

Alina Zemelka
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie
<https://orcid.org/0000-0002-2442-3302>

Znaczenie autoempatii (*self-compassion*) w cierpieniu związanym z terminalną fazą choroby

Analiza teoretyczna w ujęciu tanatopedagogicznym

The meaning of self-compassion in suffering
associated with the terminal phase of the disease
experienced in the family

Thanatopedagogical approach

Abstrakt:

Celem niniejszego opracowania teoretycznego było lepsze zrozumienie tanatopedagogicznych aspektów autoempatii doświadczanej i rozwijanej w kontekście terminalnej fazy choroby przeżywanej wśród bliskich. Dodatkowym celem było zwrócenie uwagi formalnych i nieformalnych świadków cierpienia na fakt, że ich troska oraz życzliwość ukierunkowana na samych siebie jest fundamentem kompetentnego towarzyszenia bliskim przeżywającym ostatni etap życia. Istotność podjętej problematyki okazała się ważna nie mniej niż jej dychotomiczny potencjał – przynoszący korzyść zarówno osobom doświadczającym choroby, jak i troszczącym się o nich bliskim, współtworzącym wraz z chorymi środowisko życia i umierania – który wciąż zbyt słabo jest eksplorowany przez badaczy rozwijających współczesną świadomość kolektywną. Aby zamierzony cel osiągnąć, dokonano ukierunkowanej analizy dostępnej literatury, w szczególności aktualnych opracowań związanych z samowspółczuciem przygotowanych przez Kristin Neff – nestorkę badań związanych z autoempatią. Analiza kontrolująca obecny stan wiedzy dotyczącej autoempatii nie pozwala na stwierdzenie, że zjawisko to jest w pełni odkrytą, zrozumianą i wykorzystaną dla dobra jednostki i ogółu możliwością.

Wniosek taki można wyciągnąć tylko na podstawie analiz fragmentarycznych. Dlatego też jednym z najistotniejszych wniosków okazał się ten odsłaniający konieczność dalszej refleksji nad intersubiektywnie ważną przestrzenią subiektywną, jaką jest autoempatia.

Słowa kluczowe: samowspółczucie, autoempatia, Neff, faza terminalna choroby.

Abstract:

Autoempathy is a relatively new psychological construct. Still consistently neglected in the context of the terminal stage of the disease. It is difficult to pinpoint clear reasons for this, but among the many different reasons for indifference to oneself, one can point to stereotypes related to the wickedness of excessive self-focus, often placed in opposition to the empathetic and mature attitude of the individual in the world. The aim of this dissertation is to search for and try to define the meaning of auto-empathy in the environment of suffering, to look at this construct as an opportunity and a resource-generating factor for people tired of the daily difficulties of accompanying their relatives at the last stage of their lives. In order to achieve the goal, an analysis of existing texts was used, of which there are still few. The basis for the creation of the work was the latest book by Kristin Neff – a researcher exploring the phenomenon of auto-empathy, and the studies by Irena Dzwonkowska, who is emerging in Poland as a pioneer exploring the issue of auto-empathy. The analysis of the current state of research related to auto-empathy made it possible to see the potential of the construct in question. It significantly affects the well-being of the person who practices it, builds their self-awareness and brings real relief, which is not indifferent in the environment of suffering. A witness to suffering can competently and effectively influence the family atmosphere if he is in touch with his own emotions. In this way, self-compassion in a suffering environment affects the quality of life of a person in the terminal stage of the disease, while at the same time influencing the personal development of a suffering witness.

Keywords: self-compassion, self-empathy, Neff, terminal phase of illness.

Nawet jeżeli cierpi się na fizyczne dolegliwości, dusza może przecież kontynuować pracę i być pożyteczna, może kochać i „hineinhorchen” – wsłuchać się w swój wewnętrzny głos, w głosy innych, w Ciebie. Hineinhorchen – chciałabym znaleźć właściwy odpowiednik tego słowa w języku niderlandzkim. W zasadzie moje życie jest nieustannym nadśluchiowaniem mojej duszy, innych i Boga. A kiedy mówię, że «natężam słuch» – oznacza to właściwie, że Bóg we mnie nadśluchuje. To coś najistotniejsze i najgłębsze

we mnie, co słucha najistotniejszego i najgłębszego, nie jest mną. To Bóg zwraca się do Boga (Hillesum, 2021).

Wstęp

Terminalna faza choroby, jak każda sytuacja kryzysowa, jawi się jako zagrożenie i szansa. Zagrożone stają się nie tylko zadania, plany i nadzieje osoby chorej, ale także dynamika systemu rodzinnego przenikniętego nieuleczalną chorobą jej członka. Na szczególne zagrożenie wyeksponowana zostaje osoba oddelegowana do roli świadka cierpienia. Samoświadomość towarzysza cierpienia staje się wówczas jednym z czynników determinujących sekwencje dalszych wydarzeń i atmosferę rodzinną wyrażającą szerokie spektrum emocji mających swoje źródło w bezpowrotnej utracie zdrowia bliskiej osoby.

Autoempatia jest jednym z mechanizmów chroniących człowieka przed negatywnymi skutkami doświadczania sytuacji trudnych. Konstrukty ten wciąż jeszcze jest eksplorowany przez psychologów, którzy w sposób szczególny ukierunkowują na niego własną pasję poznawczą. Świadome ukierunkowanie empatii na siebie samego przynosi ukojenie i głębokie rozumienie własnych reakcji i zachowań osób szczególnie obciążonych chorobą bliskiej im osoby. Warto zatem eksplorować i praktykować tę umiejętność, którą można i należy rozwijać w sposób świadomy, konfrontując się z własną kruchością i zaangażowaniem egzystencjalnym.

Tanatopedagogiczne spojrzenie na konstrukt, jakim jest autoempatia, domaga się uwzględnienia środowiska cierpienia, które zostaje umiejscowione w domu osoby umierającej, wśród jego najbliższych. Zdaje się zatem, że autoempatia w sytuacji tanatycznej nie może być pozbawiona empatycznej atmosfery i czasu zarezerwowanego wyłącznie dla świadka cierpienia, który świadomie będzie realizował osobiste zaangażowanie rozwijające w nim umiejętność autoempatii. W niniejszym opracowaniu dokonano nieprzypadkowej, ukierunkowanej selekcji definicji, terminów i nazw związanych z tanatopedagogicznym znaczeniem autoempatii w środowisku cierpienia. Aby przybliżyć zagadnienie autoempatii rozwijanej w kontekście terminalnej fazy choroby, konieczne zdaje się przypomnienie najważniejszych aspektów związanych z chorobą i chorowaniem, zaś tanatopedagogiczne ujęcie owego konstruktu pozwala na wydobycie najistotniejszych egzystencjalnie aspektów towarzyszenia człowiekowi w ostatnim etapie jego życia.

1. Sytuacja choroby i stanu terminalnego

Choroba jest rzeczywistością niewytłumaczalną, lecz w dużej mierze poznaną. Schorzenia sprawiedliwie traktują wszystkie byty ożywione, w jednakowym stopniu wystawiając na próbę świat roślin, zwierząt i ludzi. Jednak wyłącznie człowiek nosi w sobie świadomość własnego stanu zdrowia, a także wypływającą z tej świadomości potencjalność przyjęcia określonego stanowiska wobec pojawiających się w jego organizmie dysfunkcji. W tej przestrzeni choroba odsłania się jako powołanie człowieka do samoprzekraczania, osadzając się tym samym w sferze transcendencji (Jan Paweł II, 1984).

Wśród medycznych konotacji choroby identyfikowanych w społecznej świadomości, wśród najczęściej pojawiających się określeń dominują symptomy takie jak defekt organizmu oraz jego uszkodzenie biologiczne. Charakteryzując fenomen choroby, warto nie pomijać także subiektywnych wskaźników kryzysu zdrowia odnoszących się do psychologicznego doświadczenia złego samopoczucia, a także indywidualnie doświadczanej psychospołecznie obniżonej jakości życia (por. Wojtyła *et al.*, 2012, p. 491). W ten sposób odsłania się swoista dychotomia choroby, którą precyzyjniej niż w języku polskim odzwierciedlają angielskie określenia związane z chorowaniem: *disease* i *illness* (Boorse, 1975, p. 82).

Disease wyraża abstrakcyjny wymiar choroby, którą określa jako nazwany, umiejscowiony i obiektywnie bytujący fakt, który z medycznego punktu widzenia jest mierzalny (Boorse, 1975, p. 82). Wciąż dominujący biomedyczny model zdrowia i choroby sugeruje, że człowiek albo należy do wspólnoty ludzi chorych, albo współtworzy wspólnotę ludzi zdrowych. Przywołany model prezentuje się na tle medycyny postrzeganej w tym ujęciu jako technologia przywracająca świętość organizmowi, którego metaforą jest w tym paradygmacie „zepsuta maszyna” (por. Świętochowski, 2010, p. 182). Tak postrzegana choroba nie poddaje się wartościowaniu, nie sposób zamknąć ją ani w definicji zła, ani dobra, ponieważ identyfikowana jest jako błąd. Jednocześnie trudno odnaleźć w psychospołecznym modelu choroby jakiegokolwiek pozytywne aspekty, zatem choć nie jest jednoznacznym złem, tak jest interpretowana (Świętochowski, 2010, p. 182).

Poczucie bycia chorym wyraża w języku angielskim termin *illness*, oznaczający schorzenie. Istotnym aspektem tak ujmowanej choroby jest wiara w powrót do pełni zdrowia, a także fakt, że w tym rozumieniu owo schorzenie jest doświadczeniem jednoznacznie subiektywnym (por. Świętochowski, 2010, p. 182). Niemiecki filozof i psychiatra – Karl Jaspers dostrzegł, że „nie istnieją choroby, tylko chory człowiek” (Za: Sak, 2008, p. 240), który doświadcza utraty zdolności satysfakcjonującego odpowiadania na swoje potrzeby poprzez brak możliwości nasylenia ich, co skutkuje obniżeniem dotychczasowej jakości życia jednostki(-

Sak, 2008, p. 240). Obok nazywalności, także opisywalność schorzenia staje się środkiem ekspresji w dzieleniu się przez chorych ich niepowtarzalnymi doznaniem i odczuciami, a także kształtowanymi przez nie postawami wobec siebie i otaczającej ich rzeczywistości. Istnieje jeszcze jedna cecha charakterystyczna rozumienia choroby zamykającego się w określeniu *illness*. Jest nią uważność ukierunkowana na emocjonalne reakcje towarzyszące schorzeniu, takie jak cierpienie czy budowana nadzieja. To właśnie te aspekty definiowane poprzez termin *illness* nadają mu znaczenie bardziej psychologiczne niż medyczne. Podsumowując; *disease* to choroba ściśle związana z obszarem aktywności lekarza, natomiast *illness* odsłania się jako przestrzeń integrująca etos psychologa z etosem człowieka bezpowrotnie tracącego zdrowie, rozumiane holistycznie (por. Świętochowski, 2010, p. 182).

Sickness zdaje się najbardziej pojemną znaczeniowo deskrypcją choroby. Mieści ona w sobie odgrywanie społecznej roli chorego. *Sickness* podpowiada, w jaki sposób odnosić się do chorującej osoby, aby nie odmówić jej prawa do godności i autonomii – dwóch specyficznie ludzkich jakości, które są niezbywalne nie tylko w stanie zdrowia, ale także w doświadczaniu choroby (zob. Świętochowski, 2010, p. 182). Takie spojrzenie na chorego i proces jego chorowania usprawnia świadków choroby do ciągłego aktualizowania swojej świadomości przez pamięć o moralnych powinnościach każdej osoby względem siebie i innych.

Towarzyszyć bliskiej osobie, która bezpowrotnie traci siły witalne, i rozpoznać w niej chorego nie jest łatwo. Sytuacja ta, jak każdy przełomowy moment w życiu, może mieć następstwa zarówno pozytywne, jak i negatywne. Nowe dla wszystkich okoliczności mogą wzbudzać zarówno współczucie, jak i wrogość (Świętochowski, 2010, p. 183). W obliczu choroby każde z omówionych znaczeń, a więc *disease*, *illness* i *sickness* umożliwia dostrzeżenie w niej niepowtarzalnego i indywidualnego charakteru, który redefiniuje konkretne koleje życia wszystkich zaangażowanych w trwanie przy chorym, a także egzystencję samego chorego od chwili niepomysłnej diagnozy (Świętochowski, 2010, p. 183).

Chorobę nieuleczalną można scharakteryzować na wiele różnych sposobów. Mnogość definicji sprawia, że trudno analizować różne rozumienia choroby w ujednolicony sposób. Istnieje jednak coś, co łączy szerokie spektrum możliwości interpretacyjnych zorientowanych na pojęcie „choroba nieuleczalna”. Są to jej trzy charakterystyczne cechy: długofalowość, jednokierunkowość oraz cykliczność, która ostatecznie wpływa hamująco na gwałtowność przebiegu choroby. Literatura przedmiotu wydobywa bogatą mozaikę określeń wyrażających chorobę jako m.in. postępujące zaburzenie, które z reguły pogłębia się, zamiast ustępować. Zwracając się ku przyszłości i definiując chorobę przez pryzmat rokowań, jakie ta w sobie niesie, najczęściej deskrypcje choroby nieuleczalnej ze-

spolone są z niepomyślnymi prognozami. Takie uwarunkowania sprawiają, że warto pamiętać, iż nie brakuje schorzeń, które tylko nieznacznie obniżają jakość życia człowieka względem jego minionej historii przeżytej w pełni zdrowia (por. Markocka-Mączka, Grabowski and Taboła, 2018, p. 180).

Zdrowie będące kontekstem choroby, współcześnie także definiowane jest na wiele różnych sposobów, dlatego wskazanie jednej powszechnie przyjętej definicji zdrowia jest problematyczne. Różni badacze akcentują różne wymiary fenomenu, o którym mowa, a czynnikiem determinującym ich wybory są między innymi obszary badawcze, w których funkcjonują badacze. Wśród wielu definicji zdrowia, jedną z powszechnie rozpoznawalnych jest definicja zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), mówiąca, że zdrowie, to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby czy niedomagania (WHO, 1946). Przywołane wyjaśnienie odkrywa holistyczne spojrzenie na wymiary życia człowieka – biomedyczny, fenomenologiczny i behawioralny – w których może się realizować zarówno zdrowie, jak i choroba.

Bardziej wnikliwa analiza definicji zdrowia zaproponowanej przez WHO unaocznia, że granice pomiędzy zdrowiem i chorobą nie są wyraźne. Jedną z przyczyn bez wątpienia jest fakt, że zarówno pełnia zdrowia, jak i niepodważalne doświadczenie bycia chorym identyfikowane są nie tylko przez mierzalne i poznawalne czynniki kliniczne, ale także poprzez znacznie trudniejsze do uchwycenia czynniki społeczno-kulturowe oraz indywidualne (por. Domaradzki, 2013, p. 408). W naukowym namyśle nad zdrowiem odnaleźć można takie jego definicje, w których wyjaśniane jest ono jako stan braku choroby i dolegliwości, z drugiej strony zdrowie wyjaśnia się jako dobrostan biopsychospołeczny, homeostaza lub stan harmonii i równowagi (zob. Antoszevska and Tobota-Róžańska, 2023, p. 162).

Nietrudno znaleźć też definicje zdrowia objaśniające ów pełny dobrostan jako zdolność adaptacyjną, sprawność funkcjonalną, zdolność do pełnienia roli społecznej, zasób, potencjał psychofizyczny, wartość indywidualną, a jednocześnie ogólnospołeczną (Antoszevska and Tobota-Róžańska, 2023, p. 162). Odzwierciedleniem tak pojmowanego zdrowia jest klasyfikacja definicji zdrowia zaproponowana już w drugiej połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia przez Elżbietę Korzeniowską (Korzeniowska, 1988, p. 466). Wyodrębnia ona trzy typy wyjaśnień terminu zdrowie: biologiczny, funkcjonalny i biologiczno-funkcjonalny. W klasyfikacji Korzeniowskiej zarówno definicje biologiczne, jak i funkcjonalne mają charakter jednorodnych poprzez redukcję zdrowia do wymiaru albo organicznego, albo społecznego. Odrębną grupą definicji są w tym ujęciu definicje syndromatyczne, które łączą podejście biologiczne z funkcjonalnym.

Klasyfikacja opracowana przez Korzeniowską wśród definicji biologicznych, ujmujących zdrowie jako stan somatyczny o określonych przez lekarza parametrach, uwzględnia m.in. definicje Galena (zdrowie to stan idealnej równowagi i harmonii organizmu), Brzezińskiego i Korczaka (zdrowie to stan prawidłowy/normalny organizmu) (Korzeniowska, 1988, p. 466). Definicje funkcjonalne obrazują zdrowie jako warunek skutecznego i satysfakcjonującego życia społecznego jednostki. Przywołuje się tu m.in. definicję Pasonsa (zdrowie to stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań) (Korzeniowska, 1988, p. 466). Ostatnia grupa definicji w ujęciu Korzeniowskiej – definicje biologiczno-funkcjonalne – pomijają w zasadzie tylko tak istotny i współcześnie dostrzeżony wymiar duchowy człowieka, poprzestając na objęciu swoją uwagą wymiarów: biologicznego, psychicznego i społecznego. W latach 80. XX w. ta grupa definicji stanowiła najbardziej całościowe podejście do kwestii zdrowia człowieka (por. Korzeniowska, 1988, p. 467). Współcześnie spojrzenie na zdrowie człowieka zamknięte w definicjach zostało już zaktualizowane o wymiar duchowy. Aktualnie respektowane definicje łączą w sobie fenomen zdrowia z funkcjonowaniem fizycznym, wewnętrznym i społecznym człowieka (Leśniewski, 2006). Píše w tym duchu Bogusław Borys: „W każdym człowieku i w każdej z jego sfer (biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej) są zawarte określone zasoby (predyspozycje), które mogą uaktywnić się w konkretnych sytuacjach życiowych, wywołując proces w kierunku zdrowia lub choroby” (Borys, 2010, p. 44). Kategoria zdrowia oznacza w tym ujęciu zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe, odzwierciedlając imperatyw holistyczny i personalistyczny.

Wielowymiarowy sposób patrzenia na człowieka, na jego zdrowie i chorobę, umożliwia dostrzeżenie osoby w jej pełni, minimalizuje zagrożenie redukcjonizmem, a także dehumanizacją chorego, który cierpi dogłębnie. W sposób szczególnie ten sposób patrzenia realizuje się za sprawą lekarzy, pielęgniarek, onkologów, psychoonkologów, duchownych i wszystkich tych, których udziałem stało się towarzyszenie człowiekowi w ostatnim etapie jego życia. Etapem tym jest terminalna faza choroby, która bezpośrednio poprzedza śmierć (Walden-Gałuszko, 2008).

Troska o osobę w terminalnej fazie choroby zaczyna się od możliwie pełnego zrozumienia sytuacji, w której znalazł się chory wraz z towarzyszącymi mu świadkami cierpienia i umierania. Świadomość, że bliski umiera i nie da się już tego procesu odwrócić, cofnąć ani zmienić jest fundamentalnie istotna. Pogodzenie się z faktem przemijalności nie musi jednak być tożsame z zatraceniem się w rozpacz. Dojrzałe podejście do tego, co u schyłku życia osoby chorej już nieodwracalne, uzdalnia osobę do zareagowania na tę sytuację graniczną wedle niecodziennej miary, jaką dysponuje śmierć. Tym, co bez wątpienia może pomóc w przyjęciu

postawy adaptacyjnej w sytuacji, o której mowa, jest uznanie czasu spędzonego z osobą w terminalnej fazie choroby za dar (Dobrewsparcie.wzp.pl, 2014).

Terminalna faza choroby „albo choroba terminalna oznacza końcową fazę życia, w której pacjent nie może oczekiwać żadnej poprawy stanu zdrowia lub leczenie przyczynowe jest nieskuteczne, a zaawansowane stadium choroby można jedynie łagodzić objawowo. Działania medyczne są skierowane na łagodzenie bólu pacjenta i zapewnienie mu maksymalnego komfortu życia do zbliżającej się śmierci, co określa się mianem leczenia paliatywnego” (Dobrewsparcie.wzp.pl, 2014). Termin ten w przystępny sposób wyjaśnia Lucjan Szczepaniak – lekarz, kapelan Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie od 1995 r. Posługując się optyką medyczną, duchowny zwraca uwagę na to, że jest to faza, w której niemożliwe jest już przywrócenie zdrowia lub wydłużenie życia przy pomocy dostępnych metod leczenia (Szczepaniak, 2009). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że terminy: „stan terminalny”, a także „osoba w stanie terminalnym” nieuchronnie wiążą się z umieraniem, mogą więc ujawniać w sobie charakter stygmatyzujący i prowokować negatywne skojarzenia, dlatego w miarę możliwości zastępować je można neutralną terminologią: „opieka paliatywna” oraz „osoba u schyłku życia”.

Nie każda choroba nowotworowa prowadzi do śmierci, jednak wśród wielu różnych scenariuszy jej przebiegu istnieje taka grupa chorych w stadium zaawansowanym tej choroby, w którym nie ma już odwrotu i śmierć staje się nieunikniona. To właśnie oni, w kontekście terminalnej fazy swojej choroby, zasługują na szczególną uwagę, ponieważ sytuacja graniczna dla nich jest jednocześnie sytuacją dramatycznie kryzysową dla świadków ich cierpienia. Leczenie nierzadko przebiega w sposób radykalny, destabilizując nie tylko rzeczywistość osoby chorej. Bezpowrotnie zmienia się także codzienność świadków cierpienia, którymi w warunkach domowych najczęściej stają się członkowie rodziny chorego (Ulaniecka, 2021, por. p. 201). Kiedy choroba nowotworowa wchodzi w fazę terminalną, chory staje się w wielu aspektach życia osobą zależną, a sytuacja kryzysowa spowodowana chorobą nieuleczalną, nabiera cech sytuacji tanatycznej. Zarówno dla niego, jak i dla jego bliskich, jest to sytuacja nowa i trudna. Pogłębiające się w chorym deficyty, głównie w wymiarach somatycznym i społecznym mogą generować frustracje potrzeb w wymiarach emocjonalnym i duchowym, nierzadko uruchamiając w osobie kryzys egzystencjalny, będący szansą i zagrożeniem jednocześnie.

Tendencje obserwowalne w społeczeństwie polaryzują się wokół zdrowia absolutnego, z drugiej strony „medycyna, a wraz z nią wszelkie zabiegi zmierzające do wyleczenia chorego nabrały cech eksterytorialności; wyzute z jednostkowej subiektywności sprowadziły go do przypadku chorobowego, który równie do-

brze nie musi posiadać biografii, własnej historii, osobowości” (Ulaniecka, 2021, por. p. 201). Wpływy te nie pozostają neutralne wobec chorego. Intensyfikujący się, wielowymiarowy kryzys nie sprawia jednak, że chory przestaje być „wartością wartości” (Biesaga, 2009). Niezmiennie nosi on w sobie godność będącą pełnym uzasadnieniem należnej mu afirmacji, uzewnętrzniającej się między innymi poprzez szacunek wobec jego decyzji, możliwości i postępujących na skutek choroby niemożliwości, z jakimi musi sobie radzić już nie tylko osoba chora, ale także ci, którzy są najbliżej.

Jak zauważa Grzegorz Godawa – teolog i pedagog – „Istotnym pojęciem związanym z codzienną egzystencją rodziny, jest jej funkcjonowanie” (Godawa, 2016). Także w kontekście choroby nowotworowej przeżywanej w rodzinie funkcjonowanie tego systemu nie pozostaje bez znaczenia. Rozwijając myśl związaną z funkcjonowaniem rodziny, pedagog przywołuje definicję funkcji rodziny, której autorem jest Franciszek Adamski – socjolog, pedagog, humanista. Adamski konkluduje, iż funkcje rodziny to „cele, do których zmierza życie i działalność rodziny, oraz zadania, jakie pełni na rzecz swych członków, zaspokajając ich potrzeby, ale też i potrzeby społeczeństwa oczekującego od rodziny dobrze przygotowanych i bezkonfliktowo włączających się w życie społeczne obywateli. Funkcja oznacza zatem działalność skierowaną na określony cel, kontynuowaną w ramach danej struktury społecznej bądź dla podtrzymania danej struktury społecznej w stanie normalnym” (Adamski, 2006).

Wśród wielu różnych typologii funkcji rodziny warto przywołać propozycję Zbigniewa Tyszki, który dzieli je na cztery kategorie, w ramach których wyróżnia konkretne funkcje (Tyszka, 1997):

1. Funkcje biopsychiczne:
 - a) prokreacyjna,
 - b) seksualna;
2. Funkcje ekonomiczne:
 - a) materialno-ekonomiczna,
 - b) funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca;
3. Funkcje społeczno-wyznaczające:
 - a) funkcja stratyfikacyjna,
 - b) funkcja legalizacyjno-kontrolna;
4. Funkcje socjopsychologiczne:
 - a) socjalizacyjno-wychowawcza,
 - b) funkcja kulturalna,
 - c) funkcja religijna (dotyczy rodzin ludzi wierzących),
 - d) funkcja rekreacyjno-towarzyska,
 - e) funkcja emocjonalno-ekspresyjna.

Istotny zdaje się fakt, że koncentrując się na rodzinach, w których jeden z jej członków wszedł w terminalną fazę choroby, funkcje rodziny realizowane będą w ekstremalnie trudnych warunkach, a funkcją dominującą stanie się funkcja opiekuńczo-zabezpieczająca. Dopiero po zaspokojeniu potrzeb somatycznych otworzy się przestrzeń do realizowania nie mniej istotnych dla chorego funkcji takich jak funkcja emocjonalno-ekspresyjna, a w przypadku osób wierzących – funkcja religijna.

Choroba onkologiczna dużo zmienia nie tylko w życiu chorego, ale także w dynamice współtworzonego przez niego systemu rodzinnego. „Rodzina w ujęciu systemowym jest traktowana w kategoriach złożonej struktury, która składa się ze wzajemnie zależnych od siebie grup osób charakteryzujących się posiadaniem podobnych wspomnień dotyczących przeszłości, obecnością więzi emocjonalnej oraz występowaniem interakcji w obrębie poszczególnych członków rodziny i całej grupy jako całości (...) Oznacza to, że relacje zachodzące między dwiema osobami, np. mężem i żoną, wpływają nie tylko na nich samych, ale także na dzieci, które należą do tej rodziny” (Krok, 2010, por. pp. 360–361). Warto wskazać na fakt, że zarówno chory, jak i jego najbliżsi przechodzą przez różne fazy autoadaptacji do sytuacji kryzysowej, jaką jest choroba jednego z członków systemu rodzinnego.

Elisabeth Kübler-Ross – lekarz psychiatra – dostrzegła i nazwała pięć etapów przystosowywania się przez osoby do sytuacji trudnych, wśród których lokuje się sytuacje tanatyczne. Pierwszy etap procesu adaptacji to zaprzeczenie i izolacja. Etap szczególnie trudny, zarówno dla chorego, jak i najbliższych mu osób. Dodatkowo sytuację może komplikować fakt, że każdy z członków systemu rodzinnego przeżywa poszczególne etapy w sobie właściwy sposób, z niepowtarzalną intensywnością oraz indywidualnie rozłożoną w czasie sekwencją przeżyć prowadzących go ku kolejnemu etapowi. Sytuacja skoncentrowana wokół osoby umierającej generuje, zdaniem psychiatry, kolejny etap, którym jest gniew, przepełniający system rodzinny i przenikający atmosferę panującą w danym systemie. Gdy gniew ustępuje, jego miejsce wypełnia dynamizm ukierunkowujący chorego i świadków jego cierpienia na targowanie się z losem, szukanie winnych i rozpaczliwe próby naprawienia swoich win w etapie trzecim (Kübler-Ross, 1998).

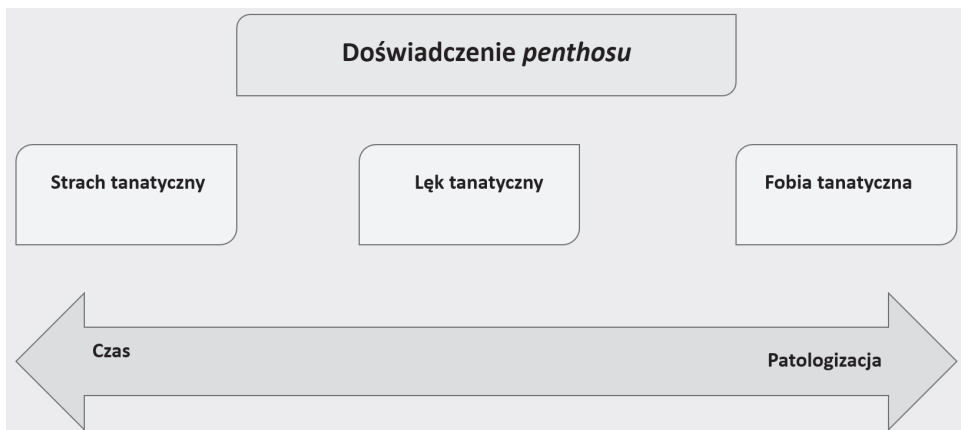
Kiedy osoby współtworzące środowisko cierpienia dostrzegają, że ich próby targowania się są daremne, Kübler-Ross wskazuje na realność czwartego etapu adaptacji do sytuacji kryzysowej, jaką jest depresja. Rozlewa się ona na cały system rodzinny dotknięty chorobą onkologiczną. Depresja będąca destrukcyjną strategią przystosowawczą może już nigdy nie ustąpić i dla chorego stać się ostatnim z etapów radzenia sobie z narastającymi dysfunkcjami lokującymi się w osobie chorego. Piątym etapem owego procesu jest pogodzenie się z drama-

tyczną sytuacją przez każdego z członków systemu rodzinnego albo tylko przez jednostki wyróżniające się szczególną odpornością psychiczną (Kübler-Ross, 1998). Tak rozumiane życie rodzinne wraz z atmosferą rodzinną stają się tłem przyszłych przemian w obrębie systemu, sprowokowanych bezpowrotną utratą zdrowia w wymiarze somatycznym, a także implikuje liczne reperkusje w wymiarach emocjonalnym, duchowym i społecznym.

Przyszłość człowieka przeszyta jest komponentem lękowym (Kępiński, 2012). Wśród wielu różnych ujęć lęku, warto przywołać paradygmat tanatopedagogiczny zorientowany na różne aspekty sytuacji tanatycznej, w tym na lęk tanatyczny (Binnebesel, 2017). Ujęcie to ogniskuje się wokół pedagogicznej interpretacji lęku, którego przedmiotem jest śmierć, a punkt wyjścia lokuje się w procesie wychowania. Ów lęk przed śmiercią to lęk tanatyczny, odsłaniający własną dynamikę poprzez napięcie generowane między pędem ku życiu i pędem ku śmierci (Binnebesel, 2017). Warto zauważyć, że pęd ku życiu jest dynamizmem wzmacniającym jednostkę, a chwila, w której mania życia przemija, staje się momentem, w którym śmierć może zagościć w wielowymiarowej rzeczywistości osoby chorującej i jej najbliższych.

Tanatopedagogiczne ujęcie lęku wydobywa jego pedagogiczną interpretację wskazującą na śmierć jako czynnik budzący trwogę. Załączkiem owych progresywnych przemian jednostki staje się proces wychowania (Binnebesel, 2017). Istotnie, przegląd literatury z zakresu tanatopedagogiki i tanatopsychologii pozwala stwierdzić, iż wśród wielu trudnych emocji przenikających środowisko cierpienia, lęk tanatyczny zdaje się dominować. Józef Binnebesel, jeden z luminarzy tanatopedagogiki, podejmując próbę uporządkowania zagadnień związanych z lękiem przed śmiercią, wprowadził pojęcie doświadczenia *penthosu* (Binnebesel, 2017). Kategoria ta została zdefiniowana przez badacza jako dążność do maksymalnie wyczerpującego temat oddania koneksji pomiędzy strachem, lękiem i fobią, przy jednoczesnym zminimalizowaniu napięć mających swój początek w aspektach semantyczno-logicznych omawianego pojęcia (Binnebesel, Formella and Katolyk, 2018).

Wprowadzona przez Binnebesela kategoria ugruntowuje nie tylko aspekty doświadczenia związane z podobieństwami w przeżyciach indukowanych śmiercią (*tanathosem*), ale także wskazuje na różnice związane z tymi doświadczeniami (Binnebesel, Formella and Katolyk, 2018). Tym samym reguluje kwestie związane z nazewnictwem. Aspekt logiczny *penthosu* wyraża swoją symetrię względem propozycji Binnebesela poprzez przywołanie przez twórcę teorii, greckiej mitologii i związanej z nią postaci Penthosa – bóstwa, któremu Zeus oddał panowanie nad uczuciami i emocjami zintegrowanymi ze śmiercią, żalem i trwogą (Binnebesel, Formella and Katolyk, 2018).



Grafika 1. (Binnebesel, 2017)

Godność jako imperatyw moralny (a nawet egzystencjalny) jawi się jako fundamentalne pojęcie rozwijające etykę personalistyczną. Karol Wojtyła w *Miłości i odpowiedzialności* pogłębia tak zwaną normę personalistyczną, przypominając: „Ilekcroć w twoim postępowaniu osoba jest przedmiotem działania, tylekcroć pamiętaj, że nie możesz jej traktować tylko jako środka do celu, jako narzędzia, ale liczyć się z tym, że ona sama ma lub bodaj powinna mieć swój cel” (Wojtyła, 2001). Owa norma zintensyfikowała imperatyw kategoryczny Immanuela Kanta, nawołującego: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka” (Kant, 2017). Stanowisko Wojtyły zawarte w personalizmie afirmuje człowieka, a jednocześnie respektuje zakres wolności nie tylko ludzkiej, ale także boskiej, krakowski filozof pisze: „nikt nie może posługiwać się osobą jako środkiem do celu: ani żaden człowiek, ani nawet Bóg-Stwórca” (Wojtyła, 2001).

Współcześnie zaobserwować można wzmacnianie się świadomości niezbywalnej godności urzeczywistniającej się w każdej osobie ludzkiej. Warto zauważyć, że w różnych społecznościach godność bywa rozumiana w różny, czasem w diametralnie różny sposób, w zależności od aksjomatów żywych w jednostkach tworzących daną społeczność. Sposób pojmowania godności ludzkiej zdaje się mieć szczególne znaczenie w środowisku cierpienia, którym dla wielu okazuje się dom rodzinny. Cierpienie spowodowane chorobą nieuleczalną może pośrednio znaleźć wyraz w zaburzonej afirmacji własnej godności, a przez to wpływać na rozwój cech negatywnych, jak zgorzknienie czy wyuczona bezradność (Kolber, 2019). Takim sytuacjom można przeciwdziałać, oferując choremu proporcjonalne do jego potrzeb, wielowymiarowe wsparcie, nie pomijając żadnego z żywych w nim wymiarów.

Nienarzucająca się choremu obecność w sferach somatycznej, emocjonalnej, społecznej i duchowej jest tym, co może pomóc w zdefiniowaniu sensu osobistego cierpienia, a w konsekwencji znacząco podnieść jakość funkcjonowania w terminalnej fazie choroby.

Myślenie personalistyczne afirmuje osobę, wzbrania się przed relatywizacją jej życia, pogłębionego doświadczeniem obiektywnie niskiej jakości życia, spowodowanej utratą pewnych funkcji życiowych, między innymi w toku choroby nieuleczalnej. „Godność, można dodać, konstytuuje się w egzystencjalnej przestrzeni drugiego człowieka w taki sposób, że «Ja» wynosi godność «Ty», a «Ty» - «Ja»”. Dla jasności przekazu użyto tu słowo „konstytuuje”, co oznacza m.in. „wydobywa z istnienia”, a nie ustanawia, co nierzadko spotykamy we współczesnej kulturze, w której jeden drugiemu chciałby nadawać godność, znaczenie i wartość. Zatem miarą wydarzenia spotkania jest afirmowana przez spotykające się osoby godność” (Kozłowski, 2016, p. 101). Paradygmat personalistyczny ożywia poczucie odpowiedzialności związanej z podejmowaniem decyzji związanych z życiem, procesem umierania i śmiercią.

Wnioskowanie skoncentrowane na osobie napomina przed manipulowaniem wartością życia człowieka nieuleczalnie chorego, prowadzącym do jego dehumanizacji i destrukcji. Nie bez znaczenia pozostaje w tym kontekście także staranne dobieranie słów, rozwijanie kompetencji interpersonalnych i poszerzanie wiedzy związanej z chorobą i chorowaniem przez każdego z członków systemu rodzinnego, ponieważ słowa są tym, co na bieżąco aktualizuje i modyfikuje rzeczywistość rodziny dotkniętej chorobą bliskiej im osoby.

2. Autoempatia

Pasja poznawcza od lat przenika naukową aktywność wielu badaczy. Moc ta polaryzuje się wokół tego, co nieoczywiste, prowadzi humanistów ku coraz głębszemu poznaniu repertuaru konstruktów osobowościowych funkcjonujących w człowieku. Jest to ważny kierunek, istotnie wpływający na sposób postrzegania przez społeczeństwo zjawisk determinujących intensywność doświadczanej wobec cierpienia bezradności, zmęczenia współczuciem (*compassion fatigue*) (Chojnacki, 2022), a także wypalenia w życiu prywatnym.

Style radzenia sobie z sytuacjami trudnymi bywają różne. Osoby w kryzysie posługują się między innymi mechanizmami odsłaniającymi optymistyczne ustosunkowanie do sytuacji kryzysowej poprzez wewnętrzne poczucie kontroli, poczucie własnej skuteczności, poczucie humoru, ekstrawersję, a także empatię (Daniel-Sielańczyk, Życińska and Bąk-Sosnowska, 2019). Na tle skutecznych i po-

wszechnie stosowanych stylów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi wyłania się stosunkowo nowy i rzadko uwzględniany w poruszonym kontekście konstrukt. Autoempatia (*Self-compassion*) niesie w sobie potencjał wielowymiarowego minimalizowania skutków długofalowego stresu oraz redukcji ilości i intensywności stresorów, które mogą wpływać na człowieka destrukcyjnie.

Według Kristin Neff – inicjatorce badań nad samowspółczuciem, która temu konstruktowi poświęciła wiele lat pracy naukowej – autoempatia to „bycie otwartym i wrażliwym na własne cierpienie, przy jednoczesnym doświadczaniu uczucia troski i życzliwości do samego siebie, przyjmując postawę rozumiejącą i nieoceniającą wobec własnych niedoskonałości i niepowodzeń, uświadamiając sobie, że własne doświadczenie jest częścią powszechnego doświadczenia ludzi” (Neff, 2003).

Wiele wnoszący głos w dyskursie na temat autoempatii zabrała także między innymi Irena Dzwonkowska – psycholog społeczna i osobowości, która spostrzeża, że „współczucie wobec samego siebie jest sposobem ustosunkowania się do siebie samego alternatywnym do autokrytycyzmu, surowości w ocenianiu siebie, tendencji do egocentryzmu, egoizmu lub nawet narcyzmu. Mniej krytyczne i mniej oceniające podejście do własnej osoby, bez ciągłej konieczności porównań z innymi (co jest symptomem wysokiej samooceny), może prowadzić do większej tolerancji i dokonywania trafniejszych atrybucji zachowań własnych i innych ludzi” (Dzwonkowska, 2011). Analizując przywołane definicje, warto zauważyć, że autoempatia wyraźnie rezonuje z empatią.

Empatia jest kompetencją wyposażającą człowieka w dostęp poznawczy do wydolności emocjonalnej, umysłowej i duchowej innych osób (Gładziejewski, 2011). Pełne wyszczególnienie zakresu znaczeń nadawanych empatii wychodzi poza problematykę niniejszego opracowania. Istotnym jednak zdaje się fakt, że pojęcia związane z empatią zgłębiane są poprzez konkretne typy poznania, a także doświadczania. Zarówno empatyczne doświadczanie, jak i poznawanie innych umysłów niesie w sobie określony charakter pierwszoosobowej perspektywy, dotyczącej własności określających przedmiot poznania. Funkcją empatii jest uspołecznienie indywidualnego doświadczenia emocjonalnego (Gładziejewski, 2011).

Optyka niemieckiego filozofa – Arthura Schopenhauera wydobywa z empatii potencjał determinujący wartość moralną czynu. Filozof pisał tak: „Z chwilą, gdy we mnie budzi się współczucie, dobro lub krzywda innej istoty staje się dla mnie czymś bezpośrednim i bliskim, zupełnie w ten sam sposób, choć nie zawsze w tym samym stopniu, co i moje własne; a wówczas różnica między mną a ową istotą przestaje być absolutna” (Schopenhauer, 1994). Inny niemiecki filozof – Max Scheler w dyskurs o empatii wprowadził typologię współodczuwania

wyjaśniającą spostrzeżenia jej autora związane z metodyką aktywności osoby w cudzym odczuwaniu. Odtworzenie kondycji psychicznej drugiego człowieka w świadomości podmiotu, staje się, według Schelera, drogą do współodczuwania. Filozof zastrzega jednak, iż wyjątkowość owego doświadczenia, wypływająca z niepowtarzalności „ja” innej osoby, staje się niemożliwa do powtórzenia w doświadczeniu epatyzującego podmiotu, w którym żywe jest inne – jemu właściwe – „ja” (Radzińska, 2021).

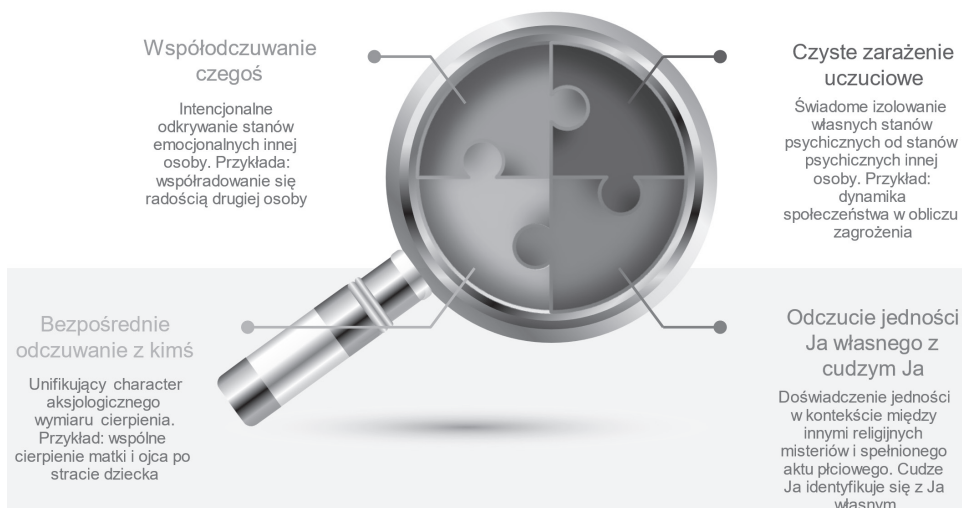
Scheler wyodrębnił cztery kategorie współodczuwania (Scheler, 1986). Pierwszym faktem w typologii niemieckiego filozofa jest „bezpośrednie współodczuwanie z kimś”, przykładem czego może być wspólne cierpienie matki i ojca po stracie dziecka. Cierpienie matki nie jest odzwierciedleniem cierpienia ojca (ani odwrotnie), jednak tym, co ich łączy w cierpieniu, jest jego aksjologiczny wymiar. Scheller zastrzega, że w tym kontekście współodczuwanie dotyczy wymiaru psychicznego (współcierpienie), a nie dotyczy wymiaru somatycznego i zmysłowego (nie istnieje jego zdaniem współból) (Scheler, 1986).

Kolejnym komponentem w typologii Schelera, jest współodczuwanie czegoś, na przykład współradowanie się radością drugiego człowieka. Filozof jednak zaznacza, „że każde współczucie zawiera intencję czucia cierpienia i radości w czyimś przeżyciu. Samo współodczucie jest tak «skierowane» jako «czucie», a nie dopiero dzięki «sądowi» czy przedstawieniu, «że drugi cierpi»; pojawia się ono nie tylko w obliczu cudzego cierpienia, lecz je również «domniemuje», i domniemuje je będąc samą funkcją emocjonalną” (Scheler, 1986). Empatia jawi się więc w tej odsłonie jako intencjonalne odkrywanie stanów emocjonalnych innej osoby.

Trzecią formą przeżywania empatii jest, zdaniem Schelera, czyste zarażenie uczuciowe. Wydarza się ono spontanicznie, nieświadomie i lawinowo. Takie ujęcie współodczuwania może być pomocne w zrozumieniu dynamiki społeczeństwa, która zdecydowanie różna jest od dynamiki jednostki. „Samo cierpienie właśnie nie staje się zaraźliwe dzięki współcierpieniu. Raczej właśnie tam, gdzie cierpienie staje się zaraźliwe, współcierpienie jest całkowicie wykluczone; w tej samej bowiem mierze nie jest mi już dane jako cierpienie drugiego, lecz jako moje cierpienie, które staram się usunąć w ten sposób, iż unikam obrazu cierpienia” (Scheler, 1986). Świadome izolowanie własnych stanów psychicznych od stanów psychicznych innej osoby staje się pewnego rodzaju czynnikiem innowacyjnym dla spotkania z człowiekiem w jej radości bądź smutku.

Ostatnim wyrazem empatii w typologii Schelera jest „prawdziwe odczucie jedności Ja własnego z cudzym indywidualnym Ja. Jest ono przypadkiem granicznym: tutaj nie tylko cudzy, odgraniczony proces uczuciowy nieświadomie uważa się za własny, lecz właśnie cudze Ja (we wszelkich jego zasadniczych po-

stawach) identyfikuje się z Ja własnym” (Scheler, 1986). Autor *Istoty i formy sympatii* wskazuje na doświadczenie jedności w kontekście między innymi religijnych misteriów, hipnozy, czy spełnionego aktu płciowego (Scheler, 1986). Empatia jest więc jednym z adaptacyjnych mechanizmów wspierających koegzystencję jednostek we wspólnocie doświadczeń, wyraźnie współbrzmującym z autoempatią, która sprzyja internalizacji doświadczeń indywidualnych.



Grafika 2. Kategorie współodczuwania (typologia Maxa Schelera) – opracowanie własne

Autoempatia jest dyspozycją jednostki do harmonijnego przeżywania i czerpania satysfakcji z jakości funkcjonowania wewnętrznego, przenikającego także do relacji interpersonalnych. Wśród wielu różnie definiowanych funkcji osobowości wskazuje się na komponenty determinujące jakość funkcjonowania człowieka względem siebie i względem innych. Przywołana organizacja osobowości w psychiatrii jest punktem odniesienia w procesie diagnozowania zaburzeń osobowości (Łakuta *et al.*, 2023), jednak obok tego niesie ona także w sobie potencjał rozwijający indywidualną samoświadomość jednostki (por. grafika 3).

Autoempatia w ujęciu Neff pozostaje w synergii z funkcjami osobowości zawartymi w skali poziomu funkcjonowania osobowości, zarówno pod względem intrapsychnicznego funkcjonowania jednostki, jak i jej aktywności interpersonalnej. Jak zauważają Anna Daniel-Sielińczyk, Jolanta Życińska i Monika Bąk-Sołnowska – zespół psychoterapeutów badający *Self-compassion* w kontekście wypalenia zawodowego w swojej grupie zawodowej – osoby manifestujące głębszą



Grafika 3. Komponenty funkcjonowania osobowości wyróżnione w Skali poziomu funkcjonowania osobowości (Łakuta *et al.*, 2023).

autoempatiją, cieszą się większą satysfakcją z życia, doświadczają wielowymiarowego szczęścia i rezonującego z nim optymizmu. Względem osób o niższym poziomie samowspółczucia, osoby empatyczne wobec siebie dysponują także wyższą inteligencją emocjonalną i bliskością z innymi ludźmi (Daniel-Sielańczyk, Życińska and Bąk-Sosnowska, 2019).

Autoempatia domaga się od podmiotu postawy życzliwości ukierunkowanej na „ja”, podejścia do siebie w sposób, w jaki człowiek podszedłby do swojego najlepszego przyjaciela w jego strapieniu. Niezbędna do rozwijania samowspółczucia okazuje się także samoświadomość związana z wadami i porażkami, a także gotowość do spojrzenia na nie z dystansem (Neff, 2022b). Jak zaznacza autorka koncepcji, owa życzliwość wobec siebie samego nie jest mocą popychającą jednostkę w kierunku narcyzmu, jawi się jako czynnik uświadamiający człowiekowi jego istotność wpisaną w szerszy plan wydarzeń. W autorskim konstrukcie Neff wyodrębnia trzy przymioty autoempatii (Neff, 2022b): refleksyjność, wspólne wszystkim człowieczeństwo oraz życzliwość. Komponenty te, mimo iż są od-

rębne, współgzystują ze sobą, tworząc harmonijny wewnętrzny system jakości determinujący zdrowie i stabilność jednostki.

Autorefleksyjność (*mindfulness*) definiuje Neff jako fundamentalną umiejętność uwrażliwiającą osobę na dostrzeżenie jej osobistego dyskomfortu i przyjęcie go. Zdaniem badaczki, istotne jest takie podejście do własnego bólu, które nie neguje jego autentyczności, a z drugiej strony nie podsycy go. Refleksyjna uważność uzdalnia człowieka do dostrzeżenia i uznania tego, że popełnił on błąd lub poniósł porażkę. Żal, lęk, smutek, złość i niepewność nie jawią się wówczas jako „złe” emocje, których bezwzględnie należy unikać, wstydzić się ich przed sobą i przed innymi albo wypierać. Perspektywa jednostki w sposób świadomy zostaje ukierunkowana przez nią samą na doświadczenie chwili obecnej. Głębokiemu zrozumieniu zachodzących w niej przemian towarzyszy świadomość tego, że wskutek doświadczeń, myśli i emocji dokonuje się wewnętrzna aktualizacja jej samej jako osoby (Neff, 2022b).

Refleksyjność zorientowana na „ja”, mimo iż pozornie prosta, jest wymagająca nie tylko pod względem emocjonalnym, ale także somatycznym. Neff w swojej najnowszej publikacji z 2022 r. wskazuje w kontekście autoempatii na zidentyfikowane przez neurobiologów obszary w mózgu człowieka, które tworzą sieć standardowej aktywności mózgu (*default mode network* – DMN). Jest to tak zwany tryb domyślny, ponieważ łączy się z tymi momentami życia człowieka, w których nie skupia się on na realizacji zadań, nie angażuje w nie, a pozostaje w trybie czuwania czy też tak zwanego normalnego funkcjonowania. Ów tryb pełni trzy podstawowe funkcje: tworzy poczucie własnego „ja”, projektuje to „ja” w przeszłości albo w przyszłości, a także wyszukuje problemy. Funkcje trybu domyślnego blokują zatem autorefleksyjne przeżywanie istotnych dla jednostki momentów egzystencjalnych.

Autorka koncepcji autoempatii zauważa, że z punktu widzenia ewolucyjnego takie zorientowanie na przeszłość i przyszłość jest korzystne, ponieważ pomaga w wyciąganiu wniosków i adaptowaniu strategii radzenia sobie z trudnościami w przyszłości. Jednak pomijanie chwili obecnej sprawia, że człowiek w chwili doświadczania cierpienia może nie być świadomym emocji, której doświadcza. Aktywne kierowanie własną świadomością niejako wyłącza tryb domyślny mózgu i uzdalnia jednostkę do uczestniczenia w swoich doświadczeniach w czasie rzeczywistym.

Życzliwość wobec siebie (*Self-kindness*), zdaniem Neff, jest twórczym impulsem, który ożywia każdy akt autoempatii, a jednocześnie łagodzi cierpienie (Neff, 2022b). Życzliwość zwracająca się ku „ja”, doświadczana może być jako mobilizacja do działania, pragnienie niesienia pomocy i wsparcia samego siebie. Konsekwencją procesu socjalizacji jest ukierunkowanie jednostek na okazywa-

nie życzliwości raczej innym niż sobie. Życzliwa postawa wobec siebie zmienia ów mechanizm, sprawiając, że człowiek okazujący sobie empatię rozwija w sobie umiejętność autentycznej afirmacji własnej osoby. Taki sposób oddziaływania na siebie samego oznacza, że kiedy człowiek popełni błąd, wyrządzi komuś lub sobie zło, powołuje we własnym sercu do istnienia pragnienie autokorekty destrukcyjnych strategii postępowania.

W sytuacjach trudnych logiką życzliwości ukierunkowanej na „ja” staje się świadomie kształtowana, nabywana przez dręczoną cierpieniem osobę, umiejętność zatrzymania się w osobistym doświadczeniu, uznanie swojej sytuacji za trudną i podjęcie refleksji nad tym, jak w tej sytuacji zadbać o siebie samego. Życzliwość jest świadomością tego, że człowiek nie zawsze jest przygotowany do tego, by realizować osobiste ideały i oczekiwania. Sprawia, że trudności stają się łatwiejsze do zniesienia, jest namiastką kompensacji goryczy, z którą przychodzi się mierzyć jednostce w sytuacjach kryzysowych (Neff, 2022b).

Trzecim wymiarem autoempatii w ujęciu Neff jest uznanie swojego własnego człowieczeństwa (Neff, 2022b) i wynikające z tego aktu poczucie wspólnego doświadczenia (*common humanity*). Odnosi się ono do percepcji własnego doświadczenia jako części ogólnego doświadczenia ludzkości i *de facto* jest tym, co odróżnia autoempatię od litości dla siebie. „Słowo współczucie w języku łacińskim «*compassio*» oznacza «cierpieć z» (*passio + com*). Połączenie jest nieodłącznym elementem współczucia” (Neff, 2022b). Współczucie zorientowane do wewnątrz jest uznaniem niedoskonałości każdego człowieka i jego poczynań. Niepowodzenia, które przez jednostkę identyfikowane są jako niezwykle rzadkie, dodatkowo izolują człowieka zmagającego się z porażką bądź niepowodzeniem.

Uznanie własnego człowieczeństwa rozbudza w człowieku świadomość tego, że ból jest częścią wspólnego ludzkiego doświadczenia, co działa uwalniająco i minimalizuje ryzyko uzalania się nad sobą. Tym, co różnicuje jednostki między sobą, są okoliczności i siła cierpienia, jednak trudno wskazać człowieka, który nigdy nie doznał lub nie dozna cierpienia somatycznego, emocjonalnego (Neff, 2022b), duchowego i socjalnego. Świadomość ta chroni jednostkę przed doznaniem globalnej izolacji i osamotnienia (Daniel-Sielańczyk, Życińska and Bąk-Sosnowska, 2019).

Autoempatia jest zatem adaptacyjnym podejściem do emocji, istotnie optymalizującym proces radzenia sobie ze stresem, aktywującym mechanizmy proaktywnych strategii radzenia sobie z trudnościami (Dzwonkowska, 2011). *Self-compassion* można także uznać za zasób tonujący emocje i odblokowujący czerpanie satysfakcji z życia. Jego istotną właściwością jest możliwość rozwijania umiejętności w specjalnie opracowanych programach (*Mindfull Self-Compassion*). Osoby, które zakończyły trening, doświadczają zminimalizowanych objawów

związanych z depresją, lękiem, a jednocześnie dysponują większą gotowością do konfrontacji z własnymi emocjami i cieszą się większą satysfakcją z życia. Autoempatia nie pozostaje także bez znaczenia w kwestiach związanych z wypaleniem i zmęczeniem pomaganiem, stając się ważną częścią samorozwoju osób pracujących w zawodach pomocowych (Dzwonkowska, 2011).

3. Wymiary autoempatii w opiece nad chorym w rodzinie

Proaktywność egzystencjalna w sytuacjach nieoczekiwanych i trudnych na bieżąco aktualizuje i modyfikuje rzeczywistość każdego człowieka. Zdarza się, że cierpienie przenika każdy z wymiarów życia jednostki, intensyfikując jej doznania somatyczne, emocjonalne, socjalne i duchowe – jeśli doświadczająca tego stanu osoba znajduje się w terminalnej fazie choroby, stan ten określany jest jako cierpienie totalne, wszechogarniające. Innym razem człowiek, który znalazł się w centrum dramatycznych wydarzeń, nie potrafi zidentyfikować i nazwać cierpienia cierpieniem. Zdaniem Neff, unikanie i negowanie cierpienia mogą być konsekwencją wpływów kultury Zachodu, domagającej się od społeczeństwa pełnej entuzjazmu postawy wobec siebie i innych (Neff, 2022a). Realnym wskaźnikiem słuszności intuicji autorki w tej kwestii może być fakt, że bardzo rzadko w sytuacjach kryzysowych człowiek wyraża potrzebę odpoczynku i potrafi przyznać przed sobą, z jak trudnym zadaniem musi się mierzyć (Neff, 2022a).

Autoempatia stanowić może istotny napęd do pełnego, zdrowego funkcjonowania człowieka, jednak wciąż ów konstrukt psychologiczny jest bardzo słabo poznany (Dzwonkowska, 2011). Wydaje się, że szczególnie interesującym tłem dla samowspółczucia jest środowisko cierpienia. Nieuleczalnie chory człowiek, zmagający się z terminalną fazą choroby w swoim domu, nierzadko wszechogarnięty jest cierpieniem. Przyjmując, że postępująca choroba nie odebrała mu pełni kompetencji oraz świadomości związanej z jego dramatyczną sytuacją, chory wciąż może podjąć decyzję o tym, w jaki sposób przeżyje ostatni etap swojego życia i ile będzie w tym życiu czułości ukierunkowanej na siebie samego.

W podobnej sytuacji są osoby towarzyszące choremu w procesie chorowania i umierania. One także dysponują możliwością podjęcia w pełni autonomicznej decyzji związanej z tym, w jaki sposób zrealizują swoje powołanie do bycia świadkiem cierpienia bliskiej im osoby. Uzasadnieniem autoempatii w środowisku cierpienia jest godność, która „jest wołaniem człowieka «pozwól mi być», pozwól mi być takim, jakim jestem, i zarazem jest wołaniem, by

odkryć tę wartość bycia. Tak „prawda człowieka odsłania się tam, gdzie jest jego «miejsce obecności». W «miejscu obecności» człowiek nie jest ani naszym współpracownikiem, ani przeciwnikiem, ani władcą czy poddanym, lecz tym, któremu najpierw i przede wszystkim po prostu «pozwalamy być»” (Tischner, 2012). Autoempatia przeżywana przez ogarniętego cierpieniem chorego i towarzyszących mu najbliższych, może się przejawiać między innymi we wzajemnej zgodzie na bycie.

Rodzina zmagająca się z nieuleczalną chorobą jednego z jej członków staje się środowiskiem, w którym rozwijać się mogą różne, nie zawsze budujące, konstrukty społeczne. Jeden z nich dostrzeżony i zdefiniowany został przez diadę badaczek Vicki Helgeson i Heidi Fritz (Neff, 2022b). Stan, w którym troska o innych nie jest równoważona troską o siebie, a potrzeby innych uniemożliwiają w skrajnych przypadkach troskę o potrzeby własne, określiły one mianem bezgranicznej wspólnotowości. Zainspirowana owym konstruktem społecznym, Neff w kontekście autoempatii w środowisku cierpienia ukuła pojęcie jednostronnej opieki. Jednostronna opieka może mieć wiele odsłon. Jedną z nich może być tak bezgraniczne oddanie się osoby wspierającej osobie wspieranej, że tej pierwszej zaczyna brakować czasu na realizowanie własnych, niezbędnych do zachowania witalności potrzeb egzystencjalnych.

Skutkiem tak powstających deficytów może okazać się gwałtownie obniżająca się jakość wsparcia ofiarowanego osobie umierającej. Zdaniem Neff, na wszelkie negatywne konsekwencje związane z jednostronną opieką częściej skazane są kobiety, od których oczekuje się łagodności, troskliwości i wsparcia ukierunkowanych raczej na innych, niż na siebie (Neff, 2022b). W środowisku cierpienia, którym staje się dom rodzinny, gdy jednostronna opieka jest jedyną realizowaną przez świadka cierpienia drogą, jego autoempatia może okazać się źródłem dobra przenikającym zarówno osobę wspieraną, jak i wspierającą. Aby uruchomić autoempatię w środowisku cierpienia, zdaniem Neff, wystarczy spojrzeć na własne potrzeby przez pryzmat akceptacji, pocieszenia, nazwania rzeczy po imieniu, granic, gniewu, spełnienia i zmiany (Neff, 2022b).

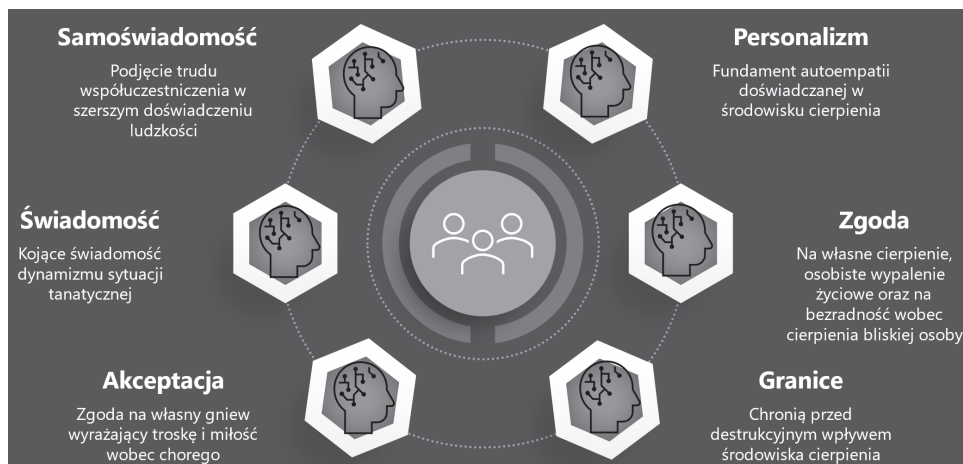
Mądra troska o siebie samego w sytuacji kryzysowej, jaką bez wątpienia jest współtrwanie w sytuacji tanatycznej jako osoba wspierająca, może przejawiać się poprzez akceptację tego, co nieuchronne, to jest bezpowrotnej utraty zdrowia osoby bliskiej, związanej z tym nieodwracalnej utraty planów i marzeń, akceptacja własnej bezradności wobec bólu i cierpienia doświadczanych przez chorego. Kolejnym wspierającym aspektem samowspółczucia w sytuacji kryzysowej, na który wskazała Neff, jest pocieszenie. Badaczka zwraca uwagę na dotyk jako na czynnik niemal natychmiastowo przynoszący ukojenie, także samoukojenie w sytuacji dramatycznie trudnej. W sytuacji tanatycznej – podob-

nie jak w wielu różnych trudnych sytuacjach egzystencjalnie istotnych – nie bez znaczenia pozostają także takie aspekty okazywania troski wobec siebie samego, jak ton głosu, dobór czułych, dobrych słów i inne przejawy wrażliwości, których znaczenie trudno przecenić (Neff, 2022b).

Obok pocieszenia, Neff wskazuje na istotność precyzyjnego nazywania poszczególnych aspektów związanych z trwaniem w sytuacji trudnej. Autorka zwraca tutaj uwagę na traktowanie samego siebie z szacunkiem, na dawanie sobie przyzwolenia do narzekania, na troskę o własne zasoby, które jeśli będą niedoceniane, mogą szybko się wyczerpać i uniemożliwić skuteczne wspieranie osoby umierającej, a także siebie w sytuacji trudnej. Innym aspektem autoempatii w środowisku cierpienia są granice – niezwykle ważne w niemal każdym wymiarze życia człowieka. Neff zachęca do spokojnego, lecz stanowczego komunikowania granic, do korzystania z chroniącego potencjału „nie” zawsze wtedy, gdy odczuwany jest dyskomfort spowodowany nadmiernymi oczekiwaniami wobec osoby wspierającej. (Neff, 2022b).

Neff zwraca także uwagę na potęgę gniewu w przeżywaniu autoempatii. Gniew rezonuje, zdaniem autorki, z miłością i nie powinien być wypierany ani negowany. W środowisku cierpienia zgoda na doświadczanie gniewu konstruktywnie wpływa na przechodzenie od trudnych, złożonych emocji, do poczucia bezpieczeństwa i zaufania w dramatycznie trudnej sytuacji, jaką jest współtrwanie z chorym w terminalnej fazie choroby. Obok gniewu, Neff przywołuje także spełnienie jako aspekt pogłębiający doświadczenie autoempatii. Świadomość tego, co przez jednostkę postrzegane jest jako spełnienie, a następnie gotowość podjęcia konkretnych działań prowadzących do owego spełnienia, stają się zasobem świadka cierpienia osoby umierającej. Generuje to przeświadczenie o odrębności osoby wspierającej, o jej autonomii i potencjale, które wyraźnie mogą także kształtować rzeczywistość osoby umierającej (Neff, 2022b).

Zmiana to ostatni wymieniony przez Neff aspekt autoempatii, niepozostający bez znaczenia w sytuacji jednostronnej pomocy ukierunkowanej na wspieranie osoby bliskiej, której choroba weszła w terminalną fazę, a świadkowi cierpienia pozostało już tylko wierne trwanie przy bliskim. Świadomość tego, że sytuacja zmieni się, może dodawać mu otuchy w najtrudniejszych momentach towarzyszenia, może także współtworzyć nadzieję niezbędną do tego, aby poradzić sobie z żałobą w chwili odejścia tego, komu się towarzyszyło.



Grafika 4. Autoempatia w środowisku cierpienia jako adaptacyjne funkcjonowanie psychologiczne świadka cierpienia

4. Wskazania praktyczne

Tanatopedagogiczne ujęcie autoempatii jest formą sztuki akceptacji przemijalności, sztuki bycia i dzielenia się z innymi, a także sztuki własnego rozwoju (por. Godawa, 2016, p. 20). Cierpliwa świadomość własnych doznań znajduje szczególne zastosowanie w środowisku rodzinnym, które przeniknięte jest cierpieniem bliskiej osoby. Paradigmat personalistyczny jawi się w tym kontekście jako słuszne uzasadnienie autoempatii podtrzymującej świadków cierpienia. Higiena towarzyszenia w cierpieniu bliskiej osobie domaga się od kompetentnego towarzysza wysoko rozwiniętej samoświadomości. Owa samoświadomość może wyrażać się poprzez codzienną praktykę refleksji związanej z osobistym dobrostanem świadka cierpienia.

Dobrostan świadka cierpienia formuje się w dużej mierze poprzez jego zgodę na doświadczanie autoempatii, która w środowisku cierpienia realizuje się w uświadomionej autorefleksji zakorzenionej w procesie umierania i śmierci. Pytaniami, które mogą być pomocne w tym akcie rozwoju, są między innymi: „czy konsekwencją «oswojenia» śmierci może być pełniejsze życie i godne umieranie? Czy można w ogóle przygotować się do śmierci i czy można pomóc drugiemu człowiekowi w najbardziej samotnej drodze na jego ostatnim etapie życia?” (Fabiś, 2011, p. 133). Odpowiedzi na zaproponowane pytania podmiot powinien szukać w sobie i swoich doświadczeniach. „Refleksja nad wychowaniem i śmiercią wyposaża podmiot w narzędzia ułatwiające percepcję śmierci oraz sytuuje życie w kontekście celu i spełnienia” (Godawa, 2016, p. 20).

Zasadną zdaje się próba stworzenia kwestionariusza uwzględniającego najistotniejsze aspekty, wyłaniające się z towarzyszenia bliskiemu choremu z zastosowaniem autoempatii w środowisku cierpienia. Nie mniej interesującą możliwością może stać się przeprowadzenie badań empirycznych mających na celu wskazanie najistotniejszych przestrzeni związanych z autoempatią, a także edukacja społeczna ukierunkowana na rozwój świadomości, ze szczególnym uwzględnieniem samoświadomości z nią związanej.

Zakończenie

O autoempatii w kontekście terminalnej fazy choroby właściwie się nie mówi. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być różnorakie, od lęku zaczynając, na konwenansach kończąc. Warto jednak nie pomijać tego aspektu trwania przy chorym, ponieważ wydatnie wpływa on na jakość życia chorego na ostatnim etapie jego życia. Świadomy, kompetentny i spokojny świadek cierpienia w sposób znaczący może kształtować rzeczywistość chorego, czyniąc ją bardziej przyjazną i znośną. Autoempatia może okazać się fundamentem empatii, a oba konstrukty mogą znacząco na siebie wpływać i wzajemnie się ubogacać.

Tanatopedagogika jako „nauka o wychowaniu ze świadomością śmiertelności” (Binnebesel, 2013, p. 251) realizuje się w takich pozornie niewielkich, a przez to mylnie uznanych za nieistotne aktach heroizmu. W obliczu wciąż rozwijającej się świadomości społeczeństwa związanej zarówno z tanatopedagogicznym przeżywaniem witalności, jak i sceptycyzmu wobec autoempatii, nietrudno spotkać w środowisku cierpienia osoby skoncentrowane na jednokierunkowym operacyjnym użyciu empatii zorientowanej wyłącznie na zewnątrz – na chorego. Troskę o współcierpiących w sytuacji tanatycznej warto zakotwiczyć w trosce o siebie samego. Paradygmat personalistyczny jest jednym z należytych uzasadnień rozwijania autoempatii wokół chorego oraz pełną nadziei prognozą życiodajnie pulsującej empatii wspierającej chorego w tym kulminacyjnym momencie jego życia. Troska o siebie samego pozwala towarzyszowi pełniej i bardziej kompetentnie trwać przy łóżku chorego tak wpływając na jego uwagę, aby jak najdłużej utrzymać dobrą jakość jego życia, a po stracie pomaga skuteczniej poradzić sobie z żałobą i powrotem do nowej rzeczywistości.

Autoempatia pozwala także nie pomijać tak istotnego wymiaru trwania w sytuacji tanatycznej, jakim jest duchowy wymiar śmierci i umierania oraz towarzyszenia w tych obszarach. Samowspółczucie zwraca towarzysza ku sobie i własnej duchowości. Tanatopedagogiczne spojrzenie na autoempatię w środowisku cierpienia odsłania potencjał i sposoby czerpania z sytuacji tanatycznej

wszelkich walorów wychowawczych dostępnych dla świadków cierpienia, którzy poprzez trwanie przy chorym budują zasoby wspierające ich jak najpełniej przeżywane życie.

Data wpłynięcia: 2022-08-21;

Data uzyskania pozytywnych recenzji: 2023-09-13;

Data przesłania do druku: 2024-01-15.

Bibliografia

- Adamski, F. (2006) 'Rodzina', in T. Pilch and E. Różycka (eds) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie 'Żak'.
- Antoszevska, B. and Tobota-Różańska, A. (2023) 'Zdrowie jako wartość w perspektywie osób, które zakończyły leczenie choroby nowotworowej', *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 42(1), pp. 161–175. Available at: <https://doi.org/10.17951/lrp.2023.42.1.161-175>.
- Biesaga, T. (2009) 'Godność a wolność w antropologii Karola Wojtyły', in J. Kupczak and J. Majka (eds) *Krakowska szkoła antropologiczna*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT (Studia nad Myślą Jana Pawła II), pp. 49–56.
- Binnebesel, J. (2013) *Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci*. Toruń.
- Binnebesel, J. (2017) *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Binnebesel, J., Formella, Z. and Katolyk, H. (2018) 'Doświadczenie penthosu, czyli próba uporządkowania pojęcia lęku tanatycznego', *Medycyna Paliatywna*, 10(3), pp. 145–149. Available at: <https://doi.org/10.5114/pm.2018.79837>.
- Boorse, C. (1975) 'On the Distinction between Disease and Illness', *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), pp. 49–68.
- Borys, B. (2010) 'Zasoby zdrowotne w psychice człowieka', *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4(1), pp. 44–52.
- Chojnacki, A. (2022) 'By nie zaniedbać siebie... Zastępcza traumatyzacja i rezyliencja u profesjonalistów pracujących z traumą', *Niebieska linia*, 11 July. Available at: <https://www.niebieskalinia.pl/aktualnosci/aktualnosci/by-nie-zaniedbac-siebie-zastepcza-traumatyzacja-i-rezyliencja-u-profesjonalistow-pracujacych-z-trauma> (Accessed: 11 July 2022).
- Daniel-Sielañczyk, A., Życińska, J. and Bąk-Sosnowska, M. (2019) 'Współczucie wobec siebie (*self-compassion*) i radzenie sobie ze stresem a wypalenie zawodowe wśród psychoterapeutów', *Psychoterapia*, 2(189), pp. 59–70. Available at: <https://doi.org/10.12740/PT/109572>.
- Dobrewsparcie.wzp.pl (2014) *Pod jednym dachem z osobą w fazie terminalnej: jak zapewnić jej możliwie największy komfort życia?* Available at: <https://dobrewsparcie.wzp.pl/pod-jednym-dachem>

- z-osoba-w-fazie-terminalnej-jak-zapewnic-jej-mozliwie-najwiekszy-komfort-zycia/ (Accessed: 8 December 2023).
- Domaradzki, J. (2013) 'O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie', *Hygeia Public Health*, 48(4), pp. 408–419.
- Dzwonkowska, I. (2011) 'Współczucie wobec samego siebie (self-compassion) jako moderator wpływu samooceny globalnej na afektywne funkcjonowanie ludzi', *Psychologia społeczna*, 6(16), pp. 67–80.
- Fabiś, A. (2011) 'Śmierć w całościowym procesie kształcenia', *Rocznik Andragogiczny*, (R. 2011), pp. 131–146.
- Gładziejewski, P. (2011) 'Czy empatia jest symulacją mentalną? Dyskusja z podejściem reprezentacyjnym ugruntowanym w koncepcji neuronów lustrzanych', *Diametros*, (27), pp. 108–129 Pages. Available at: <https://doi.org/10.13153/DIAM.27.2011.429>.
- Godawa, G. (2016) *Funkcjonowanie rodziny dziecka objętego domową opieką hospicyjną: studium tanatopedagogiczne*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne 'Akapit'.
- Hillesum, E. (2021) *Przerwane życie: pamiętnik 1941–1943*. 4rd edn. Translated by I. Piotrowska. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Jan Paweł II (1984) *List apostołski Ojca Świętego Jana Pawła II o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia (Salvifici doloris). Wybór homilii, przemówień i dokumentów*. Opole: Kuria Diecezjalna.
- Kant, I. (2017) *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Dodruk 2017. Translated by M. Wartenberg. Kęty: Marek Derewiecki (Biblioteka Europejska – Antyk).
- Kępiński, A. (2012) *Lęk*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kolber, M. (2019) 'Psychologiczne aspekty wyuczonej bezradności i ich implikacje pedagogiczne', *Przegląd pedagogiczny*, (2), pp. 134–143. Available at: <https://doi.org/10.34767/PP.2019.02.10>.
- Kozłowski, R. (2016) 'Aksjologiczne podstawy doświadczenia godności osoby ludzkiej w kontekście dyskusji bioetycznej', in A. Bobko and K. Cynk (eds) *(Gen)etyczna przyszłość człowieka*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, pp. 90–110.
- Korzeniowska, E. (1988) 'O zdrowiu i jego definicjach', *Zdrowie publiczne*, 99(9), pp. 465–471.
- Krok, D. (2010) 'Systemowe ujęcie rodziny w badaniach dobrostanu psychicznego jej członków', in Dariusz Krok and P. Landwójtowicz (eds) *Rodzina w nurcie współczesnych przemian: studia interdyscyplinarne*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego (Człowiek, Rodzina, Społeczeństwo, 17), pp. 359–368.
- Kübler-Ross, E. (1998) *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Translated by I. Doleżał-Nowicka. Poznań: Media Rodzina of Poznań.
- Łakuta, P. et al. (2023) 'Właściwości psychometryczne polskiej adaptacji Samoopisowej skali poziomu funkcjonowania osobowości według DSM-5 (LPFS-SR)', *Psychiatria Polska*, 57(2), pp. 261–274. Available at: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/142888>.
- Leśniewski, K. (2006) *Nie potrzebują lekarza zdrowi...: niezachastyczna metoda uzdrawiania człowieka*. Lublin: KUL.

- Markocka-Mączka, K., Grabowski, K. and Taboła, R. (2018) *Dobrostan a edukacja. Choroby przewlekłe – problem XXI wieku*. Wrocław.
- Neff, K. (2003) 'The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion', *Self and Identity*, 2(3), pp. 223–250. Available at: <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
- Neff, K. (2022a) *Jak być dobrym dla siebie: życie bez presji otoczenia, przygnębienia i poczucia winy*. Wydanie II, dodruk. Translated by K. Sołowiej. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Neff, K. (2022b) *Waleczne samowspółczucie: jak kochać, chronić i akceptować siebie, aby stać się tym, kim chcesz być*. Wydanie I. Translated by S. Gil. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Radzińska, J. (2021) 'Dojrzałość empatii wpływa na jakość solidarności', *Etyka*, 59(1), pp. 66–80. Available at: <https://doi.org/10.14394/etyka.1287>.
- Sak, J. (2008) 'Rozważania dotyczące pojęcia choroby we współczesnej filozofii medycyny', *Zagadnienia naukoznawstwa*, 44(3/4), pp. 239–268.
- Scheler, M. (1986) *Istota i formy sympatii*. 2nd edn. Translated by A. Węgrzecki. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Schopenhauer, A. (1994) *O podstawie moralności*. Translated by Z. Bassakówna. Warszawa: Wydawnictwo BIS.
- Świętochowski, W. (2010) 'Choroba przewlekła jako sytuacja kryzysowa w systemie rodzinnym', *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 11(1), pp. 179–196.
- Szczepanik, L. (2009) *Troska o dziecko umierające w szpitalu. Studium z pogranicza medycyny i teologii moralnej*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy. Available at: <http://www.kapelaniausd.nazwa.pl/artykuly/troska.pdf>.
- Tischner, J. (2012) *Filozofia dramatu*. 2nd edn. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Tyszka, Z. (1997) 'Rodzina', in W. Pomykała (ed.) *Encyklopedia pedagogiczna*. Wydanie pierwsze. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Ulaniecka, N. (2021) *Doświadczenie choroby nowotworowej: aspekty psychospołeczne = Experiencing cancer: psychosocial aspects*. Wydanie I. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM (Seria Psychologia i Pedagogika / Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, 351).
- Walden-Gałuszko, K. de (2008) 'Problemy psychiczne, duchowe i etyczne', in K. de Walden-Gałuszko and A. Kaptacz (eds) *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, pp. 194–221.
- WHO (1946) 'WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution'. Available at: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> (Accessed: 11 December 2023).
- Wojtyła, A. et al. (2012) 'Zdrowie optymalne („wellness”) w opinii młodzieży gimnazjalnej i jej rodziców', *Hygeia Public Health*, 47(4), pp. 490–497.
- Wojtyła, K. (2001) *Miłość i odpowiedzialność*. Lublin: TN KUL.

