

TANATOLOGIA SOCIALĂ CA ARIE DISTINCTĂ DE STUDIU A SOCIOLOGIEI MEDICINEI ȘI SOCIOLOGIEI CLINICE

Dr. SORIN M. RĂDULESCU

O preocupare aparte a sociologilor legată de domeniul medical o reprezintă activitatea de cercetare și intervenție în aria *tanatologiei* (studiul morții și al fenomenelor care conduc la moarte). Referindu-se la faptul că, în pofida contribuțiilor lui E. Durkheim la analiza sinuciderii, „*sociologia morții*” reprezintă o „arie de cercetare neglijată”, o serie de sociologi¹ au apreciat că însăși moartea reprezintă un fenomen sociologic. G. Vernon, autor, între altele, a unei lucrări de sociologia morții² sublinia următoarele caracteristici ale acestui fenomen: **a.** moartea are multiple dimensiuni sociale; **b.** trecerea în neființă este un proces social; **c.** moartea și procesul morții sunt implicate în toate sistemele sociale; **d.** condițiile sociale pot contribui la evitarea sau la apariția morții.

În ultimele două decenii, o dată cu generalizarea preocupărilor de sociologie clinică și de tanatologie socială s-au intensificat cercetările cu privire al problemele sociale ale bolnavilor sau bătrânilor aflați în curs de a muri, cele vizând reacțiile sociale la apariția morții și acelea referitoare la categoriile de profesioniști aflați în contact direct cu persoanele care au murit sau sunt în curs de a muri, printre care medici, asistente, surori, clerici, reprezentanți ai serviciilor funerare etc. De aceea, majoritatea lucrărilor de sociologia medicinei includ, în prezent, capitole sau secțiuni speciale dedicate preocupărilor de tanatologie socială printre care atitudinile, valorile și reacțiile bolnavilor incurabili față de moarte, răspunsurile familiei și ale societății, ceremoniile și formele de organizare instituționalizată care intervin odată cu apariția acestui eveniment etc.

Dintre noțiunile sociologice cele mai frecvent utilizate în domeniul tanatologiei pot fi menționate următoarele: „devianță”, „definirea situației” (teorema lui Thomas: *dacă oamenii definesc situațiile ca fiind reale, atunci ele sunt reale în ceea ce privește consecințele lor*), „etichetare” („stigmatizare”), „reacție socială” etc.

Astfel, orice boală, inclusiv cea incurabilă, poate fi definită în termeni funcționaliști ca devianță de la rolurile sociale normale (T. Parsons)³

¹ W. Faunce, R. Fulton, *The Sociology of Death; A Neglected Area of Research*, în „Social Forces”, nr. 36, 1958, p. 205—209; Kübler-Ross E., *On Death and Dying*, New York, Macmillan, 1969; G. Vernon, *Sociology of Death; An Analysis of Death-Related Behaviour*, New York, Ronald Press Company, 1970, *Clinical Sociological Perspectives on Illness and Loss. The Linkage of Theory and Practice* (edited by Elisabeth J. Clark, Jan M. Fritz, Patricia P. Rieker), Philadelphia, The Charles Press, Publishers, 1990 etc.

² G. Vernon, *Op. cit.*, p. 3.

³ Talcott Parsons, *The Social System*, New York, The Free Press, 1951.

sau ca abatere de la normele cu caracter biologic, datorită unor mecanisme patogeneice (E. J. Clark)⁴. Spre deosebire, însă, de rolul de bolnav „obișnuit”, așa cum a fost definit de către Parsons, și care implică o deviere temporară, legitimată de societate, de la cerințele normative, bolnavul incurabil are o situație specifică definită ca fiind ireversibilă, care nu-i mai permite revenirea la rolurile normale și la condiția de bunăstare fizică, psihică și socială anterioară. Întrucât în societatea contemporană nu există cerințe sau așteptări pe linie de rol în ceea ce privește bolnavul incurabil, nu există nici prescripții normative pentru comportamentul acestuia sau pentru comportamentul altora față de el. Această absență a normelor cu privire la conduita adecvată a bolnavului incurabil — subliniază E. J. Clark⁵ — sporește suferința acestuia și face să crească gradul său de alienare, de înstrăinare față de societate.

În condițiile punerii unui diagnostic care califică drept ireversibilă starea unui pacient incurabil, intervin o serie de mecanisme, de etichetare care pot avea, în majoritatea cazurilor, consecințe negative pentru situația, pacientului. Sociologii au evidențiat faptul că, în aceste condiții, cei mai mulți profesioniști ai domeniului medical încep să utilizeze tehnici de „evitare” sistematică pentru a se ține cât mai la distanță față de bolnavul incurabil. Surorile, de exemplu, răspund mai puțin frecvent solicitărilor acestuia, decât o fac în cazul pacienților obișnuiți. Pe de altă parte, în marea majoritate a cazurilor, evaluările făcute de medicii sau surori, la fel ca și atitudinile acestora sunt elaborate în baza unor criterii care diferențiază „pierderea socială” implicată de moartea diferiților pacienți în funcție de o serie de variabile individuale și sociale printre care vârsta, ocupația, clasa socială, cunoștințele bolnavului⁶. La rândul lor, membrii familiei și prietenii adoptă o conduită diferită de cea normală față de bolnavul incurabil, angajându-se într-o suferință (tristețe) „anticipativă”⁷ care nu poate avea decât consecințe negative asupra stării bolnavului. În același timp, această suferință anticipativă are și o funcție pozitivă pentru membrii familiei, întrucât îi obișnuiește cu rolul de supraviețuitor, obligându-i să se socializeze în raport cu cerințele acestuia și să experimenteze câteva dintre posibilele răspunsuri la suferință.

Considerând că, o dată cu punerea diagnosticului de bolnav incurabil, acesta este privit de către medic, familie sau prieteni ca fiind „mort”, ca atare, atributele sale sociale încetând să mai funcționeze ca o condiție de acordare a unui tratament adecvat, unii sociologi⁸ au subliniat importanța morții „sociale” sau „simbolice” care are ca efect reducerea implicării afective a membrilor familiei față de problemele bolnavului și deplasarea preocupărilor lor spre alte sfere de interes. R. Kalish⁹ clasifică moartea

⁴ Elisabeth J. Clark, *Overview of Sociology's Contribution to Intervention in Life-Threatening Illness, Dying, Loss and Grief*, in *Clinical Sociological Perspectives on Illness and Loss*, edit. cit., p. 3.

⁵ *Idem*, p. 4.

⁶ B. Glaser, A. Strauss, *The Social Loss of Dying Patients*, în „American Journal of Nursing”, nr. 64, 6, 1964 (Conform cu Elisabeth J. Clark, *op. cit.*, p. 2).

⁷ E. Lindemann, *Symptomatology and Management of Acute Grief*, în „American Journal of Psychiatry”, nr. 101, 1944 (Conform cu Elisabeth J. Clark, *op. cit.*, p. 8).

⁸ R. Kalish, *Social Distance and the Dying*, în „Community Mental Health Journal”, nr. II, 1966 (Conform cu Elisabeth J. Clark, *Op. cit.*, p. 8).

⁹ *Idem*.

socială în două categorii sau roluri, cel mai adesea complementare : **a.** atunci când individul se definește el însuși ca fiind „mort” sau ea și cum ar fi murit deja ; **b.** atunci când individul este definit ca atare de către alții. Acceptarea acestor definiții produce o predicție (profeție) constructivă, care grăbește moartea bolnavului incurabil.

Moartea, însăși, are înțelesuri și semnificații diferite pentru variate societăți și grupuri sociale. Unele societăți reacționează într-un mod diferit față de alte societăți în raport cu actul morții, de la un mod fatalist de a privi acest act, la un mod „instrumental”, de intervenție activă care mobilizează resursele colectivității pentru a-l combate. Atât indivizii, cât și societățile prezintă atitudini diferite în fața acestui fenomen, atitudini care reflectă sisteme normative și practici culturale deosebite. Chiar în cursul istoriei, atitudinile față de moarte au evoluat, acestea schimbându-și semnificațiile în funcție de : **a.** interpretările religioase (de la sacru la profan) ; **b.** configurațiile demografice (de la cei mai tineri la cei mai vârstnici) ; **c.** localizările morții (de la moartea în căminul familial la cea „instituționalizată”).

Spre deosebire de societățile tradiționale, caracterizate de un slab nivel tehnic și de o mortalitate ridicată, și în care rolul indivizilor aflați pe moarte era fixat prin obiceiuri și tradiții, în societățile contemporane caracterizate de progresul tehnicilor și metodologiilor medicale, care au redus procentele de mortalitate, rolul indivizilor care sunt în curs de a muri are o serie de ambiguități. O serie de studii efectuate în acest domeniu au evidențiat următoarele cinci etape prin care trec bolnavii incurabili în drumul lor spre moarte : **a.** refuz și izolare ; **b.** furie ; **c.** negociere ; **d.** deprimare ; **e.** acceptare (resemnare)¹⁰. Deși nu toate persoanele aflate în curs de a muri trec prin toate aceste stadii, unii autori consideră că acestea reprezintă o succesiune *tipică* (în sensul unui tip ideal), cu caracter prescriptiv, care atrage din partea medicilor și surorilor cele mai frecvente interpretări cu privire la comportamentul pacientului, făcându-i să adopte anumite atitudini și reacții, cel mai adesea cu rol de predicție constructivă. Stadiile menționate, evidențiate de către Elisabeth Kübler-Ross, în lucrarea sa *Death and Dying* (1968), au fost identificate ca urmare a informațiilor oferite de un lot de peste 400 bolnavi incurabili cărora li s-au aplicat interviuri în profunzime. Aceste interviuri au arătat că următoarele reacții sunt mai frecvente ca urmare a trecerii bolnavilor incurabili prin cele cinci stadii :

a. primul stadiu, *refuzul și izolarea*, este caracterizat de șocul pe care îl are bolnavul o dată cu aflarea diagnosticului, șoc concretizat în reacții tipice de genul : „Nu poate fi posibil !”, „Nu mi se poate întâmpla tocmai mie !”. O asemenea reacție de respingere a unui adevăr evident este determinată, se pare, de o anumită concepție contemporană asupra morții conform căreia împotriva acestui eveniment trebuie mobilizate toate forțele și resursele, indiferent de eforturi sau costuri. Acceptarea diagnosticului de boală incurabilă echivalează cu eșecul, cu recunoașterea faptului că nu mai e nimic de făcut în fața unui destin implacabil ;

b. cel de al doilea stadiu, *furia*, este acompaniat de o reacție tipică de genul : „Nu se poate !”, „De ce să mi se întâmple tocmai mie una ca

¹⁰ Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*, New York, Macmillan, 1968.

asta !". Această reacție este determinată de conștientizarea faptului că moartea, atât de impersonală și depărtată de obicei, a ales dintre toți tocmai pe bolnavul în cauză. De aceea, furia acestuia este îndreptată împotriva „supraviețuitorilor”, contra personalului de îngrijire (medici și surori), cărui i se reproșează tot felul de lucruri mărunte. La rândul lor, membrii personalului medical reacționează în mod tipic față de bolnavul incurabil, întârziind să răspundă solicitărilor sau chemărilor acestuia. Furia bolnavului incurabil reprezintă, de fapt, singura resursă de care mai dispune acesta în raport cu o situație caracterizată de incapacitate, suferință, alienare și, mai ales, „neputință de a schimba destinul”¹¹.

c. stadiul *negocierii* apare în momentul în care bolnavul incurabil renunță la reacțiile sale de furie în favoarea adoptării unei conduite care ar putea extinde cât mai mult perioada de timp rămasă până în momentul morții. Conștientizând faptul că furia sa nu are nici un efect asupra schimbării cursului bolii, pacientul adoptă strategia prelungirii, cât mai mult posibil, a timpului ce i-a mai rămas de trăit. Majoritatea negocierilor au loc între conștiința bolnavului și concepția sa religioasă, exprimate în forma : „Dacă tu, Dumnezeu meu, îmi mai acorzi un an de trăit, voi deveni un bun creștin” sau „Pentru încă un an de viață îmi voi dona organele mele cuiva care are nevoie de ele”. Această strategie a negocierii cu Dumnezeu reprezintă, de fapt, promisiunea unei schimbări de conduită în schimbul obținerii prelungirii vieții. Tranzacțiile pot avea loc și între pacient și membrii personalului medical, luând forma unui schimb cu aceștia. De exemplu, adoptarea unei conduite maleabile în schimbul permisiunii de a petrece sfârșitul săptămânii în familie, de a se plimba în curtea spitalului etc. ;

d. stadiul *deprimării* este însoțit de recunoașterea faptului că procesul negocierii s-a încheiat și urmează actul final al morții. Deprimarea îi face pe bolnavii incurabili să refuze orice contact cu vizitatorii săi, cu excepția, poate, a unei persoane foarte apropiate. În acest stadiu, bolnavul începe să se „pregătească” pentru pierderea persoanelor apropiate, separându-se de acestea și adoptând un gen de conduită similară unei „morți simbolice” care-l desparte de toți ceilalți și de realitățile vieții :

e. ultimul stadiu, cel al *acceptării (resemnării)* nu se manifestă ca o renunțare sau abdicare în fața morții, ci ca o conștientizare pozitivă a lucrurilor care au fost realizate de bolnav, exprimată în forma „Mi-am pus la punct, am rezolvat toate problemele de acum pot să mor liniștit”. O asemenea conștientizare echivalează cu un gen de memorare sau bilanț al lucrurilor bune sau rele realizate în viață, reprezentând o etapă care face egali pe cei care se pregătesc să moară cu cei care de abia încep să trăiască ; ambii au trebuințe fizice care trebuie îndeplinite de ceilalți (hrană, îmbrăiere etc.), ambii au alte trebuințe pe care doar o persoană apropiată și iubită, de care individul este dependent, le poate realiza.

Modelul descris de E. Kübler-Ross a adus o serie de clarificări asupra *procesului* morții, mai ales din perspectiva persoanelor care experimentează

¹¹ Această situație, prin trăsăturile sale, pare comparabilă cu starea de „anomie” a „indivizilor anomiei” în sensul impropriu pe care sociologii americani l-au dat noțiunii durkheimiene.

acest proces. Totuși, criticii acestui model au evidențiat următoarele deficiențe ale ciclului format din cele cinci stadii¹²:

a. aceste stadii se aplică strict numai bolnavilor incurabili care au suficient timp și destulă capacitate pentru a evalua și a se confrunta cu acest proces. Cu alte cuvinte, modelul se aplică numai acelor bolnavi conștienți de sfârșitul lor apropiat, nu și indivizilor care mor în accidente cu caracter traumatic sau celor care nu-și mai pot prezenta discernământul și capacitatea de interpretare;

b. ca și modelul lui Parsons cu privire la rolul de bolnav, modelul schițat de Kübler-Ross este aplicabil numai culturii, valorilor și conduitei membrilor clasei mijlocii, mai ales în ceea ce privește următoarele două stadii (negocierea și acceptarea);

c. nu toți indivizii trec prin aceleași stadii și nici nu le parcurg în aceeași ordine, întrucât există o varietate de situații și conduite determinate de factori sociali și culturali.

Realizat dintr-o perspectivă fenomenologică (situarea în universul bolnavilor incurabili ca grup social distinct), modelul menționat are, totuși, calitatea de a sugera căile prin intermediul cărora bolnavii incurabili pot fi ajutați să îndure mai ușor „stigmatul” dat de diagnostic și alienarea indusă de acesta. E. Mansell Pattison¹³, de exemplu, a distins șase căi prin care poate fi acordată asistență operațională unor asemenea bolnavi: **a.** reducerea anxietăților, incertitudinii și șocului emoțional dat de diagnostic, prin asumarea unor responsabilități precise în raport cu bolnavul; **b.** clarificarea și punerea în ordine a problemelor specifice ale vieții pacientului; **c.** menținerea unui contact uman stimulat în tot cursul procesului apropierii de moarte; **d.** ajutarea bolnavului să mențină o relație semnificativă cu realitatea vieții și cu ceilalți de care începe să se izoleze; **e.** îndeplinirea trebuințelor fizice și psihice ale pacientului, fără a-l face să-și piardă respectul de sine; **f.** încurajarea bolnavului de a accepta situația sa cu demnitate. Totuși, aceste căi de intervenție diferă în funcție de stadiile prin care trece bolnavul.

Aceste stadii — apreciază C. Charmaz¹⁴ — sunt, mai degrabă, consecința cererilor instituționale și ale trebuințelor personalului medical, decât un model „universal” al experienței morții. Din acest punct de vedere, etapa acceptării (resemnării) este, de fapt, un mijloc de a introduce un sens al „ordinii” în procesul de trecere în neființă, făcându-l pe pacient să-și accepte situația și să adopte o conduită corespunzătoare.

Considerând procesul morții dintr-o perspectivă sociologică, B. Glaser și A. Strauss¹⁵, care au utilizat observația participantă și interviul în mai multe spitale americane, au evidențiat procesul de interacțiune care se stabilește între pacienții incurabili, familiile lor, pe de o parte, și membrii personalului medical, pe de altă parte. Autorii menționați au elaborat următoarea tipologie a acestei interacțiuni, distingând patru „contexte de conștientizare” a morții iminente:

¹² Frederic D. Wolinsky, *The Sociology of Health. Principles. Practitioners and Issues*, second edition, California, Belmont, Wadsworth Publishing Company, 1988, p. 186—187.

¹³ E. Mansell Pattison, *The Experience of Dying*, New York, Basic Books, 1977.

¹⁴ C. Charmaz, *The Social Reality of Death: Death in Contemporary America*, MA, Addison-Wesley, 1980.

¹⁵ B. Glaser, A. Strauss, *Awareness of Dying*, Chicago, Illinois, Aldine Press, 1965.

a. conștientizarea închisă (restrânsă) — pacientul nu recunoaște că moartea sa este iminentă, deși ceilalți știu acest lucru;

b. conștientizarea bănuită — pacientul bănuiește că va muri, dar ceilalți nu-i spun nimic despre acest lucru;

c. prefăcătorie reciprocă — fiecare dintre părți, inclusiv pacientul, știe că moartea este inevitabilă, dar acționează și se comportă ca și cum pronosticul bolii ar fi optimist;

d. conștientizarea deschisă — toate părțile recunosc deschis și discută între ei caracterul inevitabil al morții.

Aceste contexte de conștientizare nu grăbesc, așa cum au considerat alți autori, procesul morții, ci determină doar modalitățile de interacțiune între pacient, membrii familiei lui și cei ai corpului medical, care de cele mai multe ori, evită să recunoască deschis iminența bolii. Conștientizarea deschisă a acestei iminențe permite, însă, atenuarea sentimentelor de alienare a bolnavului incurabil.

În domeniul tanatologiei sociale există multiple alte preocupări ale sociologilor, mai ales acelea care vizează contextele organizaționale în care se produce moartea indivizilor și care au un caracter din ce în ce mai „burocratizat” și mai puțin important pentru comunitate. În spitale, de exemplu, în care au loc majoritatea deceselor, moartea nu mai este „controlată” de către individ sau familia sa, ci de către membrii personalului medical, care privesc decesul pacienților ca un eveniment predictibil sau ca un procedeu de rutină. Aceasta contribuie la fenomenul de „depersonalizare”, a morții și chiar de „criză” a morții¹⁶ în sensul că nu există, în prezent, abordări și definiții adecvate care ar putea individualiza esența acestui fenomen sau eveniment, așa cum se petreceau lucrurile în societățile tradiționale. R. Fulton¹⁷ vorbește, în acest sens, chiar de o „deritualizare” a funeraliilor care devin, tot mai mult, un act formal, golit de conținut, care înlocuiește valențele sacre ale riturilor de altă dată ce aveau rolul important de a întări conștiința colectivă a unei comunități.

Integrându-se unui domeniu distinct al sociologiei aplicate denumit *sociologie clinică*, preocupările de tanatologie socială reprezintă numai o parte dintre preocupările sociologiei medicinei. Ca disciplină sociologică cu un statut științific distinct, la fel ca și cel al sociologiei medicinei, sociologia clinică își propune intervenția sociologică în tot felul de situații clinice atât în scopuri de evaluare, cât și pentru obiective de schimbare.

Cel mai adesea, sociologii clinicieni se ocupă de comportamentul social care apare spontan în situații problematice, la nivelul relațiilor interpersonale, grupurilor mici, organizațiilor, comunităților locale și chiar al comunității internaționale¹⁸. În general, sociologia clinică este considerată ca o contraparte a psihologiei clinice, a cărei acțiuni se desfășoară la nivelul grupului ca unitate de diagnostic și tratament¹⁹. Contribuțiile ei, care își revendică tradițiile din preocupările Școlii de la Chicago,

¹⁶ R. Blauner, *Death and Social Structure*, in „Psychiatry”, nr. 29, 1966 (Conform cu Elisabeth J. Clark, *Op. cit.*, p. 8).

¹⁷ R. Fulton, *Death and Identity*, revised edition, Bowie, MD, Charles Press, 1976.

¹⁸ Jan M. Fritz, *The Used of Sociology in Clinical Settings*, in *Clinical Sociological Perspectives on Illness and Loss*, edit. cit., p. 10–20.

¹⁹ Vezi, în acest sens, și articolul semnat de Sorin M. Rădulescu, *Sociologie clinică*, în *Dicționar de Sociologie* (coordonatori: Cătălin Zamfir, Lazăr Vlăsceanu), București, Edit. Babel, 1993, p. 576–577.

implică toate tipurile de situații problematice printre care abandonul copiilor, tulburările de comportament sau tendințele spre delincvență a acestora, conduitele antisociale, ale unor adulți, divorțurile, avorturile, problemele „vârstei a treia”, ale bolnavilor, sinucigașilor, persoanelor maltratate etc. Din acest punct de vedere, sociologia clinică se situează la răscrucea preocupărilor de sociologie a problemelor sociale, sociologie medicală și politică socială.²⁰ În domeniul medicinei, sociologia clinică a adus multiple contribuții mai ales în domeniul tratamentului și prevenției bolilor, al conștientizării de către medici a importanței contextelor micro-sociale și macrosociale în care se produc bolile, al evaluării deciziilor în materie de sănătate, al analizei conduitei medicilor și pacienților ș.a.

²⁰ Din perspectivă psihosociologică, fenomenul sfârșitului vieții, inclusiv exemplificări din datinile românești, este abordat de Septimiu Chelcea în studiul *Aplicații ale logicii interogative în cercetarea religiozității* din vol. *Rațiune și credință*, București, Edit. Științifică și Enciclopedică, 1988, p. 258—280.