodnocení osoby pacienta na zemřelého. Tzn.: lékařská potvrzení, převoz těla, omytí těla, kompletace zdravotnické dokumentace apod.

V těchto bodech se v nemocnici, podle Glasera a Strausse, připravuje trajektorie umírání. Problémy nastávají v případech, kdy se očekávaná trajektorie neuskuteční podle plánu. Trajektorie může být strmější, což znamená rychlejší průběh. Ve svém důsledku může tato varianta způsobit silnější emocionální dopad na pozůstalé. Pokud jsou naopak intervaly mezi posledními kritickými body nad očekávání pozvolnější mohou narušit organizační plány personálu daného nemocničního oddělení. Jedním z přínosů tohoto výzkumu bylo popsání hlavních rysů institucionální péče o umírající, jež může být často doprovázena postupným zbavováním individuality nemocného.

### 2.1.1 Sociální smrt

Jiným pro sociologii významným tématem je v rámci stadia *pre finem* bezesporu fenomén sociální smrti. Začal se používat pro označení stavu terminálně nemocných pacientů v komatu. V nejširším vymezení však rozumíme pod pojmem sociální smrti zužování sociálních interakcí, vazeb a rolí z důvodu jisté stigmatizující situace, kterou přinášejí zjevné i méně zjevné znaky nevyléčitelné nemoci. Jedinec vyvázaný ze svého důvěrně známého prostředí, může být postupně redukován hlavně na roli pacienta, popř. diagnózy. Ona zmíněná „vyvázanost“ se nemusí dotýkat jen přímé hospitalizace a pobytu v nemocnici, nýbrž se častěji projevuje již dříve právě řídnutím společenských kontaktů. Jak

říká Elias: „*Již nemoc často vyřadí stárnoucího člověka ze společnosti živých. Jeho tělesný úpadek jej izoluje: Schopnost kontaktu a citové valence slábnou, ale potřeba společenství s ostatními lidmi nevyhasíná.*“ [Elias 1998: 7]. Vědomí těžké nemoci či blížící se smrti lze chápat jako v jistém smyslu absolutní stigma, o kterém se obvykle nemluví, což ještě zhoršuje vzájemné interakce v případě, že se stává hlavním záměrem komunikace tuto situaci příliš zjevně ignorovat či zlehčovat. Udržovat ji v povrchní rovině zdvořilostních frází, neboť „*jazyková zásoba pro takové situace je poměrně omezená. Trapné pocity zabraňují živým promluvit.*“ [Elias 1998: 24]. V důsledku toho dochází k situaci, kterou Elias označil jako „osamělost umírajících“ [Elias 1998]. Sociálně tak umírají ještě před svou fyzickou (biologickou) smrtí. Elias nepoužívá přímo výraz sociální smrt, i když implicitně si jsou oba pojmy významově velmi blízké. Obtíže v interakcích mezi umírajícím a jeho blízkými a známými uvádí na pozadí své civilizační teorie, neboť „*to, co zde vystupuje na světlo, je jen částečný problém, jeden určitý aspekt všeobecné civilizační problematiky našeho vývoje.*“ [Elias 1998: 25]. Všeobecně je dnes nesnadné pro většinu z nás „*vyjádřit bez ztráty sebekontroly silnou emociální spoluúčast*“ [Elias 1998: 24]. Práci Kübler-Rossově vedla právě mnohem spíše snaha překročit tyto nesnáze než starost o výsledky výzkumu, jež by striktně odrážely realitu. Kübler-Rossová si, stejně jako někteří další (Sudnow 1967, Roth 1963, atd.), uvědomila fakt, že jedinou dnes existující společenskou formu umírání poskytuje rutina nemocnice, která ještě více umocňuje sociální umírání čili „osamělost umírajících“ [Elias 1998].

Na druhé straně i pečující rodina může být skrze těžce nemocného blízkého zprostředkovaně poznamenána v menší míře jakousi dočasnou „sociální smrtí“ a získat tzv. „propůjčené stigma“ [Goffmann 2003]. „Propůjčené stigma“ se může projevat tím, že se jim vyhýbají jejich přátelé a známí z obavy, že nebudou správně reagovat a vědět, jak a o čem hovořit, zda vyjádřit porozumění apod. (viz 2.3). O sociální smrti pozůstalých lze uvažovat také v určitých historických souvislostech. S přihlédnutím k postavení žen před úspěchy emancipačních hnutí, kdy se společenský status ženy často vyvozoval ze sociálního statusu manžela, v jistém ohledu sociálně umírají vdovy, které přestávají být pro mnohé hodny pozornosti. Naproti tomu ovdovělý muž jako nezávislý jedinec nebyl smrtí partnerky sociálně nijak postižen a dokonce ani obecné mravy mu neukládaly tolik

omezení při držení smutku jako ženě [Hell 2001]. Mulkay se zabývá tím, jak konvence panující Viktoriánské Anglii ovlivňovaly sociální život zejména ženám. Veškeré břímě truchlení za člena rodiny, která patřila do střední třídy, nesly totiž výhradně ženy. Truchlení vdov vyžadovalo zvláštní módu, která jednak vyjadřovala smutek své nositelky, jednak její jistou odtažitost od okolního světa. Tyto ženy byly po čas smutku povinovány dobrovolně přijmout jisté vyloučení z běžných sociálních aktivit. Podle Mulkaye jejich reakce na smrt v blízké rodině představovala jakousi formu náhradní smrti jich samých [Mulkay 1991:39], což lze chápat také jako sociální smrt.

S problematiky sociální smrti souvisí jeden ze sociologických výzkum z 60. let. Sudnow (1967) na základě sledování interakce probíhající mezi lékaři a pečujícím personálem veřejných nemocnic v USA dospěl k závěru, že i ve smrti do jisté míry fungují mechanismy sociální nerovnosti. Zjistil, že lékaři neuplatňují oživovací strategie u všech podobně postižených pacientů stejně, ale provádějí určitý výběr. Lidé z nejnižších sociálních vrstev, u nichž se dalo předpokládat, že jsou například drogově závislí, alkoholici, bezdomovci nebo prostitutky, byli za mrtvé prohlášeni dříve, zatímco těm, co byli považováni za bohaté, mladé, s domnělou vyšší sociální prestiží, bylo podle Sudnowa věnována nesrovnatelně více úsilí při oživování. Sudnow tedy naznačuje, že někteří pacienti umírají sociálně, jsou za mrtvé prohlášeni, když ještě mohou vykazovat zjevné známky života [Bartlová 2005: 70].

Třicet let po Sudnowi byl výzkum proveden znovu. Podle Timmermanse (1998) se mnoho změnilo na úrovni administrativy a v množství metodických postupů. Uplatňovaná praxe se ale příliš nezměnila. Jen se formálně zlegalizovaly postupy zdravotnického personálu [Bartlová 2005: 70].

Převládající vztahy sociální smrti k biologické smrti mohou být klíčové v analýzách různých společností [Walter 2005]. Zpravidla může docházet ke třem situacím. V moderní společnosti sociální smrt spíše předchází fyzickou, vzhledem k charakteru nejčastějších onemocnění, která bývají také vzhledem k možnostem medicíny dlouhá a chronická. Naproti tomu v tradiční společnosti se mnohem častěji sociální smrt ztotožňovala se smrtí fyzickou [Walter 2005]. V některých kulturách se lze setkat i s třetí variantou, která ovšem není příliš častá, totiž s přesvědčením, že sociálně člověk umírá až nějakou dobu poté, co zemře jeho

fyzické tělo. „Věří se, že jedinec pokračuje v nějaké jiné formě ještě dlouho po fyzické smrti, snad dokonce věčně.“ [Walter 2005: 117].

Zemřelý subjektivně přežívá ve vzpomínkách těch, co ho znali za života. Náboženská víra poskytuje různé výklady, jež podporují možnost existence v nějaké jiné formě. Autor pozitivistického náboženství, Auguste Comte (1851), roli mrtvých do společenské reality také zařadil, ale jinak než je tomu v tradičních náboženstvích. V jeho koncepci zemřelí naplňují pro společnost poměrně významnou funkci, kterou lze těžko chápat jen jako další z variant vysvětlení toho, co přichází po smrti. V Comtově ideální společnosti mrtví sehrávají relativně aktivní roli, „mrtví řídí živé“ (Comte in [Keller 2004: 82]). V rámci svého pozitivistického náboženství totiž Comte vypracoval ideu Nejvyšší bytosti, která nepředstavuje žádného nadpozemského boha, nýbrž souhrn všech lidských bytostí, co kdy žili, žijí nebo se teprve narodí. Z toho logicky vyplývá, že tuto Nejvyšší bytost stále více tvoří už mrtví a na druhé straně žijící a ještě nenarození jsou v menšině [Keller 2004: 82]. Tato Nejvyšší bytost tedy integruje všechny jedince ve společnosti. Zároveň je zavazuje jednak ctít předchozí dosažené výsledky vědění předků, jednak je dále obohacovat pro ještě nenarozené lidstvo. Silná kontinuita s již „nežijící částí společnosti“ je pro Comta velmi důležitá. Tuto vazbu k mrtvým dále rozvíjí prostřednictvím veřejných rituálů a oslav,<sup>19</sup> jež také významnou měrou upevňují stabilitu, identitu a integritu společnosti.

Podle Comta člověk za svůj život prochází několika významnými přechody, kterým jsou v pozitivistickém náboženství zasvěceny určité rituály. Comtovou společností oslavovanými přechody jsou například narození, manželství, volba povolání nebo rodičovství. Změnou stavu mezi objektivní k subjektivní existenci je smrt, kterou ovšem výčet životních přechodů nekončí. K poslednímu a nejvýznamnějšímu rituálu dochází až sedm let po fyzické smrti jedince. Z hlediska vztahu sociální a fyzické smrti je nejdůležitější. Lidé jsou celý život vychováni k tomu, aby se připravovali na tuto poslední ceremonii. Dochází k ní sice až po fyzické smrti, ale život skrze ni de facto vyvrcholí. Soudí se zde, zda se svými skutky člověk zasloužil, aby se stal součástí Nejvyšší bytosti [Mill 2000: 152]. Nabízí se sice jistá paralela k svatořečení, v Comtově společnosti jsou ale takto posuzováni všichni zemřelí bez výjimky. Fáze sedmi let od fyzické smrti se

<sup>19</sup> Celkem 84 slavností během jednoho roku [Mill 2000: 152].



pokládá za součást života každého jedince, proto je lze považovat za sociálně živé. A výše popsaný případ jako ilustraci jinak méně obvyklé situace, kdy fyzická smrt předchází sociální.

V užším vymezení se sociální smrt může stát pro některé argumentem pro eutanázii [Seale 1998: 184] (viz 2.2). Jedná se o případy těžce postižených, nekomunikujících pacientů nacházejících se často ve vegetativním stavu. Bolest nemocných a umírajících se dnes do značné míry stala kontrolovatelnou a odstranitelnou, přestože bývá zmiňována jako hlavní důvod pro legalizaci eutanázie. Ve skutečnosti jde spíše o problém vztahu biologické a sociální smrti. Vzhledem k možnostem moderní medicíny lze biologicky život zachránit a prodlužovat v případech, kde to dříve nebylo představitelné, což nově přináší jisté etické problémy.

Významnou oblastí otázek spadající ještě do první fáze smrti *pre finem* je sféra těla, tělesnosti a fyzického vzhledu. Problémy související s vyrovnáváním se s tělesnými změnami se částečně dotýkají Goffmanovy koncepce stigmatu, jak jsme o něm hovořili již ve spojitosti s tématem sociální smrti. Blíže se však těmto otázkám budeme věnovat později (viz kap. 4.) v souvislosti s problematikou osobní identity a klesající míry kontroly nad vlastním tělem.

## 2.2 In finem

Po fázi *pre finem* následuje druhá fáze *in finem*, která zahrnuje terminální fázi a okamžik smrti. Ze všech tří fází je nejkratší, protože se týká posledních, nejvypjatějších finálních hodin, nanejvýše dnů. Zde se nejpalčivěji objevuje otázka místa a způsobu vlastního umírání. S tím se pojí problémy, jaké představuje ritualizace umírání, institucionální umírání, domácí umírání, hospicové téma [Walter 2005, Clark a Seymourová 2002].

V rámci *in finem* lze také diskutovat o problematice tzv. důstojné smrti, zahrnující v sobě dnes mnoho sporných etických otázek, na něž neexistuje jednoznačná odpověď. Společnost není v názorech na formu důstojné smrti jednomyslná, ale dělí se do dvou velkých skupin. Jednak jde o zastánce eutanázie, která patří k jedněm z nejvíce kontroverzních témat a současně je asi nejčastěji

zmiňovaným problémem v souvislosti se smrtí a umíráním. Druhou názorovou skupinu tvoří pak ti, co se od eutanázie naopak distancují a požadují koncept tzv. „dobré smrti“ v rámci paliativní medicíny (viz níže).

V první řadě je však nutné vyloučit některé chybné závěry, k nimž může nezhřídka docházet. Eutanázie se totiž často chápe jako dobrá smrt, která z procesu umírání odstraňuje nedůstojnost, bolest a utrpení. Skutečnost, že současně do aktu smrti vnáší subjektivní rozhodování jedince, není samozřejmá ani automatická.<sup>20</sup> V dalším textu neztotožňujeme „dobrou smrt“ s eutanazií.

Kellehearová (1990) zdůrazňuje, že pojem „dobrá smrt“ nemá etymologicky původ ve slově „Eu Thanatos“, nýbrž v řeckém „Kalos Thanatos“. Tento etymologický rozbor je podle Kellehearové důležitý sociologicky [in Clark, Seymourová 2002: 88].

Zatímco význam termínu „Eu Thanatos“ odkazuje k bezbolestné, lehké smrti, výraz „Kalos Thanatos“ se připisují rozmanitější charakteristiky. Jedná se o krásnou, ideální, příkladnou smrt. Příkladnou ve smyslu sociálně a kulturně připisovaných obsahů, neboť „dobrá smrt ve smyslu „Kalos Thanatos“ je současně také souborem kulturně uznávaného a předepsaného chování“, které se podílí na „konstruování“ smysluplnosti smrti. [in Clark, Seymour 2002: 89].

Ariès [2000] charakterizoval smrt v tradiční společnosti jako „zkrocenou“. Tato forma zároveň představuje kulturně a sociálně příkladnou „dobrou smrt“ tohoto období. Zkrocenost odkazuje k faktu jisté míry kontroly jedince nad svou smrtí ve smyslu možné přípravy, kterou na jedné straně mohou zahrnovat řešení praktických záležitostí jako je závěť, na druhé straně tato příprava může spočívat i v možnosti být při umírání doprovázen knězem. Protože se v tradiční společnosti umíralo často náhle a rychle, ne vždy byly tyto podmínky splněny. A tak ne vždy mohla být naplněna představa dobré smrti ve smyslu „Kalos Thanatos“, nicméně byla tato idea všeobecně rozšířená a známá.

---

<sup>20</sup> Eutanázií lze dělit na několik možných druhů podle způsobů provedení a míry vědomí o ní. Může být a) *dobrovolná vyžádaná* (všechny zásahy či opomenutí jiných, které záměrně končí život jedince na jeho předchozí žádost) nebo b) *dobrovolná nevyžádaná* (nemocný o ni požádal, ale nebyl schopen se sám vyjádřit; c) *nedobrovolná* (zkrácení či urychlení některých stádií ve snaze ukončit život jedince, který o to nepožádal) Podle způsobu provedení může být jednak *aktivní* (tzv. „strategie přeplněné stříkačky“), jednak *pasivní* (tzv. strategie odkloněné stříkačky“) [Bártlová 2005: 75-76].

V moderní západní společnosti se naproti tomu význam „dobré smrti“ ve smyslu „Kalos Thanatos“ postupně vytratil. Silnou měrou k tomu přispěla obecná sekularizace. Nicméně příčin lze vysledovat více, protože interpretační rámec náboženství není jediný, který konstruuje smysluplnost smrti. V jádru „dobré smrti“ (ve významu „Kalos Thanatos“) se nachází nějaké společné, vše prostupující téma, které se může proměňovat kulturně i sociálně. Dnes se smysl „dobré smrti“ zúžil na požadavek bezbolestné, pokud možno rychlé a nevědomé smrti. Absence širšího smyslu je předmětem všeobecné kritiky. Bradbury (1999) k tomu dodává, že posun v pojetí „dobré smrti“ nastal během 18. a 19. století, kdy s pokrokem moderní medicíny pomalu slábnou strach o duši a naopak sílí obava o zachování přirozenosti smrti jako biologické danosti [in Howarth 2007: 135].

Konkrétní forma socio-kulturního ideálu „dobré smrti“ dnes do značné míry chybí. Častěji se zmiňuje její negace, kterou zosobňuje smrt v nemocnici (*hospitalized death*). Mnohé o představě „dobré smrti“ lze proto implicitně vyčíst z charakteristiky této „instiucionalizované smrti“. Smrt v nemocnici vystihuje *„ztráta individuální volby, strach, izolace od rodiny, přátel i odborných pečovateli, nedostatek vědomí o umírání a prodlužování dráhy umírání.“* [Clark a Seymourová 2002: 89]. Nabízí se tedy otázka, nakolik je možné se v dnešních podmínkách vyhnout situacím, které proces umírání ztěžují, a vrátit se k ideji „dobré smrti“.

Jistým východiskem může být uplatňování již zmíněné paliativní medicíny a péče. Její zařazení do zdravotnického systému bylo postupné a v různých zemích se liší. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1990 je paliativní péče:

- potvrzením života a uznáním umírání jako přirozeného procesu
- neurychlování ani neprodužování smrti
- nabízí úlevu od bolesti a jiných úzkostných symptomů
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienta
- nabízí podpůrný systém pomoci rodiny vyrovnat se s nemocí pacienta a vlastní bolestnou ztrátou

Jinými slovy je paliativní péče aktivní celostní péčí o nemocného, když selhávají prostředky kurativní medicíny a nemoc již na léčbu nereaguje. V případě pokračování v léčbě, hrozí neúměrné prodlužování života na úkor jeho kvality,

s čímž se současně vytrácí „přirozené umírání“ ve prospěch umělého umírání s přístroji. Tvrzením, že není urychlováním smrti, se paliativní medicína zároveň distancuje od jakékoli formy eutanázie. Odstraňováním bolesti a úzkostných stavů se zaměřuje na rozměr kvality života umírajícího. Pokouší se pečovat o pacienta celostně, jako o člověka, nikoli jako o diagnózu nebo nemocný orgán, a uspokojovat také jeho psychosociální a spirituální potřeby. Zároveň do své péče začleňuje rodinu, a to jednak jako prvek v rámci multidisciplinárního týmu pečujících, jednak jako subjekt, na něhož je péče mířená v obtížném období umírání blízkého, ale také v pomoci při vyrovnávání se se ztrátou.

O uplatňování paliativní péče o umírající se velkou měrou zasloužilo hospicové hnutí v čele se svou zakladatelkou Cicely Saundersovou. Saundersová stála u zrodu myšlenky, že umírající mají kromě fyzických potřeb, ještě potřeby psychologické, sociální a v neposlední řadě také spirituální. Sama prošla profesí sociální pracovníce, zdravotní sestry a lékařky, takže když svou ideu multidisciplinárních týmů prosadila do praxe, byla si vědoma většiny úskalí, kterým mohou členové těchto týmů čelit. Saundersová se zviditelnila zejména realizací prvního moderního<sup>21</sup> hospice na světě, což bylo v roce 1967 v Londýně. Před relativně krátkou dobou 40 let, které od otevření hospice „St. Christopher“ uplynuly, byly pojmy jako hospicové hnutí nebo paliativní medicína ještě zcela neznámé. Nicméně projekt, jenž Saundersová prosazovala se založením speciální instituce pro zvláštní potřeby umírajících, zcela ony pojmy naplňoval a se zřízením prvního hospice také praktikoval.

Pod pojmem hospice proto nelze chápat jen místo ve smyslu budovy, ale také filosofii péče směřující k dosažení „dobré smrti“. Tuto filosofii kromě praktikování paliativní péče charakterizuje speciální organizace práce, kterou lze shrnout do několika následujících bodů: holistická péče, interdisciplinární týmy, nezaložené na hierarchii, bez pevně vázaných rolí [Howarth 2007]. Je zde patrný pokus vymezit se od organizace nemocnice. Howarthová přičítá tyto tendence, které se objevují od 70. let zejména v USA, trendům deinstitucionalizace a demedicinalizace. V praxi tyto změny znamenaly snahu poskytnout nemocným nebo umírajícím, ale také lidem s mentálním nebo fyzickým postižením,

---

<sup>21</sup> Instituce „hospice“ je totiž známá už ve středověku. Tehdy ovšem sloužila jiným účelům, a totiž jako nemocnice pro chudé.

přestárlym a dalším vlídné prostředí, které se ve způsobu organizace co možná nejvíce podobá rodinnému nebo komunitnímu společenství, není-li možné zabezpečit adekvátní péči přímo v domácím prostředí nemocného nebo umírajícího. Původní idea hospicového hnutí spočívala právě v založení formy jakési rozšířené rodiny, která by se mohla postarat o potřeby, jak umírajícího, tak jeho rodiny. (DuBois 1980 in [Howarthová 2007: 140])

Posléze se tato idea rozšířila do dalších zemí.<sup>22</sup>

### 2.3 Post finem

Poslední, třetí fáze *post finem* se již tolik nedotýká zdravotníků, mimo zacházení s tělem zemřelého. Problematiku této fáze lze rozdělit do dvou hlavních okruhů otázek. První oblast se týká právě péče o mrtvé tělo, jeho případnou pitvu, převozy z márnice do pohřebních ústavů apod. Jedná se o tabuizovaná a úzce profesionalizovaná prostředí, zahalená pro širokou společnost možná jistou tajemností či, pokud jde o pohřební úkony i děsivou posvátností. Každopádně se kontakt s mrtvým tělem úzkostlivě vyhrazuje jen „týmu“ (Goffman) profesionálů, jenž při plnění svých úkolů udržují „*ten výklad situace, který se snaží navodit svým představením. Skutečnosti, jež mohou dojem vyvolaný výkonem týmu zdiskreditovat, představují zdroj „destruktivních informací“, které se obecnstvo nesmí dozvědět*“ [Šubrt 2001: 75]. „Destrutivní informací“ (Goffman) v tomto případě může být přímý kontakt s tělem mrtvého se všemi případnými přirozenými průvodními jevy, jakými je zápach, „ošklivost“, strnulost atd. Moderní společnost se snaží od tohoto druhu poznání chránit, někdy i proti vůli zúčastněných, jak dokládá Rajčanová [1998]: „*Zemře-li člověk v nemocnici, nebo je-li odvezen po smrti na soudní patologii, je oblékáním zemřelého pověřen výhradně pitevní*

---

<sup>22</sup> (Kastenbaum (1997) vysvětluje některé z příčin poměrně rychlého rozšiřování hospicové ideje na situaci v USA. Zatímco v roce 1973 v USA neexistoval žádný hospicový program, na konci 90. let lze hospicových zařízení napočítat více než 2000. Tak prudký rozvoj se přičítá dvěma významným změnám. Jednu z nich představuje od 70. let patrný růst formy konzumerismus zaměřující se na vše přírodní, přirozené, naturální. Od znovuoobjevení zdravých potravin, životního stylu oslavujícího „přirozenost“, zdravotní péči, došel tento trend až k umírání. Druhým důležitým vlivem byl podle Kastenbauma rostoucí zájem o thanatologická témata, který je možné vysledovat nejen mezi akademiky a odborníky ale také u široké veřejnosti (Kastenbaum 1997 in [Clark a Seymourová 2002: 76]).

*laborant/sanitář nebo pracovníci pohřební služby. Pozůstalým je v takovém případě tato možnost bezvýhradně odepřena.“*

Rajčanová [1998] se ve své diplomové práci s názvem *Sociální život mrtvol: Jednání a identity zemřelého na cestě k pohřbení*. zamýšlí nad sociální identitou mrtvého těla, která se podle ní střídavě proměňuje v závislosti na prostředích, v nichž se zrovna pohybuje, resp. je jím pohybováno tak, aby se dodržely potřebné zákonné normy. Zatímco v nemocnici si zdravotní sestry mohou v mrtvém těle upamatovat identitu zemřelého, pro zaměstnance pitevny jde o nahé tělo zbavené všech osobních věcí, což umožňuje „suspendovat určité sociální identity zemřelého, dočasně jej od nich odloučit a nahradit je identitami novými. Protože ani nahota není bez výrazu“ [Rajčanová 1998]. V pohřebním ústavu se opět jistá intimita těla vrací a původní identita mrtvého pak stojí v centru samotného pohřebního obřadu [Rajčanová 1998].

Druhá oblast otázek fáze *post finem* se zaměřuje na truchlení a vyrovnávání se pozůstalých se smrtí blízké osoby. Podle Kubíčkové [2001] je tato problematika u nás spíše zanedbávaná. Množství publikací věnující se otázkám smrti sice narůstá, zvláště v souvislosti se vznikem multidisciplinárního oboru thanatologie, nicméně se spíše věnují fázím *pre finem* a *in finem* na úkor poslední fáze *post finem* [Kubíčková 2001:11]. Kubíčková problematizuje tuto absenci právě v době, kdy nejsou, kromě samotného pohřbu, zažité žádné sociální rituály truchlení a lidé si příliš neví rady v situacích, kdy mají pozůstalým vyjádřit svou podporu [Elias 1998]. Zároveň, jak tvrdí Elias, ty zbývající rituály, které se ještě praktikují, „jsou z valné části citově vyprázdněné, tradičním světským formulacím chybí přesvědčivost. Nejrůznější tabu zakazují silné projevy prudkých citů, přestože tyto city existují.“ [Elias 1998: 28]. Funkce, kterou rituály hlavně plnily a co tedy dnes spíše chybí, spočívá v jakémsi řádu, jenž určuje místo, čas a způsob, jak truchlit, což mnohým pozůstalým značně ulehčovalo situaci [Kubíčková 2001]. Smutek měl charakter specifického období, zatímco dnes jsou patrné spíše tendence být co nejdříve schopni plnit své společenské role „jako by se nic nestalo“. Jedinci vyrovnávající se ztrátou blízkého člověka často nemohou svůj smutek ventilovat ani v širší rodině. Pokud je zármutek přesto tíží jsou svým okolím odkazováni na zdravotnické instituce. Gorer (1987) se domnívá, že absence vhodných sociálních rituálů stojí za nárůstem patologických reakcí na smrt blízkého člověka [in

Kubíčková 2001: 111]. Nabízí se témata stigmatizace pozůstalých, kteří bývají ve svém zármutku opuštění a v obavě nad způsobem komunikace bývají „přehlíženi“ i svými blízkými přáteli (viz sociální smrt). Zároveň se objevuje téma normality a deviace. Hranice, kdy je vlastní zármutek nad ztrátou prožíván „ještě normálně“, odkazuje k problematice medicinalizace (Illich 1976 [2002]). Jakkoli se může zdát, že je tato problematika především psychologická, sociologické studie se zármutku věnují již od 50. let 20. století (např.: Marris 1956, Gorer 1965).

Gorer (1987) přispěl k tématice také rozlišením tří typů truchlících. Prvními jsou ti, co svůj zármutek skrývají a popírají. Jejich chování je ale sociálně naučené a vyplývá z tlaku, jenž na ně vyvíjí jejich okolí. Pod tímto vlivem svůj smutek potlačují.

Pod druhý typ zahrnuje Gorer pozůstalé, kteří sami považují truchlení za svou soukromou záležitost. Podle Gorera je tento typ sociálně nepříjemnější, protože truchlící dají průchod svým emocím v soukromí, aniž by kohokoli na veřejnosti uváděli do rozpaků.

Poslední typ představují jedinci, kteří svůj zármutek ventilují kdekoli a kdykoli, což může jejich okolí rušit a budit obavy [in Kubíčková 2001: 111].

Na problém, jak se pozůstalí vypořádávají se ztrátou blízkého, se aplikuje také známá teorie pěti fází Kubler-Rossové. V tomto pojetí se zármutek chápe jako proces, ve kterém pozůstalí prochází od fáze šoku popořadě či střídavě dalšími fázemi s různou intenzitou, přičemž je žádoucí trvale dosáhnout páté fáze „akceptace, smíření“.

V rámci sociologii umírání a smrti se problematika truchlení a zármutku stala významným tématem [Walter 1994, Seale 1998, Howarthová 2007]. Kromě probíraných otázek spadajících do fáze *post finem* zájem směřuje také k problematice profesionalizace a komercializace pohřebních rituálů nebo k „svépomocným“ poradenským skupinám, které sdružují jedince s podobnými osudy. Ti si, často za přítomnosti terapeuta, vzájemně poskytují podporu.

V dalším textu se více soustředíme na předchozí dvě fáze smrti: *pre finem* a *in finem*.

### 3. Smrt v kontextu koncepce Tonyho Walterova

Jak již bylo uvedeno, časté kritiky současné situace umírajících odsuzují moderní společnost za to, že se nedokáže lépe vyrovnat s umíráním. Lidé stále nejčastěji umírají v neosobním prostředí a osaměle, zatímco dříve umírali nevytrženi ze svých sociálních vazeb a pravděpodobně i více smíření se smrtí [Ariès 2000, Elias 1998, Haškovcová 2002]. Podobně jako se o smrti mluví jako o „skryté“ (Blauner 1966 in [Přidalová 1998]), určitou míru skrývání podle Sontagové [1997] vykazují také některé závažné nemoci. Sontagová uvažuje o socio-kulturních významech určitých chorob. Tak jako se mění společnost, mění se i tyto významy, které Sontagová označuje výrazem metafora. Sontagová říká: *„oč obtížnějším se ve vyspělé průmyslové společnosti stalo vyrovnat se se smrtí. Protože se smrt stala urážlivě nesmyslnou událostí, je choroba, která je všeobecně považována za synonymum smrti, vnímána jako něco, co je třeba skrývat. Snahou jednoznačně nesdělit nemocným rakovinnou povahu jejich choroby vychází z přesvědčení, že je lepší, aby byli umírající ušetřeni poznámek, že umírají; že dobrá smrt je náhlá a vůbec nejlepší v bezvědomí či ve spánku.“* [1997: 13-14].

Smrt jako socio-kulturní fenomén není neměnná. Je proto třeba interpretovat ji vždy v daném kulturním a sociálním rámci. Umírání se může v jednotlivých společnostech odlišovat nejen v příčinách, ale také jiným obranným mechanismem společnosti, různým uvažováním o smrti a v neposlední řadě také odlišným strachem ze smrti. V rámci dané kultury a společnosti lze vytvořit jakési typy převažujícího způsobu umírání a zároveň i jakéhosi panujícího ideálu, které zpětně umožní teoreticky a později i prakticky reflektovat skutečnost.

Vedle toho ale umírání každého jedince je jedinečné, „každý „umírá svou smrtí““ (Haškovcová in [Vorlíček 2004: 435]), proto všechny zmiňované typy smrti představují vždy jen tendence k určitým modelům, které slouží více jako heuristický nástroj dalších analýz a hypotéz, než jako odraz skutečnosti [Walter 2005: 47, Clark, Seymour 2002: 12].



### 3.1 Revivalismus

Debaty o umírání v podmínkách moderní společnosti se vedou ve dvou hlavních směrech. První představují ti, podle kterých jsou otázky umírání a smrti tabuizované (Ariès [2000], Gorer 1955, Kübler-Rossová [1993] nebo Elias [1998]). Druhý směr reprezentují ti, kteří naopak s ideou tabuizace smrti jako univerzální charakteristiky moderní společnosti nesouhlasí. Mezi ně Přidalová zařazuje Waltera, Blaunera, Dumonta a Fosse [Přidalová 1998: 348]. Vyjma těch autorů, o nichž už byla řeč, nebo těch, kterým se teprve budeme více věnovat, by bylo dobré ve stručnosti představit koncepce Blaunera, Dumonta a Fosse.

Blauner se domnívá, že tabuizace smrti souvisí s věkovou strukturou moderních společností, a spíše než tabuizovaná je proto ve skutečnosti spíše skrytá mezi starší populací. S ohledem na věkovou strukturu zemřelých prý dnes také není smrt blízkých tak silnou ztrátou a zásahem v našem životě. Naráží tím na skutečnost, že pokud dříve častěji než dnes umírali lidé v produktivním věku, „*zanechávali po sobě obrovskou sociální, ekonomickou a psychologickou trhlinu především v rodinách, které byly na zemřelých ve všech těchto ohledech závislé.*“ [Přidalová 1998: 349].

Dumont a Foss jsou zase zastánci tvrzení, že strach ze smrti a umírání je přirozený všem lidem ve všech společnostech [Přidalová 1998]. Jednotlivé společnosti se jen liší v obranných mechanismech. Každá společnost tedy nějakým způsobem smrt popírá nebo se jí nějak brání, aby mohla existovat [Kübler-Rossová 1993: 4-5]. Nejde o výhradní vlastnost moderní společnosti.

Další diskuse významně ovlivnil nový proud „revivalismu“, který nastupuje od 90. let, přestože některé předchůdce nachází už v osobnostech Kübler-Rossově nebo Cicely Saundersové. Obohacující je na tomto přístupu zvláště neredukování celé diskuse kolem umírání a smrti na tradiční versus moderní, tzn. dobrá smrt versus její negace. Odráží se od předešlých kritik a hledá nová východiska.

S termínem „revival“ – návrat, obnovení či obrození přišel Tony Walter [2005], když se pokusil popsat situaci, která začala nastupovat od konce 60. let. „Revivalismus“ představuje hnutí a určitý myšlenkový proud, který věří, že smrt v pozdní modernitě není jen popírána a tabuizována, ale naopak, že v jistém ohledu „slaví“ návrat. Nejedná se však o jednostranné odmítání moderního

postoje, který byl kritizován za to, že přispívá k odcizování smrti. Zároveň nejde ani o návrat k tradičnímu přístupu, který se ve světle oněch kritik umírání v moderní společnosti nezřídka idealizoval. Revivalismus tak znamená určitý konstruktivní přístup s perspektivou, což starším postojům k umírání do značné míry chybělo. Přestože kritizuje situaci umírajících v moderní společnosti, neznamena na to, že by se nostalgicky ohlížel do minulosti, jak dokládají slova Tonyho Waltera: „*Raději bych umřel v tomto století s jeho lékařskou pomocí, než kdykoli předtím; pouze v tomto století chudí stejně jako bohatí dosáhnou na slušný pohřeb; a jen v moderní byrokratickém zabezpečení se vdovy nemusejí obávat naprosté chudoby nebo závislosti na příbuzných. To, co říkám, je, že zároveň s moderní byrokracií a úspěchy v medicíně existuje bolestivý konflikt. A právě tento konflikt motivuje snahu obnovit smrt v nové formě.*“ [2005: 22].

Revivalisté tedy podporují určitou syntézu obou předchozích typů tak, aby co nejlépe odpovídaly podmínkám v pozdně moderní společnosti s potřebami silně individualizovaného jedince. Význam náboženství jako nositele smyslu v tradiční společnosti si v moderní společnosti do značné míry zničila a přivlastnila lékařská věda. V postmoderní společnosti ale jak náboženství, tak medicínu nahradil důraz na jedince a jeho reflexivní já, čímž do jisté míry došlo k privilegizaci psychologie<sup>23</sup> [Howarthová 2007: 19]. Právě v souvislosti s rostoucím individualizmem se obrací vztah ke smrti a umírání od tabuizace k výsostné sféře a prostoru pro vyjádření vlastního já jako reflexivního projektu a „*dobrá smrt je dnes ta, kterou si sami vybíráme*“ (Walter 2005: 2) Ve smyslu udržení si kontroly nad vlastním umíráním, samozřejmě s využitím moderní medicíny čili „*expertních znalostí*“ (Giddens), a prosazování svých osobních hodnot a hledání vlastního smyslu.

Jednoho z předchůdců revivalismu lze vidět v osobě Kübler-Rossové, protože tím, že kladla důraz na rozhovory s umírajícím a potřebě „*naladit se na stejnou vlnu*“ [1993: 125] se snažila v odcizeném, rutinizovaném prostředí moderní nemocnice v něčem navodit atmosféru umírání v tradiční společnosti. Pokusila se poskytnout umírajícím určitou úlevu, kterou nacházeli ve známém prostředí a kterou jim do značné míry dříve dávala rodina. V moderní společní rodina nejen, že tuto roli pozbyla ale navíc ztratila i schopnost v tak těžké intimní situaci svého

---

<sup>23</sup> (viz kap. 4)

blízkého doprovázet. Žijeme totiž podle Eliase jistým způsobem soužití, který „vyžaduje a produkuje vysokou míru automatické rezervovanosti vůči vyjadřování silných spontánních afektů a emocí i mezi spřízněnými osobami, a často pouze pod mimořádným tlakem jsou lidé schopni překonat zábrany, zakazující jim jednání pod vlivem silných pocitů a jejich verbalizaci“ [Elias 1998: 27].

Aplikace neo-moderního modelu smrti v praktické rovině představují jednak výsledky hospicového hnutí, které se začaly objevovat od konce 60. let hlavně v anglosaských zemích, jednak konstituce paliativní medicíny jako součásti systému zdravotnictví.

Tento proces je postupný a neprobíhá v západní společnosti zcela rovnoměrně v závislosti na mnoha faktorech, mezi nimiž důležitou roli sehrává systém zdravotní péče, kulturní a společenské zvyklosti atd. Zároveň je na vině i zpožděný vývoj debat a institucionálních změn v postsocialistických zemích [Clark, Wright: 2003].

Přesto určité tendence<sup>24</sup> nasvědčují tomu, že obrat zájmu o situaci umírajících se bude dále prohlubovat, což se nutně odrazí v institucionálních změnách, myšlení jedinců i postoji celé společnosti.

Klíčovou revivalistickou prací je kniha Tonyho Waltera *The Revival of Death*, prvně publikovaná v roce [1994]. Walter zde představuje koncept neo-moderní smrti, který je zároveň ústředním tématem revivalistů. Neo-moderní model smrti Walter srovnává s modely tradiční a moderní smrti. Tyto tři modely se podle Walter volně nevznášejí v sociální realitě, nýbrž jsou zakořeněny i v daném sociálním kontextu a konkrétním kontextu těla, které společně umožňují určitou strukturu autority [2005: 47]. Tyto tři složky, tzn.: sociální kontext, kontext těla a autorita, tvoří podstatu Walterovy komparace. Každou ze tří složek ještě Walter přibližuje výčtem konkrétních prvků. Blíže se jim budeme věnovat v následujících podkapitolách.

Jakousi nadstavbu tvoří ještě problematika vyrovnávání se se smrtí, pojetí smrti jako cesty a otázka hodnot. Protože se v této práci soustředíme hlavně na fázi *pre*

---

<sup>24</sup> „V posledním desetiletí bylo opakovaně mnohými významnými celosvětovými, evropskými i národními institucemi zdůrazněno, že paliativní péče musí být jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče a že občané mají právo na její všeobecnou dostupnost.“ [Sláma, Špínka 2004: 11] (např.: Studie *Priority Areas for National Action* (Institute of Medicine of the National Academies v USA: 2003) považuje rozvoj paliativní medicíny mezi šest nejdůležitějších úkolů zdravotní péče začátku 21. století [Sláma, Špínka 2004: 12].

*finem*, nebudeme se k této nadstavbě blíže vracet s výjimkou problému „vyrovnávání se se smrtí“ (viz. kap. 4).

Od svého publikování v roce 1994 bylo Walterovo pojetí tří modelů smrti nebo jeho částí často citováno a využíváno jako klíčová reference pro mnoho prací zabývajících se tématy smrti a umírání. Na toto pojetí také posléze navázalo v další samostatných analýzách několik autorů [Clark a Seymourová 2002, Howarthová 2007].

### 3.2 Kontext těla

Walter srovnává, jakým způsobem zasahuje charakter fyzické smrti do organizace smrti jako sociálního faktu v dané společnosti. Tato část proto tvoří jakousi základnu pro další srovnávané prvky, protože narozdíl od zbytku schématu se vesměs dotýká odezvy na fyzickou smrt, tedy toho, jak jsou jedinci v dané společnosti zvyklí se se smrtí nejběžněji potkávat.

Walter vychází z označení archetypální smrti jako jedné z nejčastějších příčin úmrtí (viz Tab.1, str. 45). Tento prostý fakt se sice může zdát zjednodušující, protože zmíněná choroba nemusela být jedinou nejběžnější příčinou<sup>25</sup> na druhé straně však Walter volí archetypální smrt s ohledem na průběh umírání, který je pro danou společnost charakteristický. Zatímco v tradiční společnosti zastupuje archetypální smrt mor, v moderní společnosti je to infarkt a rakovina. V tradiční společnosti nejčastější příčinu úmrtí představovala infekční nákaza, kterou zde reprezentuje mor zřejmě také proto, že je spjat pravě s tradiční společností a s příchodem moderní společnosti byl v západní společnosti úspěšně vymýcen. Infekční nákazy naprosto nekontrolovatelně, náhle a poměrně rychle „zabíjela“ všechny věkové kategorie. V moderní společnosti se spolu s pokrokem v medicíně neustále zmenšuje počet virových onemocnění, která by představovala smrtelné ohrožení a zároveň se zvyšující se kvalitou života má více lidí šanci dožít se stáří. Tato rozsáhlá sociální změna výrazně proměnila demografickou strukturu obyvatelstva. Jednak se výrazně snížila kojenecká a dětská úmrtnost, která

---

<sup>25</sup> viz. AIDS v neo-moderní typu smrti

představovala nejvyšší míru úmrtí, jednak celkově snížil počet úmrtí v průběhu produktivního života a úmrtnost se přesunula k vyššímu věku života.

Tab.1 „Kontext těla“

	tradiční smrt	moderní smrt	neo-moderní s.
archetypální smrt	mor	rakovina/ infarkt	rakovina/ AIDS
trajektorie umírání	rychlá	skrytá	prodlužovaná
naděje dožití	40	70	80
vidět jiné umírat	často	zřídka	být svědkem umírání, ne smrti
"human condition"	život se smrtí	smrt kontrolována	život s umíráním
typická smrt	v dětství	v pokročilém věku	v pokročilém věku
sociální zrození	následuje po fyzickém narození	v okamžiku fyzického narození	předchází fyzickému narození
sociální smrt	následuje po fyzické smrti	předchází fyzickou smrt	v okamžiku fyzické smrti
netypická smrt	ve stáří (uctívaná)	v mládí (nesmyslná)	v mládí (nesmyslná)

mírně upraveno dle Walter 2005: 48

Tyto skutečnosti Walter uvádí, když srovnává kategorie „naděje na dožití“, „typická“ a „netypická smrt“. V rámci jednotlivých typů smrti se liší předpokládaná délka života (40, 70, 80let), což současně vypovídá o tom, v jakém životním cyklu se nejčastěji umírá. Zároveň kategorie „naděje na dožití“ implikuje typickou smrt (dítě, stáří, staří) a netypickou smrt (ve stáří - úctyhodná smrt, v mládí – nesmyslná, v mládí – nesmyslná). Kategorii „netypická smrt“ doprovází hodnota, jakou ji společnost přisuzuje, tedy posléze jak se s ní pozůstalí nejspíše vyrovnávají. Zatímco v tradiční společnosti byla dětská úmrtnost mnohem vyšší než dnes a ženy rodily více dětí už s vědomím, že se většina z nich nedožije

dospělosti, v moderní společnosti a dnes je to v západní společnosti věc spíše ojedinělá, a proto je taková smrt označována za nesmyslnou, marnou apod. V tradiční společnosti však byla zcela běžnou, a proto ani vztah rodičů k dětem nemohl být tak silný a vřelý, emočně by nebylo únosné smrt tolika dětí psychicky zvládnout [Možný 1990]. Naopak pokud se někomu vyhnuly epidemie a navzdory fyzicky namáhavému životu zemřel až v pokročilém věku, šlo o výjimečnou událost. Skutečnost, že se společensky cenila smrt ve vysokém věku, implicitně odkazuje i k účtě, jež se stáří v tradiční společnosti těšilo.

Až s příchodem moderní společnosti tedy většina lidí umírá v pokročilém věku, což mělo zároveň za následek, že se více dožívali chorob, které příslušníky tradiční společnosti zpravidla minuly.

Archetypální smrtí je proto v moderní společnost rakovina nebo infarkt. Smrt do života společnosti nezasahuje tak náhle a rychle, jako bylo charakteristické pro předchozí období. Zato je záležitost smrti převedena téměř výhradně do sféry medicíny, proto o ni Walter mluví jako o utajované. Pokud jde o problematiku neo-moderní smrti, zaznamenáváme jistý posun ve smyslu „prodlužování“ smrti. Tato, pro současnost charakteristická trajektorie umírání, je způsobena dalšími pokroky v medicíně, resp. diagnostice. Medicína v posledních desetiletích umožnila diagnostikovat neléčitelné smrtelné choroby (rakovina, AIDS) v ještě ranějších stádiích než v minulosti. Podle Waltera tento nový fakt zhuštěně obsahují slogany „*žít s rakovinou*“ nebo „*žít s HIV*“ [Walter 2005: 50], protože v sobě zahrnují často poměrně dlouhou a vědomou trajektorii umírání. Walter k tomu dodává, že teprve před deseti či dvaceti lety začalo docházet „*k posunu ze společnosti, jejíž členové odmítali uvažovat o své smrtelnosti nebo jim byly odepřeny všechny příležitosti o smrti přemítat, ke společnosti, kde značná část lidí ve středním věku či starších ví, že oni nebo jejich blízcí příbuzní onemocněli život ohrožující chorobou, která je nemůže zabít během pár let, ale v jejíž stínu budou muset žít.*“ [Walter 2005: 50].

Určitým potvrzením toho, že nostalgické ohlížení za minulosti, jak mohou navozovat některé práce<sup>26</sup>, nemůže být řešením krize umírání v moderní společnosti, poskytuje srovnání „human condition“ – lidských podmínek při umírání. Potvrzuje se totiž, že i smrt a umírání, přestože jde o biologické danosti,

---

<sup>26</sup> např. Ariès [2000]

se v rámci společnosti a kultury významně proměňují což ovlivňuje odlišné postoje a způsoby zacházení se smrtí. Walter v této kategorii demonstruje, že v závislosti na pokrocích v medicíně a odlišných chorobách a v závislosti na mnoha dalších faktorech, které ve svém důsledku zlepšily zdravotní stav a životní podmínky populace, se výrazně proměnil charakter i průběh umírání. Také z tohoto důvodu je naprosto nemožné moderní společnosti vyčítat, že přesně nekopíruje přístup k umírání v tradiční společnosti. V tradiční společnosti se neustále žilo s vědomím smrti, která mohla zasáhnout kdekoli, kdykoli a kohokoli bez ohledu na věk. Zpravidla byla náhlá s poměrně rychlým průběhem. Zaslouhou již několikrát zmíněných příčin se v moderní společnosti smrt přesunula do sféry medicíny, kde byla relativně kontrolovatelná. V případě neo-moderní smrti dochází k určité syntéze. Nežije se již se smrtí jako okamžikem, ale díky jisté míře kontroly ze strany medicíny s umíráním jako procesem.

Smrt jako sociální fenomén je podstatou zvláště dalších úvah v souvislosti s otázkami „sociálního narození“ a „sociální smrti“. Zatímco v tradiční společnosti sociální zrození a smrt vždy následují až po biologickém narození či smrti, v obou dalších typech je to odlišné. V moderní společnosti je „sociální narození“ totožné s fyzickým, ale v neo-moderní už je jistý zjevný posun, sociální stránka předchází fyzickou. Důvody, proč v neo-moderním případě narozdíl od moderního předchází sociální zrození před fyzickým, lze hledat v proměnách kvality života. Od rozšiřování antikoncepce bylo možné se nežádoucích potomků nejen vyvarovat, což se zákonitě odráží ve změnách ambicích mnoha žen, které podobně jako muži touží po pracovních úspěších. Zároveň se tato změna projevila ve větším plánování potenciálních dětí. Ještě nenarozeným dětem se často připisuje určitá identita dlouho předtím než dojde k naplánovanému otěhotnění. K předcházení sociálního zrození před fyzickým přispívá také lékařská technologie, když dokáže pořídít obraz zárodku v děloze. Religionista Davies [2005] k tomu dodává: *„takové zobrazování promění zárodek v „dítě“, a pěstuje tak představu o jeho identitě dlouho před narozením. (...) oproti dřívějším zvyklostem některé nemocnice umožňují matkám nebo oběma rodičům, aby se nechali vyfotografovat se svým mrtvě narozeným dítětem anebo dítětem, které zemřelo krátce po porodu. Žena tak může nabýt pocitu sebe jakožto „matky“. Takovou „smrt“ dítěte tudíž společnost jaksí zaznamenala a rituálně se s ní*

vypořádala, ačkoli dříve by se v takovém případě mohlo stát, že by se hovořilo o „biologickém odpadu“.“ [2007: 44-45]. Potrat či porod mrtvého dítěte nebo smrt novorozeněte těsně po porodu, jak o nich uvažuje Davies, zde uvádíme jako ilustraci neo-moderní situace, kdy sociální zrození předchází fyzickému narození. Ačkoli se v jednom případě jedná o smrt, uvažujeme o všech jmenovaných případech spíše jako o fyzickém „nenarození“ než jako o fyzické smrti. Identita dospělých se zde částečně definuje také jako rodičovská skrze ještě nenarozené děti, skrze jejich prenatalní život. Sociálně jsou tedy často tyto děti narozené ještě před svým fyzickým narozením, které nemusí být naplněno. Podle Daviese jsou v takovém případě dnes tendence alespoň na chvíli „propůjčit“ mrtvě narozeným nebo brzo po porodu zemřelým dětem „status živých“ tím, že jsou pokřtěny nebo že se s nimi jejich matky nechávají vyfotografovat [Davies 2007].

Opačně je tomu v případě smrti, která je pro nás i důležitější. Zatímco v moderní společnosti sociální smrt předchází fyzickou, což bylo také zdrojem mnoha kritik moderního způsobu umírání [Elias 1998, Ariès 2000, Kübler-Rossová 1993], v neo-moderním případě k sociální smrti dochází až v momentu fyzické smrti. Zde se totiž předpokládá, že jedinec neumírá osamělý, ale v kruhu svých blízkých. Tedy tak jak si představovala Kübler-Rossová, když hovořila o potřebě vcítění se do situace umírajícího a snahy porozumění. V rámci její poslední fáze „smíření“ v ideálním případě dochází, i bez explicitní verbalizace, ke sblížení všech zúčastněných skrze prožívané utrpení.

V kontrastu k často zdůrazňované tabuizaci smrti a umírání v českém prostředí, kde se smrt nejčastěji asociuje se slovem tabu, jsou tedy na Západě zjevné tendence k optimistickému a konstruktivnějšímu přístupu k umírání. Je třeba zdůraznit, že popsaná nová forma neo-moderní smrti je jen určitý ideální typus, který není v realitě tak častý, ale stává se všeobecnou snahou jej podporovat. V České republice se zatím neo-moderní model vyskytuje spíše zřídka.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Česká společnost je stále spíše v zajetí moderního modelu smrti. V nemocnicích nebo jiných institucích jako jsou léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo domovy důchodů umírá 80-92% Čechů [Bártlová 2005: 64]. A pouze cca 1% zemřelých se dostává specializované paliativní (viz. kap. 2.2) péče [Sláma, Špinková 2004: 14].



### 3.3 Sociální kontext

Walter uvažuje o diferenci sociální struktury, na jejímž pozadí ke smrti dochází, a současně ukazuje, jak je jedinec v této struktuře zakotven a co smrtí v sociálně rovině ztrácí [Walter 2005: 48].

Tab.2 „Sociální kontext“

	tradiční smrt	moderní smrt	neo-moderní s.
sociální struktura	společenství	veřejné vs soukromé	soukromé a veřejné se vzájemně prolínají
osobnost (personhood)	sounáležitost	identita	indetity
nalezená v	společenství	rodině	vztazích
smrt=ztráta :	sociální pozice	jedné identity	více indentit
(úkoly po smrti)	rekonstrukce rolí	rekonstrukce jedné identity	rekonstrukce více identit
realizováno skrze	smutek (mourning)	žal (grief)	vyrovnávání se (grief work)

mírně upraveno dle Walter 2005: 48

V tradiční společnosti se smrt odehrává na pozadí společenství, které se narodilo od společnosti (Tönnies) vyznačuje užšími vztahy a mechanickou solidaritou (Durkheim) svých členů. Společenství (Gemeinschaft) jsou menší, jednodušeji strukturované, poměrně homogenní sociální celky, ve kterých jedince spojují podobné zkušenosti, víra ve stejné hodnoty a významy. Společenství jsou tedy „*charakteristické relativně silným společně sdíleným vědomím (vnější normativní řád), které zajišťuje morální integraci jedinců ve společnosti.*“ [Howarthová 2007: 26].

Smrt v mnohem komplexnější a složitější moderní společnosti, kde se pro rozdílné zájmy jedinců integruje společnost skrze organickou solidaritu, podobně jako různé orgány v lidském těle musí kooperovat v zájmu úspěšného fungování, se umírání děje na pozadí konfliktu soukromé a veřejné sféry. Podle Durkheima je

zde „méně přítomné vědomí smrti, méně veřejných rituálů a mnohem více soukromých forem vyjádření uznání a truchlení nad ztrátou.“ [in Howarthová 2007: 26].

Konflikt soukromého a veřejného představuje jeden z hlavních zdrojů kritiky „moderního umírání“. Nezamýšleným důsledkem (Merton) zkvalitněné a všeobecně dostupné zdravotní péče se jedinec jako pacient přesunul do „veřejné“ instituce, kde se v zájmu svého zdravotního stavu, dobrovolně podřizuje tamní disciplíně a řádu, čímž do určité míry ztrácí kontrolu a intimitu. Situace těžce nemocných a umírajících často staví tyto jedince do role „chovanců“ tzv. totálních institucí (Goffman 1973 in [Šubrt2001: 79]). Totální instituce charakterizuje relativní uzavřenost od okolního světa a vlastním pevným řádem a předpisy, které „každodenní činnosti exaktně plánuje Všechny činnosti jsou pak sjednocovány do jednoho racionálního plánu, jehož sledováním má být dosaženo oficiálního cíle, který daná instituce sleduje.“ (Goffman in [Šubrt 2001: 79]). U umírajících se dá asi obtížně hovořit o nějaké činnosti, rozhodně se na ně ale vztahuje Goffmanova koncepce totálních institucí. Jejich život se totiž celý odehrává na jednom místě, kde přestávají být důležité identity platící ve vnějším světě. Společně sdílejí osud s dalšími podobně postiženými, kteří se pasivně podílejí na udržování vnitřních pravidel instituce. Soukromá stránka života jedince s jeho prožíváním je zcela nebo téměř potlačena v zájmu hladkého chodu organizace zdravotní péče.

Konflikt soukromé a veřejné sféry stojí podstatnou měrou v centru úvah I. Illicha [2002]. Illich často velmi ostře kritizoval prorůstání medicíny do ostatních sfér společnosti, implicitně i do života jedince. Medicínu obviňoval z tzv. „medicinalizace“<sup>28</sup>, což představuje proces, v rámci něhož se nově nachází řešení problémů v medicíně, i fakt, že se určitý jev nově skrze medicínu tematizuje. Na příkladě bolesti ukazuje, jak se pod vlivem medicínské kultury problematizuje bolest při porodu, kterou je potřeba omezit [Illich 2002] V podobném duchu kritizují rozšířenou medicinalizaci také čeští lékaři Hnízdil a Šavlík, když říkají,

<sup>28</sup> Angl. „medicalization“, v českých textech bývá překládán dvojím způsobem. Snadno se nabízí překlad „medikalizace“, asociuje však používání léků, a tím jen omezený význam původního termínu. Po diskuzích z počátku 90.let probíhajících v Ústavu lékařské etiky se většina odborné veřejnosti přiklání k překladu „medicinalizace“ [Křížová 2003: 123]. Přes obecnou shodu, že pojem „medicinalizace“ lépe odpovídá smyslu anglického termínu, se v některých českých překladech lze ve stejném významu setkat ještě se slovem „medikalizace“ (např [Thompson 2001: 159])

„že medicína vyspělých zemí zaměřuje svoje úsilí nejen na léčení nemocných, ale stále více vyhledává choroby i u lidí, kteří žádnou nemocí netrpí. Namísto umění žít s obtížemi, které jsou samozřejmou součástí života, nastoluje požadavek zbavit se těchto obtíží.“ [Hnízdil, Šavlík 2004]. Nebezpečím podle Illicha je, že pod vlivem tohoto procesu jedinec ztrácí suverenitu a autonomii v domnění, že si bez pomoci medicíny, resp. odborníků sám neporadí. V rámci medicinalizace totiž dochází k akumulaci vědění do rukou užšího kruhu profesionálů, kteří ví, jak se nejlépe zachovat v určité situaci, postarat o někoho jiného, atd. Medicinalizace tak v jistém smyslu omezuje jedince v jejich „přirozených“ schopnostech, dovednostech i „právech“. Zmíněný okruh specialistů, co zbavují jedince možnosti podílet se na některých, kdysi přirozených úkonech soukromé povahy, Illich označuje termínem „*disabling professions*“ – oslabující profese či profese zbavující způsobilost.

V důsledkem medicinalizace tedy dochází k tzv. sociální a kulturní iatrogenesi. Význam kulturní iatrogenese jsme právě v podstatě popsali v předchozím odstavci, když jsme hovořili o zbavování způsobilosti jedinců skrze medicinalizaci akumulované vědění jiných. Illich ji chápe jako jakousi kulturní závislosti, která přirozeně následovala po transformaci „*sociální organizace nemoci*“, chápe ji jako: „*medicínou sponzorované chování a falešné představy, které omezují vitální autonomii lidí tím, že podřívají kompetence v dospívání, péči o jiné, stárnutí nebo pokud lékařská intervence ochromuje jejich osobní odpovědi na bolest, nemohoucnost, zhoršení stavu, sklíčenost a smrt*“ [Illich 2002: 271].

Z hlediska Walterem popsané krize soukromého a veřejného představuje jakousi paralelu zvláště sociální iatrogenese, která znamená, že „*se zdravotní péče stává položkou standardizace, v podstatě všichni trpící jsou hospitalizováni a domov se stává nehostinný k porodu, nemoci a smrti..nebo když trpící, truchlíci a uzdravovaní stojí mimo roli pacienta, jsou pak označeni jako deviantní.*“ (Illich in [Clark, Seymourová 2002: 116])

Optikou medicíny, resp. v důsledku převládající medicinalizace sociálního života, se umírání a smrt do značné míry podle Illicha (1976) vnímá „*jako pochybění medicíny, čili je umírání jedinců vystavené škále technologického – nedůstojného zacházení ve snaze udržet je naživu.*“ [in Howarthová 2007: 29].

Zároveň medicinalizace určuje a posunuje hranice normy od deviace, tím, jak vymezuje sféry nemoci a zdraví, (Illich 1976) se současně stává nástrojem sociální kontroly (Zola 1972 in [Howarthová 2007: 29]).

V obecnější rovině lze výsledky medicinalizace chápat jako jistý druh „abstraktního systému“ [Giddens 2003], který tvoří sociální rámec společnosti, tedy analogii blízkých osobních vztahů, jež převládají v pospolitosti, ve společenství. Giddens na pozadí diferenciací mezi tradiční a moderní společností uvažuje o převažujících zdrojích důvěry v jednotlivých typech společností. [Giddens 2003]. Zatímco v tradiční společnosti vyvěrá důvěra přirozeně z osobních vztahů v převážně známém prostředí (tzv. lokalizovaná důvěra), v moderní společnosti, význam této „lokalizované důvěry“ klesá. Roste důvěra ve vyvázané abstraktní důvěry, a tak dochází k procesu „transformace intimity“, kterou Giddens chápe jako budování mechanismu důvěry za účelem znovuzískání pocitu „ontologického bezpečí“.

Giddensovu koncepci „transformace intimity“ zde zmiňujeme proto, že je v ní implicitně obsažen onen konflikt mezi soukromou a veřejnou sférou, jak ji představuje Walter ve svém schématu jako převládající sociální kontext v moderní společnosti (viz 3.3). Důvěra v abstraktní systémy, a tedy z toho vyplývající „ontologické bezpečí“ je zaručeno zejména rutinizovanou činností, kterou se tyto systémy vyznačují. Očekává se jistá pravidelnost a dodržení určitého řádu, v němž vyvázaný jedinec najde jistotu a ukotvení. Důvěra v abstraktní systém však nemůže plně nahradit důvěru vkládanou do osobních vztahů. Vznikají tak „*nové formy psychické zranitelnosti*“ [Giddens 2003: 104]. Jinými slovy je možné tuto zranitelnost chápat jako důsledek rozporu soukromé (osobní vztahy) a veřejné (abstraktní systémy) sféry.

Konkrétně v případě smrti tento konflikt znamená její byrokratickou organizaci prostřednictvím nemocnic, ohledání těla, márnice, pohřebních služeb na jedné straně a na druhé straně pocity umírajícího a truchlících jsou hluboce soukromé a obtížně veřejně ritualizované [Walter 2005]. Exkluze osobních pocitů z veřejného prostoru může být velmi pevná. Očekává se, že všichni zúčastnění udrží své emoce pod kontrolou. A k profesionalitě zaměstnanců nemocnice zvlášť patří tato („zúčastněná“) kontrola pocitů. „*Zdravotní sestry mohou plakat jen mimo pohled*

*ostatních, na toaletách nebo dát naplno průchod svým slzám v kanceláři nemocničního kaplana.*“ (Carmichael 1991 in [Walter 1993: 52])

V neo-moderním typu smrti je naopak patrná tendence, aby se sféry soukromého a veřejného vzájemně prolínaly (viz. kap. 4).

V rámci rozdílných sociálních kontextů Walter uvažuje o třech rozdílných typech zkušeností, jak jedinec může nejčastěji zakoušet svou „osobnost“. Nejdříve v tradiční společnosti je člověk především součástí nějaké více méně známe lokální komunity, skrze kterou se sám i determinuje. Tzn., že smrtí jedinec pozbývá sociální pozici ve společnosti, a ta bude zasažena ztrátou jednoho ze svých členů. Později v moderní společnosti se jedinec vymezuje zejména prostřednictvím své identity ukotvené v rodině, takže smrtí se ztrácí i tato identita a eventuální partner tím částečně ztrácí i sám sebe, část své identity. V postmoderní společnosti se s zintenzivněním procesu individualizace prohlubují i tyto ztráty, protože už nelze mluvit o jediné či jedné hlavní identitě, ale o mnoha rovnocenných identitách náležejících jednomu jedinci. Proto, *„když zemřu, není jasné, kdo ztratil co.“* [Walter 2005: 53]. Nejasnost je dána tím, že chybí určitá zakotvenost. Zatímco dříve tuto roli plnila pospolitost nebo rodina, v postmoderní době je podle Waltera jedinec zakotven v mnoha vztazích, a to nejen k partnerovi, rodině, ale rovnocenně k přátelům atd. Tyto vztahy bývají intenzivní, což neznamená, že musí být trvalé, jsou totiž „tekuté“ (Bauman).

Walter neopomíná začlenit do svého schématu ani odlišné odezvy pozůstalých na smrt blízkého. Vychází opět ze sociálního kontextu a pozadí, na němž se uskutečňuje konstrukce osobnosti: pospolitost, rodina, vztahy. Po smrti dochází k jakési re-konstrukci, která představuje reakci společnosti na smrt. V tradiční společnosti, tzn. na úrovni pospolitosti je potřeba reformulovat role v komunitě, aby mohla nadále úspěšně fungovat. V moderní společnosti v rovině rodiny se rekonstruuje identita a analogicky v postmoderní společnosti na úrovni souboru mnoha odlišných, leč rovnocenných vztahů, se rekonstruuje ztracené identity. [Walter 2005].

### 3.4 Autorita

Třetí důležitá skupina Walterovy typologie smrti se týká sféry autority. Zahrnuje závažnou problematiku, která se vztahuje k otázkám významu smrti, a tedy implicitně, ke kolektivně vytvářeným mechanismům odstraňování, resp. snižování strachu ze smrti a umírání.

Tab.3 Autorita

	tradiční smrt	moderní smrt	neo-moderní s.
autorita	Bůh/ tradice - Vůle Boží	lékařská odbornost - nařízení lékaře	"já" ( <i>self</i> ) - "Udělat po svém."
známa skrze	kněz (muž)	lékař (muž)	poradce (žena)
instituce	kostel	nemocnice	domov/ hospice
smysl	dán	zrušen (ve veřejném)	vytvářen interpersonálně
náboženství	dáno	volba církve	vnitřní spiritualita

mírně upraveno dle Walter 2005: 48

Názory na otázku, zda je strach ze smrti, a její zamítání, univerzálně platný pro člověka všeobecně jakožto lidskou bytost vědomou si své konečnosti nebo zda je až produktem společnosti a kultury, se liší. Psychologové s podporou některých sociologů<sup>29</sup> se přiklánějí spíše k prvně jmenovanému stanovisku, že strach ze smrti je univerzální fenomén. A tedy pokud je vlastní každému jedinci a je společně sdílený ve všech společnostech, musí být implicitně spíše sociálním než individuálním rysem. Kellehearová (1983) však tento závěr odmítá a tvrdí, že takto dochází k zjednodušování, a univerzálnost popírání smrti odmítá. Za prvé tvrdí, že mnoho studií už prokázalo, že strach ze smrti není univerzální. Za druhé, pokud jedinci vyjadřují strach ze smrti, tak se vždy liší způsoby tohoto vyjádření. A za třetí kritizuje samotnou kategorii strachu, která je natolik inkusivní, že může být zároveň stejně tak dobře považována za strach ze života. Psychologický

<sup>29</sup> Např. Gorer (1955)

argument odmítá také proto, že popis individuálního strachu nám nemůže říct nic o organizované dynamice, jež může následovat. [in Howarthová 2007:33].

Kellehearová ostře kritizuje zejména vměšování psychologických termínů do sociologických koncepcí smrti. To, co platí pro jedince jako individuum v psychologickém paradigmatu, se nemusí a nemá automaticky vztahovat na společnost jako celek. Pokud se například tvrdí, že existuje univerzální strach ze smrti, je nutné rozlišovat, zda je tento strach osobní, individuální nebo zda je sociální povahy a může být pak identifikovaný strukturovaně v celé společnosti [in Howarthová 2007:33].

Otázku, zda smrt popírá jedinec či spíše společnost, si klade také Přidalová [1998]. Dospívá k závěru, že smrt popírá spíše společnost ale s dovětkem, že jde více o soubor mnoha nezamyšlených důsledků, než o záměrné popírání.

Obviňování společnosti z popírání smrti se v poměrně velké míře objevovalo v 60. let, tedy v období moderního typu smrti. Walter ve své typologii poukazuje na přesunutí autority z tradic a Boží vůle na lékařskou odbornost a nařízení ošetřujícího lékaře v moderní společnosti. Smysl smrti je v prvním případě dán už skutečností, že proti Boží vůli nelze cokoli namítat. Uklidňující může být víra, že se vše děje v souladu s Vyšší mocí, ať už je nám její záměr jakkoli neznámý a nepochopitelný. Naproti tomu v druhém případě se smysl vytrácí, přinejmenším v rovině veřejné, jak Walter poznamenává. Spoléhání se čistě jen na vědění bez emocionální podpory může zvláště v případě nezvratného umírání vést k určité nové zranitelnosti. V moderní společnosti chybí institucionální prostor k vypořádání se s pochybnostmi okolo smrti a umírání a k jakési přípravě na ni. Ve sféře medicíny, založené na vědění, jde totiž hlavně o záchranu a prodloužení života, resp. biologických funkcí, proto se smrt chápe jako prohra, pochybení (Feinberg 1997 in [Howarthová 2007]) a jakákoli emocionální příprava k ní bývá potlačována. Ačkoli je smrt přirozenou součástí života, medicína vnesla do problematiky jistou kontrolu a moc skrze své vědění (Foucault). Vytvořila podmínky, které úmrtnost mohou určitým způsobem sledovat, kategorizovat a kontrolovat. Protože mohou smrt poměrně účinně na nějaký čas odvrátit, smíření, které poskytovala autorita Boha a kněze, se posouvá do pozadí. Přesouvá se do chvíle, kdy už medicína skutečně nebude moci léčit. Tak dochází k situaci, kdy zmizela smrt a na její místo nastoupila nemoc. Lékař pacienta většinou na smrt

nepřipravuje, ale prodlužuje život, jak je to jen možné a zmírňuje bolest. Jinými slovy, když v tradiční společnosti byla smrt skrze náboženský diskurz chápána jako přirozená a neúprosná, moderní společností je vykládána jako určitá výzva pro vědu. Smrt je do jisté míry vnímána jako vědecký problém, který může být „řešen“ vhodnou intervencí a za použití vhodné medicínské techniky [Howarthová 2007: 121].

Již zmiňovaný důraz na profesionální odbornost, resp. autoritu medicínské odbornosti s výsadním rozhodovacím právem lékaře [Walter 2005: 48], podle mnoha kritiků moderního postoje k umírání [Illich 2002, Elias 1998] ve svém nezamýšleném důsledku způsobil, že se smrt stala výhradním doménou lékařské profese. Z toho důvodu posléze došlo k dehumanizaci procesu umírání, k oslabení vlivu umírajících při rozhodování a také k jejich izolaci [Elias 1998].

Protože se fakt umírání v moderním pojetí poněkud potlačil, ve snaze medicíny o, když ne vyléčení, tak alespoň udržování při životě, stále se často do posledního dechu smrt explicitně nepřipouští. Aby nedošlo k omylu, je nutné zdůraznit, že kritika moderního způsobu smrti, medicinalizace smrti a společnosti vůbec, neznamená kritiku medicíny a jejích intervencí k záchraně a nespornému zkvalitnění života populace. Zároveň není kritikou postoje, který nechává místo pro naději. Rozhodně není ani implicitním souhlasem s eutanázií, protože i tu lze v jistém smyslu chápat jako „medicinalizovanou smrt“. Právě proto, aby se chybou mylné interpretace nezpochybňovaly nesporné úspěchy medicíny, rozlišuje Howarthová [2007] mezi medicinalizací a pře-medicalizací. Přestože mnoho komentářů k medicinalizaci nabývá spíše negativních ohlasů [Illich 2002, Elias 1998, Ariès 2000], Howarthová poznamenává, že medicinalizace sama o sobě špatný dopad na společnost nemá. Právě naopak „*například podporováním institucí, které se soustředily na rozvoj medicíny, ve svém důsledku došlo k destigmatizaci jistých podmínek a k prodloužení života skrze provádění výzkumu na úspěšnou léčbu.*“ [Howarthová 2007: 121].

Ukazuje se proto jako vhodnější posuzovat medicinalizaci s přihlédnutím k specifickým stupňům jejího vývoje. Negativně totiž Howarthová hodnotí až proces pře-medicalizace, který se jako nezamýšlený důsledek jednání projevuje tehdy, když medicína až příliš proniká do všech aspektů života jedinců a „*může tak přispívat k více problémům, než aby je řešila*“ [Howarthová 2007: 121].



V podstatě Howarthová fázi pře-medicinalizace připisuje stejné charakteristiky jako již dříve Illich [2002] přičítal medicinalizaci. Poznámka Howarthové k problematice tedy představuje spíše jakési zjemnění problému a obohacení terminologie než zcela novou koncepci. Její snaha je vedena záměrem vyhnout se omylu, zjednodušování a černobílému vidění, které by se mohlo snadno nabízet.

Problém, okolo kterého stále trochu kroužíme, aniž bychom ho explicitně vyslovili, je otázka přirozené smrti. Podle Illiche a jiných (Elias, Saundersová, aj.) se v moderní společnosti přirozená smrt vytrácí v zájmu jiné formy, již představuje technologická smrt. Právě proto, že je jedinec konfrontován do poslední chvíle spíše s chorobou, která se prostřednictvím lékařské znalosti a medicínské technické vybavenosti poměrně úspěšně kontroluje, než s umíráním, se smrt chápe spíše jako selhání medicíny (Feinberg 1997 in [Howarthová 2007]), čili jako omezení vědy. Illich spatřuje hlavní příčinu zániku přirozené smrti v medicinalizaci, píše totiž: *„Medicinalizace společnosti přivedla epochu přirozené smrti ke konci. Západní člověk ztratil právo rozhodovat o svém chování při umírání. Zdraví, nebo autonomní síla vypořádání se smrtí, byla vyvlastněna do posledního dechu. Odborná smrt zvítězila nad umíráním. Mechanická smrt překonala a zničila všechny ostatní způsoby smrti.“* [2002: 207-208].

Zvláště ve světle názoru o vymizení přirozené smrti se mohou ukazovat iluzorní představy moderního člověka, které vycházejí z jeho vztahu k „přirozenému“. Podle Eliase se totiž s rozvinutostí společnosti, a s tím souvisejícím pokrokem medicíny a s nejrůznějšími hygienickými opatřeními, zdá vše „přirozené“ jako samozřejmé. Náš pocit jistoty a bezpečí a neochvějná důvěra v „přirozený běh věcí“ [Elias 1998: 42] se uplatňuje zvláště ve sféře přírodních procesů. Za přírodní zákonitosti podle Eliase tak pokládáme i to, co pro nevědecké společnosti nebylo přírodní zákonitostí, ale naopak zdrojem nejistoty. Zásadní rozdíl je ve znalostech, které členům moderní společnosti poskytuje pocit bezpečí a ovlivňují i převládající představu smrti. *„Každý dobře ví, že smrt jednou přijde; nicméně vědomí, že se jedná o konec přirozeného procesu, v mnohém přispívá k potlačení neklidu. Vědomí neúprosnosti přírodních zákonů je tlumeno myšlenkou jejich kontrolovatelnosti. Více než dříve lze dnes doufat v oddálení okamžiku vlastní smrti za pomoci lékařské vědy, nejrůznějších diet a léků.“* [Elias 1998: 42].

Illichova kritika medicinalizace neslevila na své důraznosti. Krajiní postoj, jež Illich zastával k pozici medicíny v moderní společnosti, vystihuje a současně snad nejlépe shrnuje prohlášení, že „*panující vliv medicíny se stal hlavní hrozbou zdraví*“ [2002: 3].

Tato proklamace odkazuje také k jiné oblasti otázek než je pojetí smrti jako selhání vědy, a totiž k problému zodpovědnosti jedince za své zdraví, eventuálně nemoc a smrt. Podle Illiche [2002] se dnes mohou lidé cítit zodpovědní za svůj zdravotní stav v daleko větší míře než tomu bylo kdykoli předtím. Protože i smrt se chápe jako extrémní případ nemoci, která je, i když do omezené míry, kontrolovatelná, mohou být známé i příčiny, jež vedly k onemocnění a následně ke smrti. Prostřednictvím farmaceutických firem a medicinalizace obecně, je tak na jedince činěn jistý informační tlak, jak onemocnění nejlépe předcházet. V konečném důsledku pak tedy jedinec může podléhat představě, že jeho choroba je do jisté míry způsobena nedodržováním „zdravého životního stylu“ zahrnujícího nejenom diety, cvičení, ale i preventivní užívání nejrůznějších vitamínů a léčebných přípravků atd. Jistý pocit provinění jedince v pozdní modernitě z vlastního selhání při péči o zdraví koresponduje s konceptem sebe-projektování (viz.1.3). Děje se tak v rámci individualizačního procesu, kdy jsou, podle Giddense [1991], „*jedinci nuceni vytvářet své vlastní biografie*“. Tlak vyvíjený na osobní identitu každého jedince roste o to více, čím „*klesá význam pevných norem a dřívějších jistot spojených z vymezením genderu a sociální vrstvy*.“ (in Howarthová 2005: 74). V těchto podmínkách se od jedinců očekává, že se budou snažit podílet na vlastní budoucnosti a posuzovat rizika osobního vývoje i zdraví tak, aby si udrželi kontrolu nad vlastním životem i způsobem života [Howarthová 2005:74]. Onemocnění se tedy do jisté míry nutně chápe jako jisté osobní selhání při odvrácení možných rizik. Tyto tendence, které zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní biografii, ještě více posiluje fakt jedincem neovlivnitelných hrozeb vyplývajících ze života v „rizikové společnosti“ [Beck 1986].

V praxi mohou tyto trendy přinášet řadu paradoxních důsledků. Některé analýzy totiž ukazují, „že čím více prostředků vynakládá společnost na zdravotní péči, tím nemocnější se cítí její občan“<sup>30</sup> [Hnízdil, Šavlík 2004].

---

<sup>30</sup> V letech 1966 – 1988 celosvětově vzrostl počet lidí, kteří se začali obávat o svoje zdraví, z původních 15 na 50 procent. Lidé žijící ve státech poskytujících svým občanům kvalitní vzdělání

Abychom se však vrátili k základní otázce této podkapitoly, shrňme proměnu autority, jak o ní uvažuje Walter ve svém schématu. Tradiční a moderní způsob smrti se od sebe z hlediska autority odlišují hlavně významem náboženství a kněze na jedné straně a rolí medicíny a lékaře na straně druhé. Symbolicky lze tento posun vyjádřit měnicí se situací u postele umírajícího. V tradičním případě nesměl chybět kněz, jehož úkol se zakládal v duchovní útěše a přípravě na smrt spočívající také v jakémsi „uzavření“ života jedince zpovědí a aktem posledního pomazání. Narozdíl od kněze lékař u smrtelné postele nezbytný nebyl a v době před koncem 19. století, a tedy rozvojem medicíny, mohl spíše jen odhadovat zbývající čas, než aby aktivněji a hlavně efektivně zasahoval do průběhu umírání.

Moderní způsob umírání lze naproti tomu charakterizovat opačným významem obou profesí v přítomnosti umírajícího. Role lékaře se razantně rozšířila v důsledku všeobecného pokroku a kněz přestál plnit hlavní autoritativní roli v tomto procesu. Na mnohé problémy, které z toho spíše ovšem nezamyšleně vyplynuly, jsme narazili nejen v této části textu [Kübler-Rossová 1993, Elias 1998, Illich 2002]. Zároveň jsme ale neopomněli zdůraznit, že by bylo hrubou chybou vnímat vztah tradičního a moderního způsobu umírání zjednodušeně (viz. Howarthová [2007], Walter [2005]).

Některým aspektům neo-moderního typu smrti jsme se zatím příliš nevěnovali. Je totiž vhodnější věnovat jim samostatnou kapitolu, v níž budou zároveň vysvětleny některé stránky individualizace v pozdně moderní společnosti. Tato kapitola se zabývá problémem autority. V neo-moderním modelu autoritu Božské vůle nebo medicíny nahrazuje autorita vlastního „já“ (*self*). Neo-moderní model smrti nejlépe odpovídá individualistické kultuře, která oceňuje „jedinečnost každého života, jak je specificky žit“ [Walter 2005: 2]. Smrt z neo-moderního hlediska se považuje za dobrou, pokud v rámci daných a nezvratných podmínek probíhá tak, jak si jedinec sám „zvolil“ [Walter 2005: 2]

---

*a špičkovou lékařskou péči spíše rozpoznávají svoje nemoci, zatímco lidé žijící v horších podmínkách často považují svoje zdravotní obtíže za přirozený stav. Pokud by se tedy hodnotil zdravotní stav populace podle subjektivních představ občanů, vůbec nejhorší by bylo zdraví v zemi, která do péče o něj investuje nejvíce – ve Spojených státech.“ [Hnízdil, Šavlík 2004].*

#### 4. Sebe-projektování v kontextu smrti a umírání

K smrti se v moderní společnosti často přistupuje jako k tabuizovanému sociálnímu jevu (Gorer 1955, Ariès [2000]). Někteří autoři [Walter 2005, Mellor 1993] se ale spíše přiklánějí k tezi, že smrt není tabuizovaná, ale jaksi vyvlastněna z veřejné sféry. Smrt je tedy mnohem spíše omezena nebo vykázána do zvláštního prostoru, než že by byla zcela popřena (viz. 3.2). Více zřejmý může být tento posun v pozdně moderní společnosti. Zde lze ono vyvlastnění vysvětlovat individualismem, který ve svém důsledku vede k neo-moderní smrti. Smrt a umírání se už neodehrává na pozadí konfliktu soukromého a veřejného. Zájem soukromého se v silně individualizované společnosti stává částečně také sférou veřejnou (viz. 3.3), což se projevuje například v budování veřejných institucí, které mají svůj účel provádět tak, aby podporovaly sebe-vyjádření každého jedince (viz. 3.4). Na pozadí některých procesů se tedy může měnit nejen forma, ale také obsah smrti a umírání.

Ve společnostech, kde je identita více zakotvena v komunitě, v rodině, ve skupině, je strach ze smrti více strachem o přežití této skupiny [Walter 2005: 16]. Pro současnou západní společnost již tohle tolik neplatí a vlastní smrt stává v něčem problematictější. Podle Waltera „*se smrti bojíme, protože se obáváme ztráty sebe*“ [2005: 16].

Strach z vlastní smrti lze chápat opět pod vlivem individualizace o něco niterněji. Do sebe-projektování jedince zahrnuje také souhrn rozličných identit, které se vytvářejí v mnoha vztazích. Smrtí se ztratí i tato mnohotvárná dimenze jedince. Současně také pozůstalí, mezi něž řadíme všechny vztahy, v nichž byla osobní identita<sup>31</sup> zemřelého jedince zakotvena, se mohou cítit postiženi skrze tuto smrt i částečnou ztrátou vlastního já. Smrtí nehrozí zánik nějaké skupiny, ale do jisté míry narušení integrity osobních identit každé zúčastněné osoby. Částečně z tohoto důvodu již nemusejí být účinným mechanismem předchozí sociální formy vypořádávání se se smrtí, resp. jakési úkoly, které je potřebné po smrti realizovat

<sup>31</sup> Osobní identita („self-identity“) – Giddens ji definuje jako „reflexivní já“, „není to nic, co by bylo dáno, (...), nýbrž cosi, co musí být rutinně vytvářeno a udržováno v reflexivních aktivitách jedince [Giddens 1991: 52].

jako určitý obranný společenský mechanismus.<sup>32</sup> V neo-moderním případě smrti se tento úkol uskutečňuje prostřednictvím tzv. „*grief worku*“, pro který se v češtině hledá obtížně vhodný ekvivalent. Jedná se o psychologický proces vypořádávání se s významnou ztrátou, ať jde o smrt blízkého člověka, ztráty určitých životních jistot, zásadní změny v životě, atd. Podstata tohoto procesu spočívá v potřebě vyléčit vědomí zraněné nevyřešenou ztrátou, podobně jako se léčí zraněné tělo [Blatner 2006]<sup>33</sup>.

Přestože „*grief work*“ znamená určitou psychologizaci sociálních mechanismů zármutku, v rámci Walterova schématu skutečně sehrává podobnou úlohu jako v tradičním případě smrti plnily smuteční rituály.<sup>34</sup> Tato psychologizace je totiž jedním z dalších důsledků individualizace. Smysl umírání a smrti je jedinec nucen nalézt sám. Walter jako stoupenec revivalismu, ale spatřuje jisté východisko z této samoty právě v chápání „*grief worku*“ jako alternativy k ostatním sociálním mechanismům vypořádávání se se smrtí.

<sup>32</sup> V tradičním typu smrti rekonstrukce rolí, skrze dodržení společenských rituálů smutku. V případě moderní smrti zase rekonstrukce identity prostřednictvím soukromého žalu, projevovaný jen v rámci rodiny, kterou smrt nejvíce zasáhla, také proto, že osobní identita zemřelého v ní byla ukotvena.) [Walter 2005: 48]. (viz.3.3)

<sup>33</sup> Blatner [2006] vysvětluje principy „*grief worku*“ ve třech hlavních zásadách: 1) ventilace; 2) vcítění, 3) re-integrace.

Ventilace souvisí s problémem, na který odkazuje Kubíčková [2001], když hovoří o absenci vlídného prostředí pro pozůstalé a jejich potřeby. V případě, že jedinec nemluví o obtížích, které zažívá v souvislosti se ztrátou blízkého člověka, mohou podle Blatnera hrozit pocity deprese, nízkého sebehodnocení, pocity vlastní selhání, sebeobviňování apod. Pokud se ale jedinec dostává porozumění, ze strany terapeuta nebo jen přítele-laika, kterým se jedinec může otevřít, často úlevně zjišťuje, že jsou podobné pocity normální.

Druhý princip „vcítění“ v sobě zahrnuje skutečnost, že lidé, kteří v rámci procesu vypořádávání se se ztrátou, „*potřebují vyjádřit mnoho rozdílných, často protichůdných stránek svého já („self“)*. [Blatner 2006]. Na jedné straně mohou vyjadřovat smíření, hned následně ale mohou zase zcela iracionálně vyjadřovat hněv, atd. Se všemi těmito možnostmi se musí v rámci „*grief worku*“ počítat.

Třetí zásada „re-integrace“ v sobě zahrnuje integraci rozličných částí „self“, smíření jedince se ztrátou a znovu-objevení osobního smyslu a směřování [Blatner 2006].

<sup>34</sup> Tab.4 „Vyrovnávání se se smrtí“

	tradiční smrt	moderní smrt	neo-moderní smrt
odvaha v	modlitba	mlčení	rozhovor
strategie	rituál	soukromí pocitů	vyjádření se
laická podpora	sousedé, příbuzní	nukleární rodina	svépomocné skupiny
dohlíží kdo	kněz/soused	lékař/soused	poradce
dohlíží nad čím	duše/chování	tělo/chování	pocity

mírně upraveno dle Walter 2005:48

Ačkoli jsme strach ze smrti jako ze ztráty vlastního „já“ popisovali spíše ze zorného pole jedince-pozůstalého, který smrtí blízké osoby ztrácí část své osobní identity, samotný umírající je také vystaven podobným situacím ztráty.

Protože je v pozdně moderní společnosti do značné míry věcí jedince, jak si vytvoří svou osobní identitu, chce si přirozeně udržet co možná nejdéle jistou vliv nad dějem, který prožívá. Lépe řečeno se snaží neztratit kontrolu výkladem situace, která se ho přímo dotýká. Jelikož na něm samotném leží tíha odpovědnosti z možného selhání při sebe-projektování, nejvíce se obává ztráty této kontroly. Nemoc a smrt jsou jedním z těch nejzásadnějších narušení osobní identity také z toho důvodu, že představují postupné tělesné strádání a ztrátu ovládat vlastní tělo. Při procesu postupného fyzického úpadku a v rámci sociální smrti ztrácí do jisté míry svou osobní identitu. Neděje se tak z toho důvodu, že by mizely nějaké konkrétní rysy či charakteristické vlastnosti, které jedinci patří. V Giddensově pojetí osobní identity se tak děje proto, že selhává schopnost jedince reflexivně porozumět vlastnímu „já“ z hlediska své biografie [Giddens 1991]. Osobní identita předpokládá, že aktér reflexivně interpretuje svou souvislost v čase a prostoru, i to, jak je interpretován ostatními. V případě vážné nemoci je toto narušeno.

V neo-moderním modelu smrti se viditelně objevují tendence, které se snaží osobní identitu každého jedince podporovat až do konce. Je to vyjádřeno zejména respektováním vlastního „já“, jakožto autority (viz. schéma, kap. 3.4). Vlastní „já“ (*self*) vstupuje do procesu umírání jako aktivní subjekt, který tak může pokračovat v sebe-projektování. Jinými slovy podílet se v rámci možnosti na vytváření své osobní identity, neboť mu v podmínkách neo-moderního modelu zůstává jistá míra kontroly nad vlastní biografií.

Koncept „udělat po svém“ (viz. Tab.3) přítomnost kontroly implikuje. V případě umírajícího je ovšem problematická míra sebe-kontroly. Vážně nemocné tělo často nepodléhá vlastní vůli jedince. Kontrola je proto zákonitě doprovázena jistou nutnou mírou závislosti. Dochází proto k jistému oddělení těla a vlastního „já“ (*self*), které je v pozdní modernitě v rámci sebe-projektování s tělem naopak ztotožňováno.<sup>35</sup> Sebe-určení (*self-determination*) se už v této fázi nemůže plně vyjadřovat prostřednictvím těla, proto se projevuje skrze míru autenticity jedince v procesech rozhodování o způsobu léčby, samozřejmě po

---

<sup>35</sup> Viz. problém fragmentizace „já“ (kap. 1.2)

konzultacích s lékařem, který zastupuje „expertní systém“ (Giddens 1991), o tom, kde a jak si přeje zemřít, atd. Míra individualizmu dokonce došla tak daleko, že sebe-projektování překračuje život konkrétního aktéra. Některé pohřební rituály totiž už reflektují také kulturní diverzitu a skutečnost, zda byl zemřelý příslušníkem nějaké menšiny nebo hnutí. Jinými slovy ctí jeho osobní identitu. Clark a Seymourová na ukázkou uvádí příklad pohřbů feministických, gay-pohřbů nebo specifického pohřebního rituálu ekologických aktivistů [2002:14].

Udržení osobní identity umírajícího je umožněno také prostředky paliativní medicíny, která přistupuje k potřebám jedince holisticky (viz.2.2). Zároveň i skutečnost, že umírající není vytržen ze svých rodinných vazeb, pokud je mu umožněno umírat doma nebo v hospici, nesporně přispívá k zachování jeho sebeurčení.

## Z á v ě r

Přestože na faktu, že jsme smrtelní, nic nezměníme a víme, že jde o jednu z malá pevných jistot našeho života, nelze analýzu umírání a smrti z pozic sociologie odmítat jako zbytečnou. Umíráme totiž v konkrétním sociálním a kulturním kontextu, což nutně ovlivňuje naše vlastní postoje ke smrti. Smrt je sice konstantní biologickou daností, ale jako sociální fenomén se zákonitě proměňuje. Záměrem bylo jednak prokázat, že má smysl reflektovat smrt jako sociologický problém, jednak soustředit se na hlavní sociokulturní tendence v pojetí smrti.

V práci je možné postřehnout určitou několikrát se objevující linii, která v jistém smyslu vystihuje vývoj vztahu společnosti ke smrti. Zjednodušeně ji lze nejlépe shrnout triádou: Boží vůle, expertní znalost, „já“ (*self*).

Poprvé se tato linie poněkud zastřeně ukazuje v 1. kapitole, když jsme se pokusili postihnout vývoj uvnitř sociologických subdisciplín, které v jistém ohledu připravovaly půdu pro sociologii umírání a smrti. Záměrně se zmiňujeme právě o sociologii náboženství, sociologii medicíny a sociologii těla, neboť už fakt v jakém sledu se tyto subdisciplíny postupně konstituovaly, napovídá o určitých reflexích, které se ve společnosti objevovaly a podle nás přirozeně vyústily v ustavení sociologie umírání a smrti. Tématu smrti se jistě dotkly i jiné oblasti sociologie. Jen namátkou lze uvést například feministické proudy, pro které má význam třeba otázka sociální smrti nebo role ženy jako pečující o umírajícího. V jedné z prvních podkapitol jsme zase citovali profesora Možného, kde hovoří o důležité vazbě mezi problematikou smrti a sociologickým studiem rodiny. Podobných souvislostí dalších společenskovedních oborů s tematikou umírání a smrti bychom našli jistě více. Žádnou jinou oblast by ale podle nás nebylo možné označit jako určité východisko pro sociologii umírání a smrti jako je tomu v případě tří zmiňovaných sociologických subdisciplín.

Ve druhé kapitole, kde na základě lékařského členění smrti do tří fází uvádíme některé sociologicky relevantní problémy, které jsou v některých případech doplněny o realizovaný výzkum, lze jen obtížně uplatnit načrtnutou linii. Jedině snad tehdy, pokud s jistou dávkou imaginace a nutnou mírou určitého zjednodušení přijmeme interpretaci fází *pre finem*, *in finem* a *post finem*, jako obrácené triády Boží vůle, expertní znalost, „já“. Boží vůle jako součást



náboženského myšlení určitým způsobem legitimizuje smrt člověka, ale důležitější roli plní jako útěcha, když umírajícímu a následně pozůstalým poskytuje jistou interpretaci života po smrti a slibuje naději na věčný život. Boží vůle jako prvek triády by proto bylo možné přiřadit k fázi *post finem*.

Význam expertní znalosti ve formě lékařského rozhodování byl před konstitucí paliativní medicíny chápán především jako souboj lékaře se smrtí. Oddálení fáze *in finem* se v paradigmatu medicíny vnímalo jako vítězství vědy nad přírodou. Tento postoj do jisté míry mění právě zmiňovaná paliativní medicína, která na první místo staví kvalitu života nad jeho kvantitativním prodlužováním.

Zbývající fázi *pre finem* lze označit za významnou etapu smrti hlavně v posledních desetiletích, kdy se s pokrokem medicíny a jejích diagnostických metod fáze *pre finem* stále více prodlužuje. Jedinec tak musí čelit pro společnost do značné míry nové zkušenosti, kterou představuje život s nevléčitelnou smrtelnou chorobou. Ústřední roli zde proto ze zmiňované triády hraje prvek „já“. Jedinec je nucen reflektovat přítomnost smrtelného ohrožení s perspektivou zhoršujících se životních podmínek, což ovlivňuje procesy sebe-projektování a sebe-určení.

Jak bylo výše uvedeno druhá kapitola se zmiňované linii poněkud vymyká, přesto lze s jistou tolerancí objevit společné body s triádou i v této části. Naopak je tomu ve třetí kapitole, kde je paralela k triádě zcela zjevná.

Ve třetí kapitole se zaměřujeme na vysvětlení koncepce Tonyho Waltera, jehož typologie tradiční, moderní a neo-moderní společnosti odpovídá linii triády s prvky Boží vůle, expertní znalost a „já“. V této části je vlastně podstata této linie vysvětlena právě prostřednictvím Walterovi revivalistické koncepce.

Čtvrtá kapitola se soustředí hlavně na oblast otázek kolem jediného prvku z triády: „já“. Poslední kapitola se tedy částečně vymyká z celého konceptu práce, protože neobsahuje celou triádu, ale jen její část. Ovšem právě nahlédnutí problematiky ze zorného úhlu „já“ nabízí do značné míry novou perspektivu, která v jistém ohledu překračuje tezi tabuizace smrti. Zastavme se blíže právě u tohoto posledního pojetí smrti, protože vychází ze sociálních podmínek současnosti nebo blízké budoucnosti, a tak se nás nejvíce přímo dotýká. Abychom jej pochopili v co nejširších souvislostech, shrňme si místa v této práci, na která jsme aplikovali prvek „já“ ze zmiňované triády. Šlo o tyto oblasti: sociologie těla, fáze *pre finem*,

revivalistická koncepce neo-moderní smrti a v neposlední řadě problematika sebe-projektování obsažena ve 4. kapitole.

V části pojednávající o sociologii těla jsme nastínili vztah těla a „já“, který se uskutečňuje převážně skrze sebe-projektování. Význam umírání pro sociologii těla vychází právě z tohoto faktu, neboť v době tělesného strádání a úbytku fyzických sil se nutně transformuje projekt vlastního „já“. Vážná choroba podstatně ovlivňuje pojetí těla jako prostoru pro vytváření osobní identity. Může docházet k situacím fragmentizace „já“, což znamená určitou distanci „já“ od vlastního těla. V krajním případě, kdy se jedinec cítí uvězněn v těle, se kterým se nedokáže vyrovnat, může distance od těla přerůst v totální ztrátu „já“, tzv. „vypnutí se“. Lawtonová [1998] na základě svého výzkumu v hospici formulovala koncepci tzv. „neohraňčeného těla“, v nichž vyjádřila hlavní příčiny stavu totální ztráty „já“.

Jak již bylo uvedeno, v současnosti se neustále prodlužuje fáze *pre finem*, což pro jedince představuje do jisté míry novou situaci života se smrtelnou chorobou. Revivalistická koncepce neo-moderní smrti se snaží tuto změnu reflektovat v důrazu na autoritu vlastního „já“, které si má samo určovat, v rámci nezměnitelných podmínek daných nemocí, průběh umírání, způsob péče apod. Společnost má zejména svými institucionálními prostředky podporovat jedince v jeho právech na aktivním podílení se na léčbě a péči, tak aby nebylo potlačeno jeho sebe-určení.

Revivalismus nabízí jisté východisko, jak se v podmínkách pozdní modernity nejlépe vyrovnat s faktem umírání a smrti. Je však třeba upozornit, že nastíněný model neo-moderní smrti představuje jakýsi ideální typ, ke kterému se lze různě úspěšně přibližovat. Revivalismus bezesporu přinesl nové pojetí v otázkách umírání a smrti ve společnosti, ale sám se ještě potýká s určitou vnitřní tenzí. Na jedné straně stojí stoupenci pozdně moderního proudu, kteří podle Waltera za každou cenu prosazují právo každého znát celou diagnózu své nemoci. Zároveň jsou přesvědčeni, že každý jedinec potřebuje vyjádřit své pocity nebo o nich přinejmenším alespoň hovořit. V neposlední řadě zastávají názor, že je pro pečující nezbytné vytvořit s umírajícími podmínky „kontextu otevřeného uvědomění“ (viz kap. 1.1). Na druhé straně postmoderní proud upozorňuje na širokou rozmanitost zkušenosti se smrtí. Někteří umírající například nechtějí vědět, že umírají, nebo

necítí potřebu hovořit o svých pocitech (Walter 2005: 186). Tento druhý proud je tedy radikálnější v důrazu na autoritu vlastního „já“ v procesu umírání, protože požaduje respektování diverzity postojů a hodnot každého jedince.

Smrt zůstává obávanou skutečností každého jedince v rámci všech sociálních a kulturních kontextů. Mění se jen způsoby, jak se tento strach nejčastěji projevuje a současně se mění postupy, jak ho zmírňovat. Například i tím, že je smrt společností částečně nebo zcela vytěšňována, což není doména vlastní jen moderní společnosti (Kübler-Rossová 1993: 4-5). Strach ze smrti převládající v současné západní společnosti je spíše obavou jedince ze ztráty fyzické, psychické i sociální integrity zejména ve fázi *pre finem*. Zatímco v tradičních společnostech se strach ze smrti zakládal více na obavě o osud duše po smrti, v současné době se častěji obáváme ztráty kontroly nad vlastním sebeprojektováním v období smrtelné choroby. Důvodem je jednak silný akcent na jedince a jeho iluzorně neomezené možnosti sebe-určení, které převládají v silně individualizované společnosti, jednak posouvání hranic studu v rámci „civilizačního procesu“ (Elias 1976).

## Literatura

- Alan, J. [1989]: *Etapy života očima sociologie*, Praha: Panorama
- Ariès, P. (1974 [2000]) : *Dějiny smrti I.*, Praha: Argo
- Ariès, P. (1977 [2000]): *Dějiny smrti II.*, Praha: Argo
- Badham, P., Ballard P. et al. [1996]: *Facing Death: An Interdisciplinary Approach*, Cardiff: University of Wales Press
- Bártlová, S. [2005]: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Praha: GRADA Publishing
- Bauman, Z. (1993 [1995]): *Úvahy o postmoderní době*, Praha: SLON
- Bláha, I. A. [1997]: *Československá sociologie*, Brno: Doplněk
- Blatner, A. [2005]: *Some Principles of Grief Work* [cit.19.3.2007]  
dostupné na: [www.blatner.com/adam/psyntbk/grief.htm](http://www.blatner.com/adam/psyntbk/grief.htm)
- Clark, D. et al.[1993]: *The Sociology of Death: theory, culture, practise*, Oxford: Blackwell Publishers
- Clark, D., Seymourová, J.E. (1999 [2002]): *Reflections on Palliative Care*, Buckingham and Philadelphia: Open University Press
- Clark, D., Wright, M.[2003]: *Transitions in end of life care: Hospice and related developments in eastern Europe and central Asia*, Buckingham: Open Univesity Press
- Davies, D. J. (2005 [2007]) : *Stručné dějiny smrti*, Praha: Volvox Globator
- Elias, N. (1984 [1998]): *O osamělosti umírajících v našich dnech*, Praha: Nakladatelství Franze Kafky
- Giddens, A. (1991 [2001]): *Modernity and Self-Identity*, Cambridge: Polity
- Giddens, A. (1990 [2003]): *Důsledky modernity*, Praha: SLON
- Goffman, E. (1963 [2003]): *Stigma*, Praha: SLON
- Haškovcová, H. (1994 [2002]): *Lékařská etika*, Praha: Galén
- Haškovcová, H. [1975]: *Rub života – líc smrti*, Praha: Orbis
- Haškovcová, H. [1985]: *Spoutaný život*, Praha: Panorama
- Haškovcová, H. [2000]: *Thanatologie.. Nauka o umírání a smrti*, Praha: Galén
- Hell, K. [2001]: *Victorian Mourning Garb* [cit. 21.2.2007] dostupné na:  
[www.morbidoutlook.com/fashion/historical/2001\\_03\\_victorianmourn.html#top](http://www.morbidoutlook.com/fashion/historical/2001_03_victorianmourn.html#top)

- Howarthová, G. [2007]: *Death and Dying. A sociological introduction*, Cambridge: Polity
- Howson, A. ([2005]): *The Body in Society. An Introduction*, Cambridge: Polity
- Illich, I. (1976 [2002]): *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London - New York: Marion Boyars
- Kastenbaum, J. R. [2004]: *Death, Society, and Human Experience*, Boston: Pearson Education
- Kearl, M.C. [1989]: *Endings: A Sociology of Death and Dying*, Oxford - New York: Oxford University Press
- Keller, J. [2004]: *Dějiny klasické sociologie*, Praha: SLON
- Křížová, E. [2006]: *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*, Praha: SLON
- Kubičková, N. [2001]: *Zármutek a pomoc potůstalým*, Praha: ISV nakladatelství
- Lawsonová, J. [1998]: „Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and „dirty dying““, *Sociology of Health and Illness*, Vol.20 (No.2: 121-143)
- Littlewood, J. [1993] „The denial of rites of passage in contemporary societies“ in Clark, D. (ed.): *The Sociology of Death: theory, culture, practise*, Oxford: Blackwell Publishers
- Mellor, P.A. [1993]: „Death in high modernity“ in Clark, D. (ed.): *The Sociology of Death: theory, culture, practise*, Oxford: Blackwell Publishers
- Mill, J.S. (1891 [2000]): *August Comte and Positivism*, Adamant Media Corporation, [cit. 15.2.2007]  
dostupné na:  
[http://books.google.com/books?vid=ISBN140219949X&id=tX-PHTu\\_GQEC&pg=PA153&lpg=PA153&ots=NtR8VnKpMO&dq=auguste+comte,+dead,+seven+years&sig=v07brU-pUbP-P8wFQAukjWa8okM#PPA152,M1](http://books.google.com/books?vid=ISBN140219949X&id=tX-PHTu_GQEC&pg=PA153&lpg=PA153&ots=NtR8VnKpMO&dq=auguste+comte,+dead,+seven+years&sig=v07brU-pUbP-P8wFQAukjWa8okM#PPA152,M1)
- Mulkay, M. (1991[1993]): „Social death in Britain“ in Clark, D. (ed.): *The Sociology of Death: theory, culture, practise*, Oxford: Blackwell Publishers
- Možný, I. [1990]: *Moderní rodina (mýty a skutečnost)*, Brno: Nakladatelství Blok
- Nuland, S.B. (1994 [1996]): *Jak lidé umírají. Úvahy o závěrečné kapitole života*, Praha: Knižní klub.
- Pollack, R. (1999 [2003]): *Chybějící okamžik.. Jak nevědomí utváří moderní vědu*, Praha: Mladá fronta

- Přidalová, M. [1998]: „Proč je moderní smrt tabu?“ *Sociologický časopis*,  
Vol. 34 (No. 3: 347-361)
- Rajčanová, M. (2001): *Sociální život mrtvol: Jednání a identity zemřelého na cestě k pohřbení*. [cit. 7.2.2007]  
dostupné na: <http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v2502>
- Rotter, H. [1999]: *Důstojnost lidského života*, Praha: Vyšehrad
- Seale, C. [1998]: *Constructing Death, The Sociology of Dying and Bereavement*,  
Cambridge University Press: Cambridge
- Shilling, C. (1993 [2004]): *The Body and Social Theory*, London: Sage  
Publications
- Sláma, O., Špinko, Š. [2004]: *Koncepce paliativní péče v ČR*, Praha: Cesta domů
- Sontagová, S. (1978, 1989 [1997]): *Nemoc jako metafora. Aids a jeho metafory*,  
Praha: Mladá fronta
- Šubrt, J. [2001]: *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*, Praha: ISV  
nakladatelství
- Šubrt, J. et al. [2006]: *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*,  
Praha: Karolinum
- Thompson, K. (1996 [2001]): *Klíčové citace v sociologii: Hlavní myslitelé, pojmy  
a témata*, Brno: Barrister a Principal
- Thosmasma, D.C., Kushnerová, T. et al. [2000]: *Od narození do smrti. Etické  
problémy v lékařství*, Praha: Mladá fronta
- Turner, B.S. (1984 [2004]): *The Body and Society*, London: SAGE Publications
- Vorlíček, J. et al. [2004]: *Paliativní medicína*, Praha: GRADA Publishing
- Walter, T. (1994 [2005]): *The Revival Of Death*, London and New York:  
Routledge
- Walter, T. [1993]: „Sociologist never die: British sociology and death“ in Clark,  
D. (ed.): *The Sociology of Death: theory, culture, practise*, Oxford: Blackwell  
Publishers