

## O ZMIENNOŚCI POJĘĆ: SPOŁECZNA HISTORIA STAROŚCI

### ON THE VARIABILITY OF TERMS: SOCIAL HISTORY OF SENILITY

Iwona Młóżniak

Uniwersytet Warszawski\*

**Abstract:** The article is not a historical but a sociological presentation of the “history of the senility”. It traces the transformations of definitions of the old age and elderly in the context of the social history of the state. Historical presentation aims to clarify present culture, namely roots of the images of ageing. At the basis of this paper there lies the assumption that all the notions, including political ones, are cultural constructs.

**Keywords:** senility, discourse, raison d’etat, state, pensions, hospital.

#### OD STAROŚCI DO STARZENIA SIĘ: ZMIANY KONCEPTUALIZOWANIA PROBLEMATYKI OSÓB STARYCH

Jedno z najbardziej znanych stwierdzeń z pracy *Starość* Simone de Beauvoir, cytowane w wielu opracowaniach, mówi o tym, że historii starości nie da się napisać. Przytaczane jest oczywiście po to, aby stwierdzić, że francuska filozofka myliła się (Delumeau, 1995, s. 5). W niniejszej pracy przyjęto jednak inne założenie: de Beauvoir miała rację. Historii starości nie da się napisać, ponieważ to, co zwykle się rozumieć pod tym terminem, kilkaset lat temu nie istniało, a obecnie również zaczyna zanikać. Chodzi o pojęcie, opisujące konkretną kategorię osób. Starość jako „fakt biologiczny” liczony upływem lat istniała i istnieć będzie zawsze. Starość jako rozpoznawany społecznie etap życia zmienia się, by nie rzec, zanika. Być może w tym miejscu powinienam dodać: rozpoznawany i definiowany przez „klasy dominujące”, ustawodawstwo lub elity symboliczne. Tak samo jak doświadczenie (i rozumienie) starości pospółstwa (dziś byśmy powiedzieli: szarego człowieka) było inne niż szlachty i elity miast średniowiecznych oraz nowożytnych, jak wskazują Minois i Bois, tak też dzisiaj aktywne starzenie się jest przedmiotem dyskursu politycznego oraz elit symbolicznych. Nie neguje to doświadczenia starzejących się ludzi, ale – zapewne w przeciągu kilku pokoleń – wtłoczy je w inne ramy, nada odmienny sens społeczny.

Poniższa praca jest pracą socjologiczną, nie historyczną, dlatego nie ma na celu pokazania w sposób wyczerpujący dziejów pojęcia czy zmian w sposobach życia osób, które przekroczyły próg społecznej starości na przestrzeni stuleci. Nie sięga także do źródeł, a jedynie do opracowań. Jednakże dla pełnego obrazu tytułowego zagadnienia niezbędne jest naszkicowanie szer-

---

\* Instytut Socjologii, Instytut Filozofii, i.mlozniak@is.uw.edu.pl

szego tła historycznego i wskazanie pewnych punktów łączących starość z racjonalnością polityczną i państwem. Chodzi o pokazanie, że przemiany w definiowaniu starości w kierunku starzenia się, a nawet sama rosnąca popularność tego zagadnienia wśród polityków i badaczy, są wynikiem pewnych procesów historycznych. Bowiemyśmy mogli mówić o przejściu terminologicznym od starości w kierunku starzenia się, ta pierwsza musiała w pewnym momencie stać się rozpoznawalnym etapem życia.

Rozpoznanie w starych ludziach odrębnej kategorii społecznej, podobnie jak innych, które wyłoniły się w kształcie jaki znamy w nowożytności (dzieci, szaleńcy itp.), można łączyć z rozwojem państw nowoczesnych oraz typowej dla nich racjonalności. Truizmem byłoby stwierdzenie, że polityki tworzą, definiują lub absorbują jednostki, do których są skierowane (van Dyk et al., 2013; Powell, Biggs, 2003). W kolejnych częściach niniejszego artykułu staram się przedstawić przemianę sposobów myślenia o pewnym – z pozoru – naturalnym zjawisku, jakim jest starzenie się, a dokładniej jak w rozsianych wśród zapisków dotyczących ubogich, ubezpieczeń społecznych czy funkcji rodziny pojawia się i przekształca pewna kategoria społeczno-polityczna: ludzi potrzebujących opieki, niepełnosprawnych, wreszcie „funkcjonalnych” ze względu na swój wiek. Usiłuję również pokazać, w jaki sposób ten proces jest polityczny (staje się sprawą dla zinstytucjonalizowanej władzy i społeczeństwa obywatelskiego poprzez serię ustaw, działań organizacji charytatywnych, a współcześnie pozarządowych i programów aktywizacyjnych). Dlatego też przedstawiając historię starości, mniej uwagi poświęcę tak zwanym aspektom kulturowym (np. wizerunkowi starszych osób w sztuce), a skoncentruję się na wyłanianiu się i przekształcaniu kategorii społecznej ludzi starych. Jest to zresztą dość sztuczny podział, ponieważ istnienie określonych, możliwych do sklasyfikowania wizerunków świadczy o istnieniu kategoryzacji o znaczeniu społecznym.

Jeśli jednak nie w kierunku wizerunków utrwalonych w malarstwie, literaturze czy podaniach ludowych, to gdzie należy się zwrócić, próbując naszkicować przeszłość starości, która obecnie przechodzi przemianę definicyjną w proces „starzenia się”? Gdzie szukać „przodków” dyskursów o współczesnych „aktywnych” emerytach? Odpowiedź brzmi: w historii szpitali, domów opieki, w prawie spadkowym. A zatem w tych „miejscach” i pośród tych grup, z których wyłoniły się kategorie społeczne zagospodarowywane wraz z rozwojem liberalizmu i tzw. polityki witalnej. Nie będzie to ponowne pisanie historii szaleństwa lub dzieciństwa ze zmienionymi bohaterami, ale warto pamiętać, że pisząc o starości, mamy do czynienia z szerszymi zjawiskami dotyczącymi tego, co społeczne i polityczne. Nie można napisać historii starości jako takiej, a jedynie historię ludzi starych oraz opisać pojawianie się definicji starości czy wyobrażeń o niej w różnych konfiguracjach i polach społecznych. Innymi słowy, można opisać powstanie kategorii starości oraz to, jak „starość” przekształciła się w „starzenie się”.

### **STAROŚĆ JAKO UBÓSTWO: OD SZPITALA DO DOMU OPIEKI**

Opierając się na opracowaniach historycznych, można wydzielić z grubsza trzy okresy charakteryzujące się odmiennymi kategoryzacjami starości. Towarzyszą one przemianom formacji społeczno-gospodarczych lub tego, co Michel Foucault nazwał urządzeniami władzy i nie do końca pokrywają się z podziałem na epoki historyczne. W pierwszym istotnym z punktu widzenia wyłaniania się kategorii starości okresem były wieki XI-XVI (w Polsce), kiedy w miastach i na wsiach zaczęły powstawać szpitale. Były one połączeniem przytułku, noclegowni i lecznicy, dopiero w XIX wieku nabrały charakteru znanego obecnie (Komaryńska, 2010). Szpitale były dedy-

kowane ludziom ubogim. Oto pierwsza ważna w historii pojmowania starości wskazówka: starość łączono z ubóstwem. Nie chodzi jednak o przewijające się nieraz współcześnie obrazy zubożałych i samotnych staruszków oraz staruszek (choć takie sytuacje miały faktycznie miejsce), poszukujących pomocy w instytucjach kościelnych, ale o symboliczne zrównanie okresów życia i kategorii społecznych, których przedstawiciele nie byli samodzielni oraz zasilali szeregi tzw. ludzi luźnych. Byli to ubodzy (żyjący w nędzy, często na granicy minimum egzystencji), dzieci, kalecy, przewlekle i czasowo chorzy, szaleni, starcy, wreszcie żebracy i prostytutki niewykonyjące zawodu (Geremek, 1989). To właśnie im należała się chrześcijańska jałmużna – o ile na nią zasłużyli, to znaczy byli zdaniem darczyńców naprawdę niezdolni do pracy. W tej grupie to właśnie najmłodsze dzieci i starcy nie budzili żadnych wątpliwości. Pokazuje to, że starość nie była procesem (nie była postrzegana jako proces), ale nieuchronnym etapem w życiu.

### A. Pierwsze szpitale

Średniowieczne i późniejsze szpitale zarówno w Polsce, jak i za granicą przyjmowały wszystkich przedstawicieli wyżej wymienionych grup. Nie oznacza to jednak, że nie istniały wyspecjalizowane placówki. Historycy wyliczają szpitale dedykowane dzieciom, niemowlętom, pielgrzymom, ubogim (żebrakom), chorym i starcom (*gerontocomia*) (Lipiński, 2010, s. 9-10). Do tego wyliczenia należy także dodać lazarety dla chorych na trąd i chorych zakaźnie. Helena Komaryńska dzieli szpitale ze względu na przeznaczenie na zakłady lecznicze, przytułki i mieszane, choć podkreśla, że jest to podział, który w praktyce często ulegał zatarciu. Ścisłejsza klasyfikacja porządkuje szpitale pod względem administracyjnym na znajdujące się pod zarządem klasztoru, parafii i prepozyturalne (miejskie) (Komaryńska, 2010, s. 31). Wśród uczonych trwają spory odnośnie do tego, czy szpitale były instytucjami religijnymi, należącymi do kościoła, czy świeckimi. Bez wątplenia jednak pełniły funkcje porządkujące i klasyfikujące członków społeczeństwa, choć nie w sposób charakterystyczny dla nowoczesnego państwa. Podział przebiegał wzdłuż linii mieszkańcy – ludzie luźni, a ci ostatni: biedni zasłużeni i niezasłużeni. W tej kategorii mieścili się ludzie starzy niezdolni do samodzielnego utrzymania się z racji wieku (należy pamiętać, że wymagało ono znacznie większych zasobów energetycznych i siły fizycznej niż obecnie).

Szpitale w pierwszej fazie swego istnienia pełniły funkcje symboliczne, natomiast nie były miejscami faktycznego zamknięcia biednych. Przyjmowały do 12 rezydentów (liczba apostołów), często trzech (liczba kojarzona z Trójcą świętą), pięciu lub ośmiu (Lipiński, 2010). Pobyt w szpitalu oznaczał dla rezydentów stałe zamieszkanie, stąd w literaturze współczesnej terminologię można spotkać się z określeniem „przytułek”. Szpitale pełniły natomiast funkcje zarządcze w stosunku do miejskiej i wiejskiej biedy, podobnie jak klasztory i kościoły: rozdawały jałmużnę, żywność, czasem dużym grupom ludzi (Geremek, 1989, s. 52). Początkowo szpitale nie były też miejscami pracy przymusowej, jakimi stały się później. Oczywiście „pensjonariusze” mieli obowiązek wykonywania pracy na rzecz kościoła i parafii, w której znajdował się szpital, lecz zarazem istnienie szpitali nie miało na celu zlikwidowania żebrani. Jak stwierdza Konstytucja dla wszystkich instytucji dobroczynnych wydana przez Zwierzchność duchowną w 1672 r.: „Pkt. 2. Aby między ubóstwem kłótnia nie była, pieniężną jałmużną do jednej karbony kłaść będą, a co cztery niedziele one ksiądz proboszcz albo opiekun kluczyk do tej karbony mieć będzie przy sobie, jałmużnę zaś surową i żywą, albo zboża i jakiegokolwiek żywności opiekuni ubóstwu dzielić będą i stąd trzecia część na kapłana swojego odbierać i oddawać będą. (...) Pkt. 18. Mają zaś wiedzieć ubodzy, jaki obowiązek [modlitwy za darczyńców – I.M.] na się zaciąga-

ją, biorąc jałmużnę od ludzi (...)” (Lipiński, 2010, s. 314-315). Sytuacja zaczęła zmieniać się w Europie około XVI wieku w ustawodawstwie dotyczącym szpitali, w prawie miejskim i kościelnym wcześniej. Wiązało się to ze zmianą podejścia do ubóstwa (już nie było jednoznacznie pozytywnie oceniane) oraz pracy (stała się nie tylko obowiązkiem, ale też drogą do osiągnięcia osobistego szczęścia oraz wyznacznikiem przynależności do społeczności). Bronisław Geremek łączy te zmiany z rozwojem kapitalizmu oraz powstaniem nowoczesnego państwa. Jak stwierdził, kwestia ubogich stała się sprawą racji stanu (Geremek, 1989, s. 243). Przejawiało się to w centralizacji nadzoru nad szpitalami, uchwalaniu ustaw przeciwżebraczyh, wreszcie doprowadziło do tzw. „wielkiego zamknięcia” we Francji w XVII.

## B. Centralizacja opieki

W Polsce pierwsze próby objęcia szpitali centralną władzą państwową rozpoczęły się w XVIII wieku za panowania króla Augusta III (Leś, 2001, s. 38-39). Komisję szpitalną (organ nadzorczy placówki) warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus przekształcono w Radę Opiekuńczą pozostałych szpitali, a sam szpital Dzieciątka Jezus stał się Szpitalem Generalnym (Lipiński, 2010, s. 316). Kolejne ustawy miały na celu centralizację, czyli przeniesienie szpitali pod jurysdykcję państwową oraz nadanie im funkcji porządkowej (policyjnej w dawnym rozumieniu). W 1775 roku ogłoszono Konstytucję szpitalną, która zawierała zapis o zlikwidowaniu żebractwa („Żeby się pozbyć żebraków, osobliwie w Polsce urodzonych, mają być zabierani do szpitalów”) (Lipiński, 2010, s. 317). Ciąg dalszy zdania brzmi: „... którzy nie mogą sobie zarobić chleba, inni zaś do robót publicznych będą brani”, co oznacza „wysyłani do wybranych warsztatów i fabryk do darmowej pracy”). Kilkanaście lat później Sejm Czteroletni powołał do życia Komisję Policji. Do jej zadań należała „opieka społeczna” – jej dyscyplinarny i piętnujący charakter ukazuje poprzedni cytat – oraz przymusowe odstawianie do pracy żebraków (Leś, 2001, s. 39). Poza tym powstawało wiele prywatnych i półprywatnych inicjatyw dobroczynnych, jak np. Instytut Ubogich w Warszawie powołany przez bractwo wolnomularskie pod patronatem króla. Charakterystyczne dla okresu, w którym wyłaniała się nowoczesna państwowość było przenikanie przez administrację rządową do inicjatyw prywatnych i stowarzyszeniowych. W przytoczonym przykładzie było to możliwe dzięki „królewskiemu patronatowi”, który niejako sytuował instytucję w domenie władzy administracyjnej.

Kolejne lata i ustawy potwierdzały scentralizowanie opieki przez państwo, co oznaczało ustalenie się instytucji szpitali oraz urzędów odpowiedzialnych za ich funkcjonowanie jako miejsc kontroli społecznej, klasyfikacji, wreszcie normalizacji. Według Konstytucji Królestwa Polskiego z 1815 roku, nadzór nad „zakładami dobroczynnymi” miała pełnić Komisja Rządowa Spraw Wewnętrznych Rady Administracyjnej (Komisja Rządowa Spraw Wewnętrznych i Policji zmieniała kilkakrotnie nazwę, m.in. na Komisję Rządową Spraw Wewnętrznych Duchownych i Oświecenia Publicznego i Komisję Spraw Wewnętrznych i Duchownych). W 1817 roku utworzono organ nadzorczy nad instytucjami dobroczynnymi – Radę Ogólną Szpitali. Sprawowała ona ogólny nadzór nad tymi instytucjami w Królestwie Polskim, natomiast poszczególnymi placówkami administrowali burmistrzowie i wójtowie. W skład ówczesnych instytucji opieki społecznej wchodziły szpitale, domy opieki (w tym domy starców), domy pracy i poprawy (rodzaj zakładów poprawczych dla młodzieży). W XIX wieku w Polsce doszło do wyróżnienia starości w domenie państwa: w 1820 roku z inicjatywy magistratu powstał Miejski Szpital dla Starców, który finansowany był częściowo z funduszy magistrackich, a częściowo prywatnych. Podobnie jak we wcześniejszych szpitalach, poza osobami potrzebującymi („podupadłych i ubogich starców od 52 roku

życia”) przyjmował on również za opłatą bogatszych starców. Mieszkańcy mieli zapewnione ogrzewanie, oświetlenie, opiekę lekarską oraz zasiłek pieniężny na wyżywienie i ubranie (Lipiński, 2001, s. 279). Za tym przykładem poszły kolejne warszawskie placówki, tym razem założone przez stowarzyszenia religijne: Ewangelicki Dom Starców i Żydowski Dom Starców. Instytucja ośrodka przeznaczonego specjalnie dla osób starszych była znana już wcześniej. W Gdańsku ordynacja z 1551 roku nakazywała umieszczać zdrowych starców w szpitalach św. Ducha, św. Gertrudy i Wszystkich Aniołów Bożych (Kropidłowski, 1992, s. 41), a w Warszawie były to szpitale św. Ducha i Panny Maryi. Różnica pomiędzy Miejskim Szpitalem Starców a wcześniejszymi placówkami uwidacznia się w pozornie mało istotnej zmianie nazwy: Szpital Starców. Nie jest to jedynie terminologiczne uściślenie przeznaczenia nowo powstałych instytucji, ale również – a może przede wszystkim – znak zmiany na poziomie wyobrażeń o starości. Wprowadzenie nazwy dom/szpital starców sugeruje, że starość została uznana za „problem społeczny”, sprawę państwa, a jednocześnie ten „problem” został zaklasyfikowany jako naturalny, normalny, można by rzec, element kształtujący strukturę i kondycję społeczeństwa. Dom schronienia (szpital starców) nie był instytucją pracy. Starcy w szpitalach byli zazwyczaj zwolnieni z obowiązku pracy, lecz dotyczyło to osób niedołączonych i nie zależało od wieku. Poza tym w wiejskich parafiach starsi rezydenci szpitali obsługiwali kościoły (Woźniak, 1998, s. 75-86). Można zatem zaryzykować stwierdzenie, że w XIX wieku starość przestaje być ubóstwem, rozumianym nieomal mistycznie, jednoznacznym z całkowitą niedołącznością, a zaczyna funkcjonować jako demograficzny wyróżnik pewnej kategorii społecznej, jako etap życia. Wciąż – będzie tak nieomal do czasów współczesnych – jest to okres charakteryzujący się zwolnieniem z obowiązku pracy, swego rodzaju odsunięciem się na ubocze życia społecznego, czego nie należy jednak łączyć z wykluczeniem. Rzecz w tym, że część starych ludzi w XIX wieku i w wiekach wcześniejszych ma społeczne prawo do nieuczestniczenia w „aktywnym” życiu. Podkreślmy, jedynie część spośród osób starszych ma to prawo, ponieważ, parafrazując Pierre’a Bourdieu, to klasom wyższym przysługuje przywilej wyboru. W przypadku starych ludzi było to tzw. wykupienie miejsca w szpitalu, co wiązało się z lepszym wyżywieniem i warunkami zamieszkania, możliwość udania się do zakonu, co w średniowieczu było traktowane zarazem jako akt religijny i zapewnienie sobie opieki na czas niedołęstwa, lub pozostania we własnym domu pod opieką lekarza. Wydaje się, że także w XIX wieku starość klas wyższych nie była traktowana jako przedmiot klasyfikacji i normalizacji. Innymi słowy, wyodrębnianie się starości jako etapu życia wśród klas wyższych mogło mieć inny przebieg, jako że nie było wyznaczane przez prawo do przebywania w instytucji domu starców. Nie oznacza to, że wszyscy ubodzy trafiali do tych instytucji, a jedynie, że służyły ono zarządzaniu amorficzną grupą, masą, populacją, która dla władzy zajęła w miastach miejsce ubogich, „ludzi luźnych” (tzn. stała się dlań widzialna) (por. Foucault, 2011).

Wracając jednak do różnic strukturalnych, trzeba przypomnieć, że – jak wiadomo – już w średniowieczu istniały szpitale fundowane przez cechy rzemieślnicze i gildie zawodowe, które przyjmowały tylko ich członków. Te szpitale łączyły w sobie funkcje lecznicy i domu starców z przytułkiem dla wdów i sierot po członkach cechu lub gildii. Aby dostać się do takiego szpitala, należało być członkiem konkretnego stowarzyszenia, mieć odpowiednią pozycję społeczną. Przykładem takiej placówki był szpital św. Jakuba dla starych i chorych „ludzi morza”. Placówka została ufundowana w XV wieku w Gdańsku z inspiracji gildii szyprów. Szpital nie przyjmował jednak wszystkich marynarzy, a jedynie szyprów i kapitanów. Dodatkowym warunkiem była wierność Zakonowi Krzyżackiemu (w późniejszych latach: kupcom i armatorom) (Szerszewski, 2000). Innym pozostawały szpitale ogólne lub indywidualna troska o swój los, co sprowadzało

się często do żebrania. Były to dwa ograniczenia typowe dla szpitali i myślenia tego czasu w ogóle. Pierwszym była kwestia zasługi: jedynie biedni, którzy nie mogli pracować, zasługiwali na jałmużnę, wyłącznie mieszkańcy danego miasta zasługiwali na pomoc. Sprowadzało się to zatem do rozpoznania prawomocności roszczenia. Drugie ograniczenie można określić klasowym lub statusowym: tylko członkowie danego cechu lub gildii o określonej pozycji (np. nie niższej niż szypra) mogli korzystać z przywileju opieki, a wykupić miejsce w szpitalu, zapewniające godziwe warunki egzystencji i zwolnienie z obowiązku pracy, mogli jedynie starzy lub chorzy, którzy posiadali wystarczająco duży majątek. W takich instytucjach nie wyłania się wciąż jeszcze rozumienie starości jako etapu życia. Jest w nich ona jednoznaczna z ubóstwem, czyli biedą, chorobą, niemożliwością zarobkowania, cierpieniem, ale nie ze starością, tak jak jest dziś rozumiana. Możliwość spędzenia starości w szpitalu swojej gildii czy cechu nie była też średniowieczną poprzedniczką emerytury, choć ubezpieczenia emerytalne będą początkowo oparte o zasadę przynależności do konkretnej grupy zawodowej.

### C. Sfera rodzinna

„Tradycyjną” starość określa często na równi z emeryturą dom: w sensie zabudowań (przebywanie w nim) oraz rodziny (opieka nad gromadką wnucząt w wyobrażeniach często skonstruowana z samotną starością). Chodzi tu oczywiście o wyobrażenia i stereotypy, może nawet bardziej popkulturowe niż kulturowe. Czy istniała jakaś różnica w definiowaniu starości w tym drugim polu, którą można by uznać za znaczącą z punktu widzenia wyłaniania się starości jako etapu życia? Oczywiście nie sposób odróżnić wpływu przemian rodziny na przemiany polityki i na odwrót. Jednak warto zadać pytanie, czy opracowania historyczne mówią coś o starości w rodzinie?

Przede wszystkim w pracach stanowiących podstawę rekonstrukcji historycznych definicji starości opisy tej rodzinnej nie zajmują wiele miejsca. Zapewne dlatego, że starcy posiadający rodziny, które były w stanie ich utrzymać, nie trafiali do szpitali, a jeśli nawet tak, to stawali się po prostu kolejnymi ubogimi. Podobnie jak w prawie, tak też w rodzinie starość zaczynała się wtedy, gdy jednostka nie była w stanie sama pracować, gdy jej wygląd i stan zdrowia zaliczały ją do grupy zniepełniających lub gdy władza nad gospodarstwem domowym przechodziła w ręce kolejnego pokolenia, a kończyła się śmiercią. Oczywiście zwyczaję spadkowe określające typ rodziny (dwu lub wielopokoleniowa, mała lub poszerzona o kuzynów i innych krewnych) miały wpływ na pozycję starszych osób w rodzinie, a ta pośrednio na liczbę starców wśród żebraków i „pensjonariuszy” szpitali, jednak według współczesnych badaczy przekładała się głównie na stosunek dzieci do rodziców.

### D. Wieś

Większość opracowań historycznych koncentruje się na mieście, wieś XV, XIX czy nawet XX wieku wydaje się być domeną etnologów. Czy oznacza to, że rodząca się nowoczesna władza państwowa tam nie sięgała, że przemiany racjonalności politycznej i wyobrażeń kulturowych nie dosięgły chłopów? Czy może jest to jedynie wyobrażenie współczesnych (i dawnych) mieszkańców wielkich miast? Bez wątpliwości istniały różnice pomiędzy życiem na wsi i w mieście, choćby z powodu przymusowej, trwającej do XIX wieku, pańszczyzny chłopów. Zarazem jednak duża część ubogich i ludzi luźnych rekrutowała się właśnie spośród mieszkańców wsi, w tym starych wieśniaków.

Starość (niepełnoletność) miała znaczny wpływ na role społeczne pełnione na wsi, gdzie podstawowym wyróżnikiem statusu oraz sposobem utrzymania się przy życiu była uprawa ziemi i hodowla zwierząt – czynności wymagające sprawności fizycznej i odporności. Dlatego starość, która rozpoczynała się wraz z przekazaniem władzy nad domem młodszemu pokoleniu, w niektórych rejonach oznaczała zakończenie pełnienia aktywnych funkcji w społeczności wiejskiej, takich jak udział w naradach (Minois, 1995). Podobnie jednak, jak w przypadku rezydentów szpitali, status starego człowieka zależał nie tylko od czynników kulturowych czy „mentalności” ówczesnych ludzi, lecz był sprzężony ze statusem ekonomicznym jednostki, procesami gospodarczymi i politycznymi. Jak zauważył Andrzej Woźniak: „We wsi polskiej drugiej połowy XIX w. prawo własności do ziemi i zagrody dawało starym gospodarzom gwarancję względnie zabezpieczonego bytu – dożywocia – w okresie, gdy nie byli zdolni do cięższej pracy. Tego rodzaju zabezpieczenie nieznanne było na mazowieckiej wsi pańszczyźnianej”. Dopowiada następnie za innym historykiem, że „przejście gospodarstwa w inne ręce” było konieczne w przypadku braku sił starego gospodarza, ponieważ inaczej nie byłoby możliwe odrabianie pańszczyzny i płacenie czynszu z gospodarstwa (Woźniak, 1998, s. 75). Spędzenie pozostałych dni życia w domu wcale nie było niczym oczywistym, równie często zdarzało się, że stary gospodarz zostawał komornikiem – wykonywał proste prace u innych gospodarzy – dopóki był dostatecznie sprawny. Zniepełniający starcy zostawali żebrakami albo „pensjonariuszami” szpitali (te znajdowały się także na wsiach, przy kościołach).

Uwłaszczenie zmieniło sytuację wszystkich chłopów. Starym gospodarzom prawo umożliwiała przejście na tak zwane dożywocie lub wycug – które nakładały na dziedzica gospodarstwa obowiązek żywienia starych rodziców i zapewnienia im dachu nad głową. W przypadku, gdy obietnica, która mogła zostać sformalizowana na piśmie lub być jedynie ustną umową, nie została spełniona, starzy gospodarze mogli dochodzić swych praw w sądzie (Gapiński, 2014). Jednak także w tym wypadku mowa jedynie o chłopach, którzy posiadali gospodarstwo, własną zagrodę. Kolejny wniosek, jaki się nasuwa w związku z wiejską starością w XIX wieku, to brak odrębności sfery rodzinnej – nie odróżnia się płci, ról przynależnych dziadkom. Ważniejszy niż wiek jednostki jest jej sprawność (możliwość samodzielnego utrzymania się) i – podobnie jak w miastach – zapanowanie nad powiększającą się liczbą niezdolnych do pracy, i często niezwiązanych z określonym terytorium, ludzi.

Sytuacja na wsi pozostała niezmienną w czasie dwudziestolecia międzywojennego. Była miejscem, które zostało przez ustawodawstwo niejako pominięte: większość mieszkańców wsi nie miała emerytur, które zaczęto w Polsce powoli wprowadzać pod koniec lat 20. XX wieku. Pierwsze przepisy o ubezpieczeniach emerytalnych dotyczyły pracowników fizycznych i umysłowych, pracujących w prywatnych lub państwowych fabrykach i w administracji. Szczególnie w rejonach słabo zurbanizowanych głównym sposobem zabezpieczenia na starość było wciąż „dożywocie”. Na wsiach istniało także mniej szpitali–domów starców, chociaż i tam powstawały czasem placówki dla starszych osób (Gapiński, 2014).

#### **STAROŚĆ STAJE SIĘ RYZYKIEM: EMERYTURY I STAROŚĆ W PIERWSZYCH LATACH ISTNIENIA PAŃSTWA OPIEKUŃCZEGO**

Kolejny etap w skróconej historii starości wydaje się wyznaczać wprowadzenie emerytur. Tę nową, emerytalną starość można nazwać starością „demograficzną”, jako że wiąże się z wprowadzeniem liczbowych granic etapów życia, co pozwala właśnie za pomocą współrzędnych demograficznych wieku wyróżnić (uwidocznic) pewną kategorię w populacji. W tym etapie zaznaczają

się też wyraźniej dwa, zależne od płci, modele starości: emerytura, czyli starość po pracy oraz pełnienie roli babci. Ta pierwsza dotyczyła zarówno mężczyzn, jak i kobiet, ale zaprojektowana była zgodnie z mieszczańskim modelem pracującego męża, ta druga była przeznaczeniem kobiet-babć – lecz nie oznaczała przebywania poza sferą państwa czy produkcji ekonomicznej. Wręcz przeciwnie, była funkcjonalna z punktu widzenia systemu kapitalistycznego oraz polityki pełnego zatrudnienia. Jest to dobrze znana, reprodukowana w tysiącach obrazów wizja starości spokojnych emerytek opiekujących się wnukami i ich wycofanych z życia – z powodu szoku emerytalnego – mężów. Pomimo tego, że ta wizja jest częściowo prawdziwa: zabezpieczenia emerytalne zostały zaprojektowane w taki sposób, że odpowiadały modelowi mężczyzny-żywiciele rodziny, a opiekę nad wnukami można nazwać pracą reprodukcyjną, to jednak nie oddaje dynamiki procesów historycznych (a dokładniej ich wolnego tempa i nielinernej drogi rozwoju) ani współgrania oraz konfliktów państwa i rynku, jakie miały wtedy miejsce.

Powstanie zabezpieczeń emerytalnych nie stanowi cezury w historii myślenia o starości, ani na taką nie wskazuje. Uwidacznia następowanie powolnych zmian, wyłanianie się osób starych jako kategorii społecznej o specyficznych cechach, z której główną jest właśnie określony wiek. Wciąż postrzegana jest ona jako końcowy etap życia, obniżenie sprawności. Zarazem wraz z ubezpieczeniem emerytalnym rozpoczęła się „normalizacja” starości w tym sensie, że wyznaczało ono wyraźne progi wieku (60 lub 65 lat), liczbę przepracowanych lat w ogóle, liczbę przepracowanych tygodni przed wystąpieniem o świadczenie (por. Dybowski, 1939, s. 15). Wprowadzenie emerytur do ustawodawstwa państwowego nie wiązało się jednak z automatycznym wygaśnięciem wcześniejszych praw dotyczących „opieki społecznej” nad osobami starszymi. Jak wskazuje Dariusz Zalewski, w początkach – a może nawet jeszcze w połowie – XX wieku wciąż istniały przytułki, pozostałości dawnych szpitali, a przymus i dyscyplina w tych zakładach wcale nie zleżały (Zalewski, 2005). Na podstawie przeglądu literatury trudno także stwierdzić, czy kryterium przyjmowania do domu opieki dla starców był wiek, wiek i niepełnosprawność, czy raczej „widoczne” starcze zniedołężnienie. A zatem nie wiadomo, czy w domach pracy przebywały także osoby, które obecnie zostałyby uznane za stare, lecz ze względu na to, że żebrały lub popełniły jakieś drobne wykroczenia, a ich stan zdrowia pozwalał na zakwalifikowanie ich jako zdolnych do pracy, zostali wysłani do domu pacy zamiast do domu dla starców. Starość jako etap życia wyznaczany przez zmianę położenia na rynku pracy, innymi słowy starość kojarzona z emeryturą, zaistniała w Polsce dopiero w połowie XX wieku. Nie znaczy to jednak, że zmiany nie zaczęły się dużo wcześniej, a nowe instytucje i sposoby myślenia funkcjonowały obok starych.

Rozważając zmiany zachodzące w Polsce, szczególnie z okresu formowania się wyobrażeń dotyczących starości i cyklu życia, należy też wziąć pod uwagę burzliwą historię powstawania i zanikania organizmu państwowego: okres rozbiorów, krótkotrwałe istnienie Królestwa Polskiego, czas I wojny światowej, pierwsze próby scalania legislacji na terenie całego państwa w okresie międzywojennym, przerwane wybuchem II wojny światowej, przyłączenie do „bloku wschodniego” po wojnie. Można powiedzieć, że państwo polskie rodziło się w czasach, gdy w innych częściach Europy rozpoczynały się przemiany państwowości i dyskusje na temat funkcjonowania instytucji, znamionujące przemiany politycznej racjonalności najpierw na przełomie lat 40. i 50. XX wieku, następnie pod koniec XX wieku. W tym miejscu należy poczynić dwa istotne zastrzeżenia.

Po pierwsze, sformułowania „państwo polskie”, „organizm”, „państwowość” kojarzą się z opisami ustrukturyzowanego bytu, powiązanego z ideą narodu, racji stanu, patriotyzmu, lecz w kontekstach przywoływanych w tym artykule dotyczą one zespołu urządzeń, legislacji, racjonalności politycznych instytucji, który zmienia się w czasie.



Po drugie, powstawanie i zanikanie państwa polskiego w wyniku działania innych państw nie oznacza, że historia starości i wprowadzenia pojęcia aktywnego starzenia się jest historią wyzwalania się spod obcych wpływów albo modernizacji kraju. Państwo nigdy nie było monolitem pozbawionym wpływów innych państw, „obcych idei” – a takie postawienie sprawy neguje sens określenia „obce idee” – czy konfliktów dotyczących różnych politycznych racjonalności oraz definicji odnoszących się do podstaw jego funkcjonowania. W przypadku Polski w stosunku do zagadnienia starości zabory i „realny socjalizm” stanowią ważne punkty odniesienia ze względu na możliwość wskazania właśnie na wspólnotę europejskich wyobrażeń, na pewne elementy racjonalności, które za Foucaultem można określić jako liberalne. Zabory i PRL mają znaczenie dla analiz współczesnej racjonalności politycznej oraz modeli, które ona tworzy, jednak nie po to, aby wskazać na eschatologię uwalniania się państwowości czy determinizm zacofania. Uwzględnienie faktów historycznych pozwala na ulokowanie dyskursów o starzeniu się w kontekście rozwoju państwa opiekuńczego, który przybierał w krajach różniących się pod względem dominującej racjonalności politycznej, wyobrażeń odnośnie do sfery społecznej i ekonomicznej, odrębny charakter.

Rząd II Rzeczypospolitej musiał zmierzyć się z problemem współistnienia na terenie kraju trzech odrębnych zestawów praw, instytucji wykonawczych, różnych definicji uprawnień socjalnych. W największym uproszczeniu różnice pomiędzy terenami należącymi do Austrii, Prus (Niemiec) i Rosji w odniesieniu do systemów opieki społecznej można ująć w następujący sposób: na terenach zaboru rosyjskiego dominowała dobroczynność, czyli niescentralizowane indywidualne i grupowe wspomaganie „potrzebujących”, w zaborze austriackim i pruskim wprowadzono zabezpieczenia socjalne. W cesarstwie austriackim były one uzależnione od statusu społecznego, w Prusach ubezpieczenia miały najbardziej powszechny charakter (Zalewski, 2005, s. 59).

Pierwsze tzw. powszechne i obowiązkowe zabezpieczenia emerytalne wprowadził kanclerz niemiecki, Otto von Bismarck, pod koniec XIX wieku. Były one elementem szerszego zestawu ubezpieczeń społecznych, obejmującego także ubezpieczenia na wypadek choroby. Badacze wskazują kilka prawdopodobnych przyczyn decyzji o objęciu powszechnym ubezpieczeniem emerytalnym robotników i mało zarabiających pracowników umysłowych. Pierwsza z nich odnosi się do konfliktów politycznych. Nowe ustawodawstwo dzięki wprowadzeniu w życie postulatów ochrony najbiedniejszych pozwoliło zwyciężyć w wyborach rosnące w siłę frakcje socjalistyczne, a w dłuższej perspektywie pozwoliło zachować zastany układ sił politycznych i odegrać jedno z najgroźniejszych, zdaniem rządzących partii, widm politycznych przełomu wieków: socjalizm. Druga wskazuje na stratyfikacyjny charakter wprowadzonych reform. Pomagały one formować strukturę klasową państwa (powszechne świadczenia były bardzo niskie i skierowane do grup najmniej zarabiających). Trzecia z prawdopodobnych przyczyn łączy się z poprzednią. W tym wypadku nacisk położony jest na klasowy charakter świadczeń, które miały nie (tylko) służyć kształtowaniu struktury klasowej, lecz również zachowaniu jej obecnego kształtu; miały zapobiec niepokojom społecznym i wzmocnieniu politycznemu ruchu robotniczego. Czwarta interpretacja genezy powstania systemu emerytalnego kładzie nacisk na konkurencję pomiędzy domeną polityczną (państwo) a rynkiem, gdzie powszechne ubezpieczenie ma na celu nie tylko rodzaj inżynierii struktury społecznej, ale również wzmocnienie pozycji państwa poprzez tworzenie relacji zależności-opieki pomiędzy nim a obywatelami (Esping-Andersen, 2010, s. 84-85).

System Bismarcka był pierwszym powszechnym i obowiązkowym (składkowym) systemem emerytalnym, jednak pomoc socjalna w formie regularnie wypłacanych kwot pieniędzy dla starszych niezdolnych do pracy osób istniała już wcześniej. Była ona skierowana do konkretnych grup zawodowych, początkowo dla funkcjonariuszy państwowych, weteranów wojennych, żołnierzy.

Do okresu po II wojnie światowej emerytury miały inny charakter niż ich późniejsze odpowiedniczki. Oprócz tego, że nie były powszechne, nie pełniły także funkcji zabezpieczenia egzystencji na starość. Jak zauważył Gøsta Esping-Andersen, polityka społeczna państwa nie zakładała tego, że „ludzie – po osiągnięciu określonego wieku – będą wycofywali się z czynnego życia zawodowego, po to, aby na starość cieszyć się czasem wolnym od obowiązków pracy zarobkowej” (Esping-Andersen, 2010, 120). Ponadto kształtowanie się systemów emerytalnych następowało powoli, prawie do połowy XX wieku (Esping-Andersen, 2010). Patrząc z tej perspektywy, można stwierdzić, że system emerytalny nie zdążył jeszcze na dobre okrzepnąć, a powszechne ubezpieczenie na starość jest być może jedynie krótkotrwałym epizodem w procesie kształtowania się polityki społecznej lub eksperymentem, który nie przystaje do nowych warunków polityki witalnej.

Wracając do historii emerytur, badacze zwracają uwagę na to, że ich początki wiążą się ze wzmacnianiem pozycji państwa poprzez ustanowienie zabezpieczeń na starość dla urzędników administracji (Zalewski, 2005). Dopiero później, niejednokrotnie dużo później, prawo do emerytury zaczynało obejmować także inne grupy zawodowe, jak w przykładzie niemieckim. Z kolei w Polsce ustawa „o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszów państwowych i zawodowych wojskowych” funkcjonowała od 1923 roku. Stosunkowo najpóźniej emeryturami objęto rolników. Oczywiście istniały także prywatne ubezpieczenia, miały one jednak charakter rynkowy: były dobrowolne i płatne. Uwidacznia się tu zatem strategiczna rola ubezpieczeń emerytalnych – przywilejów, które jednocześnie stwarzały odrębną, uprzywilejowaną klasę, czerpiącą korzyści ze służby w administracji państwowej oraz manifestowały siłę państwa, które jest w stanie zabezpieczyć swoich funkcjonariuszy.

### A. Historia emerytur w II i III RP

W Polsce dążono do scalenia prawa o ubezpieczeniach społecznych, ale trzeba zaznaczyć, że pomimo wprowadzenia aktów ujednoczających o emeryturze dla robotników i dla pracowników umysłowych, to na Górnym Śląsku (ubezpieczenie emerytalne robotników, ubezpieczenie emerytalne górnicze), w województwie poznańskim i pomorskim (ubezpieczenie emerytalne rolników) funkcjonowało odrębne prawo dzielnicowe, zachowano także tamtejsze przepisy oraz urząd do spraw emerytur byłych wojskowych i urzędników. Emerytury tych grup były dziedziczne. W 1927 roku wszedł w życie dekret o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, który obejmował ubezpieczenie na wypadek braku pracy i ubezpieczenie emerytalne. Ten typ zabezpieczeń funkcjonował już wcześniej na ziemiach odzyskanych od Austrii i Niemiec, dekret ujednoczył prawo i wprowadzał je w całym kraju (na ziemiach zaboru rosyjskiego emerytury dla pracowników umysłowych nie istniały). Jeszcze przed wybuchem II wojny światowej, w 1933 roku, została przyjęta Ustawa o ubezpieczeniu społecznym, która scalała i normowała prawo do ubezpieczeń emerytalnych dla robotników, prawo do ubezpieczeń na wypadek choroby i wypadków zawodowych oraz powyższe prawo do zabezpieczeń emerytalnych dla pracowników umysłowych (Dyboski, 1939, s. 7). Ubezpieczenie emerytalne było wypłacane na podstawie składek. Prawo do emerytury zależało od okresu zatrudnienia (minimum 200 tygodni) oraz wieku (65 lat). Górników natomiast objął przywilej emerytalny polegający na możliwości przejścia na emeryturę w wieku 60 lat. Wysokość emerytury miała wynosić między 25% a 65% wysokości wynagrodzenia. Poza emeryturą istniała także renta starcza, wypłacana osobom niezdolnym do pracy, „które ze względu na wiek nie mogą być objęte ubezpieczeniem” (Dyboski, 1939, s. 17). „Wiekem starczym upoważniającym do otrzymania renty inwalidzkiej” był 65 rok życia. Ubezpieczeniem emerytalnym nie byli objęci rolnicy, czy szerzej chłopci, ponadto wysokość świadczenia zależała od

czasu opłacania składek (im był dłuższy, tym wyższa kwota świadczenia). Kolejne zmiany w definiowaniu uprawnień do świadczenia emerytalnego nastąpiły po II wojnie światowej. W latach 1951–1954 zlikwidowano Państwowy Zakład Emerytalny wypłacający emerytury urzędnikom państwowym i wojskowym oraz (jedynie na pięć lat) istniejący od 1934 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) (Tolko, 2014). Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin z 1954 roku ponownie zdefiniowała wiek starczy na 65 lat dla mężczyzn i 60 dla kobiet, a w wypadku pracy w warunkach szkodliwych: 60 i 55 lat, oraz wprowadzała wymagany okres zatrudnienia w latach, znów z podziałem na płeć: 25 lat dla mężczyzn, 20 dla kobiet. Obowiązek finansowania świadczeń należał do zakładów pracy, a kwota składki nie była odliczana od kwoty wynagrodzenia pracownika.

Poszczególne przypisy dotyczące świadczeń emerytalnych („renty starczej” według terminologii ustawy z 1954 roku) ulegały w czasie PRL zmianom. Z perspektywy historii (definiowania) starości nie mają one jednak dużego znaczenia, ponieważ nie wskazują na zmiany w podejściu do starszych osób ani do procesu starzenia się. Innymi słowy dla politycznej racjonalności od przełomu XIX i XX wieku do końca tego ostatniego starość była etapem życia charakteryzującym się pogłębianiem się niepełnosprawności. Zmiana pomiędzy okresem poprzedzającym II wojnę światową a trwającym do transformacji ustrojowej polegała na uznaniu emerytury za świadczenie, które może starszym ludziom zastąpić wynagrodzenie za pracę w stopniu wystarczającym na utrzymanie się.

Obok ustawodawstwa dotyczącego ubezpieczeń społecznych starość pojawia się w ustawodawstwie dotyczącym opieki i pomocy społecznej. W tym wypadku lista historycznych przemian jest o wiele krótsza. Przyjęta w 1923 roku Ustawa o opiece społecznej obowiązywała do 1991 roku. Wprowadzone w czasie blisko siedemdziesięciu lat niewielkie zmiany nie dotyczyły problematyzowania starości. Zgodnie z Ustawą opieka społeczna państwa polega na „zaspokajaniu ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą” (Art.1 Ustawy z dn. 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, Dz. U. 1923 nr 92 poz. 726). Składały się na nie: dostarczanie koniecznych środków życiowych i odzieży, zapewnienie miejsca zamieszkania, pomoc w dziedzinie higieniczno-sanitarnej (Art. 3 Ustawy z dn. 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, Dz. U. 1923 nr 92 poz. 726). Starość znalazła się w grupie czynników powodujących całkowitą niezdolność do pracy, czyli uprawniających do otrzymania świadczeń opieki społecznej. Co zatem polityka społeczna państwa mówiła na temat starości, jak ją definiowała? Oczywiście w tekście ustawy brak ram wyznaczających wiek starczy – ich określenie przypadło ustawodawstwu emerytalnemu – natomiast „starcy” zostali zakwalifikowani do tej samej kategorii, co „inwalidzi, kalecy, nieuleczalnie chorzy, upośledzeni umysłowo i w ogóle niezdolni do pracy” (Art. 2 Ustawy z dn. 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, Dz. U. 1923 nr 92 poz. 726). Widać tutaj trwanie wizji starości towarzyszącej społeczeństwom europejskim od wieków, którą w poprzedniej sekcji określiłam „starością jako ubóstwem”. Jest to starość naturalna i ostateczna, co znaczy, że jest przeznaczeniem każdego człowieka, który żył dostatecznie długo, jest nieuleczalna, nie można jej zapobiec. Także o chorobach podeszłego wieku czy niepełnosprawności starszych osób nie można myśleć w kategoriach winy i braku zapobiegliwości. Racjonalność myślenia leżącego u podstaw ustawodawstwa o opiece społecznej wydaje się być analogiczna do tej określającej średniowieczną jałmużnę dla „niezawinionych biednych” i ordynacje dotyczące szpitalnictwa. W rzeczywistości to jedynie podobieństwo pewnych sposobów klasyfikowania społecznego, które według niektórych badaczy towarzyszą historii europejskiego kapitalizmu od jego zarania (por. Wallerstein, 2007a, 2007b). W przypadku starości, zaczyna się ona coraz bardziej odróżniać od innych eta-

pów życia. Jednocześnie to odróżnienie jest sprzęgnięte z relacjami siłowania się różnych aktorów w polu społecznym: ukonstytuowanie się państwowej racjonalności opartej na racji stanu czy walkach klasowych, które obejmowały nie tylko realne starcia z ruchem robotniczym, ale również wkraczanie klas średnich w struktury instytucjonalnej władzy.

### **B. „Starość” a „starzenie się” w polityce społecznej**

Na legislację dotyczącą opieki społecznej i ubezpieczeń społecznych można patrzeć jako na proces jednocześnie normalizujący i wykluczający, ale można też dostrzec w nim ciężenie w kierunku polityki witalnej (Vogl, 2015). Byłby to etap, kiedy demograficzna klasyfikacja określała pewne okresy życia jako „wyspecjalizowane”, a przez to względnie autonomiczne. Oczywiście w wyznaczonych granicach. W przypadku starości stała się ona „widzialna”, „mierzalna” oraz użyteczna. Z jednej strony, wprowadzenie ubezpieczeń i sformalizowanej opieki społecznej coraz bardziej ograniczało liczbę osób „poza systemem” oraz pozwalało okrzepnąć strukturze społecznej oraz związanym z nią stosunkom pracy. Z drugiej, starość, pomimo że nieuchronna, stała się ryzykiem, czyli problemem, z którym należy sobie poradzić przed jego zaistnieniem, co więcej, problemem dotykającym całej populacji i dającym się zdefiniować poprzez określoną liczbę przeżytych lat (demograficznie). Wciąż ten etap życia łączono z niedołęstwem, stąd konieczność zabezpieczenia dochodów. Wydaje się, że od uznania, że starość jest ryzykiem do stwierdzenia, że ryzyku (tj. niedołężnej starości) należy aktywnie zapobiegać, jest już niedaleka droga. Rzecz w tym, że współcześnie w wielu dokumentach pojęcie „starość” zastępuje pojęcie „aktywnego starzenia się”. W istotnym nurcie polityk społecznych to nie niepełnosprawność jest największym problemem, ale „inkluzyja społeczna” i „społeczna aktywność”, które wiążą się z konceptem aktywnego starzenia się. Właśnie ta zmiana wskazuje na specyfikę polityki witalnej, która zdaniem Vogla charakteryzuje się wkraczaniem myślenia opartego o racjonalność ekonomiczną do innych sfer życia. Uwidacznia się ona nie tylko w legislacji, która pierwotnie dotyczyła starości (zmiany systemów emerytalnych, ustaw o opiece społecznej), lecz także w ustawach obejmujących nowe sfery życia. Innymi słowy, polityka społeczna dotycząca starości dotyczy już nie tylko zapewnienia przeżycia najbardziej i niepełnosprawnym seniorom, lecz również troski o ich samopoczucie, możliwość rozwijania zainteresowań, „godność”, obecność i „inkluzyję” społeczną wszystkich starszych osób oraz „przygotowanie się do starości” młodszych pokoleń. Jednocześnie myślenie o „inkluzyji”, spełnieniu itp. zbliża się do ekonomicznego poprzez wysuwanie na pierwszy plan zasad konkurencji, prywatnego interesu, racjonalnej wymiany. Dokumenty – nawet jeśli uwzględniają znaczenie solidarności społecznej – podkreślają indywidualistyczny i racjonalny charakter proponowanych zmian, a jednostka staje się niejako odpowiedzialna za swój dobrostan. Znika z nich sama starość, jako pojęcie zastępowana przez wspomniane starzenie się. Jest to zatem problematyzowanie starości jako procesu o nieokreślonym początku i końcu, a nie jako etapu życia wyznaczonego przez nabycie uprawnień do świadczenia emerytalnego.

### **C. Sfera rodzinna**

Zmiany w definiowaniu, czym jest starość, widoczne są też w sposobach modelowania przez polityczną racjonalność sfery rodzinnej. Starsze osoby, zarówno przechodzące na emeryturę, jak i po prostu kończące aktywność zawodową, często w „naturalny” sposób zostawały opiekunami małych dzieci – swych wnuków – których rodzice szli do pracy. Opieka dziadków istniała od zawsze, choć wydaje się, że „funkcja” babci i dziadka – opiekunów nabrała szczególnego i być może nowego znaczenia w XIX i XX wieku. Jean-Pierre Bois w *Historii starości od Montaigne’a do*

*pierwszych emerytur* stwierdził, że XIX-wieczna rewolucja przemysłowa przyczyniała się do zmiany struktury rodziny, zastępując wielopokoleniowe „wspólnoty pracy” rodzinami złożonymi z rodziców i dzieci. Zaczęły wykształcać się role pracującego ojca i matki-opiekunki dzieci, co zdaniem autora zachodziło także w rodzinach robotniczych. Z kolei ważna rola dziadka i babci w rodzinie była charakterystyczna dla rodzin mieszczańskich. Bois powołuje się przy tym na ikonografię: popularne w tym czasie obrazy przedstawiają dwa typy scen ze starymi ludźmi. Jedna z nich to para staruszków spędzających czas dostatnio, ale samotnie. Druga to różnorodne scenki przedstawiające babcię i ich wnuki, wzajemne wręczanie sobie prezentów (Bois, 1996, s. 296-298). Natomiast w „Przyjaciółce” z 1949 roku starsza kobieta, jeśli ma wnuki, w naturalny sposób jest babcią zaangażowaną w ich wychowanie, jednak nie jest to jej jedyna aktywność. Jest także pracownicą, społeczniką (Ratkowska, 2006, s. 137). Oczywiście należy pamiętać o różnicy pomiędzy tak zwaną ideologią w czasach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej (PRL) i faktyczną polityką (w tym ustawodawstwem). Jest to szczególnie ważne w przypadku podziałów płciowych. W przekazach „propagandowych” dominował obraz kobiet pracujących na tych samych stanowiskach i w tym samym wymiarze czasu co mężczyźni. W rzeczywistości społeczeństwo i prawo tamtego czasu można określić jako patriarchalne, realizujące model mężczyzny-żywiciele rodziny i kobiety-opiekunki, wykonującej pracę reprodukcyjną. Można w ten sposób interpretować np. wcześniejszy wiek emerytalny kobiet. Odchodząc na emeryturę w wieku sześćdziesięciu lat, kobiety nie tylko zwalniały miejsca pracy, które mogli zająć młodszy mężczyźni i kobiety, ale również mogły one przejąć pracę reprodukcyjną wykonywaną przez młodsze kobiety lub instytucje opiekuńcze (żłobki, przedszkola, nie mówiąc o zajmowaniu się dziećmi w wieku szkolnym). Kwestię różnic w wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn można rozważać z różnych perspektyw. Przytoczona powyżej hipoteza nie musi być też prawdziwa. Stanowi jednak jedno z możliwych wyjaśnień zróżnicowania wieku emerytalnego oraz tego, że emeryci jako tacy nie stanowili „problemu” w dokumentach rządowych do lat dwutysięcznych. Jako problematyczne przedstawiano wcześniejsze przechodzenie na emeryturę, stan specjalistycznej opieki zdrowotnej, lecz nie „brak aktywności społecznej” lub doksztalcania się starszych osób, ponieważ praca reprodukcyjna (opieka nad wnukami, wsparcie w gospodarstwach domowych dzieci) była *de facto* spełnianiem funkcji społecznej tej kategorii osób.. Pewne sygnały przemian były widoczne już wcześniej, choćby we wprowadzeniu instytucji Uniwersytetu Trzeciego Wieku, która w Polsce powstała w latach 70. XX wieku, krótko po założeniu pierwszej takiej placówki w ogóle na świecie (Bilewicz, 2009, s. 7). Choć oczywiście możliwe jest, że inaczej postrzegano wówczas ich funkcję. Z kolei „wizerunek starości aktywnej, niezależnej i mającej przy tym prawo do pomocy ze strony społeczeństwa” został stworzony już w latach 60. XX wieku przez administrację państwa, którego atrybutem była wówczas centralizacja władzy (Szatur-Jaworska, 2000, s. 114).

### **Rzut oka na współczesność: zamiast zakończenia**

Uniwersytety Trzeciego Wieku przeżywają swój renesans, ustawodawstwo dotyczące emerytur uległo diametralnym zmianom, na scenę wkroczyli też nowi aktorzy: obok kościoła i organizacji charytatywnych pojawiły się organizacje pozarządowe (ang. *non-governmental organizations* – NGOs). Państwo, urzędy miejskie, nawet poszczególne dzielnice zaczynają prowadzić politykę senioralną, a obok wizerunku ciepłej babci pojawiają się aktywna seniorka i spełniona emerytka. Zmiana w wyobrażeniach społecznych rzadko następuje nagle oraz jednocześnie w różnych sferach, co było widać na przykładzie różnicy pomiędzy starością miejską i wiejską czy w

różnych klasach społecznych. Nie można jednak oprzeć się wrażeniu, że następuje zmiana. Rozpoczęła się (w Polsce) pod koniec lat 90. (reforma systemu emerytalnego), jednak uwidoczniła dopiero w drugim dziesięcioleciu lat dwutysięcznych: 2012 – Europejski Rok Aktywnego Starzenia się i Solidarności Międzypokoleniowej, 2013 – Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej, obok dni babci i dziadka coraz częściej słyszy się o paradach seniorów. Także liczba publikacji akademickich na temat starzenia się społeczeństwa i sytuacji osób starszych rośnie lawinowo. Z perspektywy społecznej historii „starości” nie jest to zmiana tylko ilościowa. Samo pojęcie ulega transformacji: już nie starość, lecz starzenie się, już nie starzec, lecz senior. Aby móc uchwycić znaczenie przemian politycznych, społecznych, kulturowych, należy poznać historię przemian pojęcia oraz jego znaczenia.

### BIBLIOGRAFIA

- Bilewicz, A. (2009). *Uniwersytet Trzeciego Wieku we Wrocławiu w latach 1976–2007*. Kraków: Impuls.
- Bois, J-P. (1996). *Historia starości od Montaigne’a do pierwszych emerytur* (K. Marczevska, tłum.). Warszawa: Volumen, Marabut.
- Delumeau, J. (1995). Przedmowa. W: G. Minois, *Historia starości. Od antyku do renesansu* (s. 5-7, K. Marczevska, tłum.). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.
- Brenk, M. (2014). Minęło 90 lat od uchwalenia Ustawy o opiece społecznej w Polsce. *Praca Socjalna*, (1), 113-123.
- Dekret z dn. 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, Dz. U. nr 30 poz. 116.
- Dyboski, T. (1939). *Ubezpieczenia społeczne w Polsce w ostatnich latach*. Warszawa: Instytut Spraw Społecznych.
- Esping-Andersen, G. (2010). *Trzy światy kapitalistycznego państwa dobrobytu* (K. W. Frieske, tłum.). Warszawa: Difin.
- Foucault, M. (2011). *Narodziny biopolityki. Wykład w Collage de France 1978-1979* (M. Herer, tłum.). Warszawa: PWN.
- Gapiński, B. (2014). *Ludzie starzy na wsi polskiej od schyłku XIX wieku po rok 1939*. Poznań: Wydawnictwo Nauka i Innowacje.
- Geremek, B. (1989). *Litość i szubienica*. Warszawa: Czytelnik.
- Komarzynska, H. (2010). *Szpital Bonifratrów w Krakowie w XVII-XVIII wieku*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.
- Kropidłowski, Z. (1992). *Formy opieki nad ubogimi w Gdańsku od XVI do XVIII wieku*. Gdańsk: GTN.
- Leś, E. (2001). *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Lipiński, S. (2010). *Zakłady dobroczynne i domy poprawy w dawnej Polsce*. Łódź: Wydawnictwo WSEZ.

- Powell, J., Biggs, S. (2003). Foucauldian Gerontology: A Methodology for Understanding Aging. *Electronic Journal of Sociology*. Pobrane z: [http://www.sociology.org/content/vol7.2/03\\_powell\\_biggs.html](http://www.sociology.org/content/vol7.2/03_powell_biggs.html)
- Ratkowska, L. (2006), Starsze kobiety w przyjaciółce z 1949 roku. W: E. Ziarkiewicz, A. Łysiak (red.), *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej* (s. 137-150). Wrocław: MarMar.
- Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: ASPRA-JR.
- Szerszewski, A. (2000). *Szpital i kościół św. Jakuba w Gdańsku*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Tolko, P. (2014). ZUS: 80 lat jak jeden dzień. Pobrane z: <http://www.zus.pl/default.asp?p=1&id=2326>.
- Ustawa z 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej, Dz. U. Nr 92 z 1923 r., poz. 726.
- Wallerstein, I. (2007a). *Analiza systemów-światów: wprowadzenie* (K. Gawlicz, M. Starnawski, tłum.). Warszawa: Dialog.
- Wallerstein, I. (2007b). *The Modern World-System 1: Capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century*. San Diego: Academic Press.
- Silke van Dyk, S., Lessenich, S., Denninger, T., Richter, A. (2013). The Many Meanings of “Active Ageing”. Confronting Public Discourse with Older People’s Stories. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44(1). Pobrane z: <http://rsa.revues.org/932>
- Vogl, J. (2015). *Widmo kapitału* (K. Sosnowska, tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Woźniak, A. (1998). Szpitale wiejskie na Mazowszu w końcu XVII i w początkach XIX w. W: M. Dąbrowska, J. Kruppé (red.), *Szpitalnictwo w dawnej Polsce* (s. 75-86). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej PAN.
- Zalewski, D. (2005). *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.