

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Wydział Nauk Społecznych
Katedra Pedagogiki Ogólnej

GRZEGORZ GODAWA

xgodawa@wp.pl

*Samowychowanie w kontekście choroby terminalnej.
Studium tanatopedagogiczne*

Self-education in the context of terminal illness. Thanatopedagogical study

STRESZCZENIE

Choroba terminalna stanowi czynnik dekonstruujący rozwój człowieka. Nie oznacza to jednak, że zniekształcona zostanie jego osobowość. Założenie, że chory człowiek może być aktywnym podmiotem samowychowania, odwołuje się do aksjologicznych podstaw życia człowieka i jego rozwoju. Nawiązuje również do zdolności człowieka do przekraczania własnych ograniczeń. Samowychowanie realizowane w kontekście tanatycznym polega na podejmowaniu prób minimalizacji destrukcyjnego wpływu wszechogarniającego cierpienia (*total pain*) oraz rozwijania pozytywnych aspektów życia pacjenta. Samowychowanie związane z cierpieniem w wymiarze somatycznym, emocjonalnym, socjalnym i duchowym może dokonać się jedynie przy aktywnej postawie chorego. Tanatopedagogiczne spojrzenie na zagadnienie śmierci ukazuje kierunki oraz sposoby realizowania postulatów samowychowania człowieka.

Słowa kluczowe: samowychowanie, tanatopedagogika, choroba, śmierć

W procesie swojego rozwoju człowiek może napotkać wiele trudności. Szczególne reperkusje ma choroba, zwłaszcza jeśli osiąga stan terminalny. Perspektywa zbliżającej się nieuniknionej śmierci generuje wiele trudności, z którymi boryka się chory człowiek. Mimo to jego rozwój osobowościowy, zaburzony przez cierpienie, nie musi zostać wstrzymany. Aby mógł on być kontynuowany, musi jednak przybrać specyficzny rys, dostosowany do nowej sytuacji. Warto więc zaprezentować i poddać analizie jego charakterystyczne cechy.

Tanatyczne aspekty samowychowania człowieka należy rozpatrywać w kontekście cierpienia, które obejmuje nie tylko ból fizyczny, ale również inne płaszczyzny ludzkiej aktywności. Stąd wydaje się, że realizacja procesu samowychowania nie może być oderwana od szerokiego zakresu rozumienia choroby i śmierci. Nie może również zostać pozbawiona wymiaru aksjologicznego, określającego kim jest człowiek i jakie znaczenie ma dla niego rozwój osobowościowy. Aby przybliżyć zagadnienie samowychowania realizowanego w kontekście choroby terminalnej, konieczne jest zaprezentowanie sposobów jego realizacji. Tanatopedagogiczne spojrzenie może podkreślić te walory życia i rozwoju człowieka, które zostają przysłonięte przez cierpienie.

DEFINICYJNE UJĘCIE SAMOWYCHOWANIA

Określenie pojęcia „samowychowanie” może być problematyczne. Z całą pewnością nie jest ono jedynie faktem pedagogicznym, lecz interdyscyplinarnym, co sprawia, że sens nadawany temu pojęciu na użytek poszczególnych dyscyplin bywa niekiedy odmienny, a nawet przeciwstawny. Dlatego dla szerszego ujęcia zagadnienia potrzebne jest zaprezentowanie podstawowych aspektów znaczeniowych samowychowania. Wśród nich na szczególną uwagę zasługują jego trzy wymiary, zaprezentowane przez B. Śliwerskiego. Według tego autora samowychowanie można rozumieć w sensie intraakcyjnym, jako dopełnienie procesu wychowania, oraz rozpatrywać je w aspekcie działalności grupowej (Śliwerski 2010, s. 93–201).

W samowychowaniu intraakcyjność skupia wychowawcę i wychowanka w jednym podmiocie, co zakłada aktywność wychowanka opartą na odpowiednio rozwiniętej i ukierunkowanej sferze motywacyjnej. Akcentując czynnościowy charakter samowychowania, można do niego zaliczyć jogę, ascezę, samowychowanie chrystocentryczne, aksjologiczny nurt wychowania, dążenie do perfekcjonizmu czy perfekcjonizmu. Chociaż poszczególne nurty samowychowania znacznie się różnią, można przyjąć, iż cechą charakterystyczną tych ujęć jest relacja wychowawcza podmiotu do siebie samego oraz wysiłek zdobywania doskonałości.

Samowychowanie, określane jako dopełnienie procesu wychowania, jest związane z rozumieniem tego pojęcia w kontekście interakcji wychowawczych. Może ono przyjmować znaczenie ontogenetyczne, zakładające aktywność wtórną w stosunku do wychowawczych wpływów zewnętrznych, oraz strukturalne, w którym samowychowanie jest zarówno wpływem zewnętrznym, jak i aktywnością własną wychowanka. Warto podkreślić, iż „oba te podejścia nie powinny być traktowane jako sobie przeciwstawne, gdyż w istocie stanowią komplementarną podstawę do opisywania i wyjaśniania samowychowania oraz określania moż-

liwości wpływania na ten proces” (Śliwerski 2010, s. 153). Podkreślenie więzi łączącej proces oddziaływań wychowawczych z dobrowolnie podejmowaną działalnością samowychowawczą stanowi ważne założenie, ukazujące ciągłość procesu wychowania. Ujęcie to akcentuje jednocześnie wolność i niezależność jednostki, od której zależy decyzja o podjęciu pracy nad sobą.

Samowychowanie jest również rozumiane jako działalność grupowa, która ułatwia jednostce pracę nad sobą. Należy zaznaczyć, że nie ma odrębnej kategorii zespołowego samowychowania, gdyż przybiera ono zawsze charakter jednostkowy (Śliwerski 2010, s. 178). Grupa może jednak wzmocnić proces kształtowania osobowości poprzez pogłębianie odpowiedzialności za siebie, redukcję niepożądanych standardów życiowych, budzenie samoakceptacji i otwarcie na innych (Mastalski 2002, s. 182–183).

Jedną z prób zdefiniowania samowychowania, wpisującą się w powyższe rozważania, jest ujęcie, w którym samowychowanie rozumie się jako „samorzutną pracę człowieka nad ukształtowaniem własnego poglądu na świat, własnych postaw, cech charakteru i własnej osobowości – stosownie do założonych kryteriów, wzorów oraz ideałów” (Okoń 2004, s. 363). Ta definicja zwraca uwagę na konieczność podjęcia wysiłku w celu określenia aksjologicznych podstaw wychowania i realizowania ich w życiu osobistym.

W nieco innym ujęciu samowychowanie rozumiane jest jako „czynne ustosunkowanie się podmiotu do procesu własnego rozwoju” (Jundziłł 1997, s. 716–717). Wyraża się ono w regulowaniu własnego postępowania zgodnie z przyjętymi wzorcami i wartościami (Jundziłł 1997, s. 716). Człowiek jest bezpośrednio zaangażowany w proces wychowawczy i świadomie podejmuje interwencję w jego przebieg, nie tracąc z oczu perspektywy aksjologicznej. Cechą charakterystyczną przypisywaną samowychowaniu jest aktywność podmiotu uczestniczącego w tym procesie.

Psychologiczne ujęcie zagadnienia samowychowania akcentuje ciągłość procesu wychowania, którego elementem jest praca nad sobą. Postulat nierozdzielania wychowania od samowychowania jest wyrazem trudności w precyzyjnym określeniu wieku, w którym jednostka jest dorosła, oraz wynika z faktu, iż wychowanie dorosłych nawiązuje do treści i celów realizowanych wcześniej:

Nie ma tu przepaści, lecz kontynuacja pewnych zamierzeń edukacyjnych oraz dołączenie nowych celów i zasad (Przetacznik-Gierowska, Włodarski 2002, s. 230).

Oznacza to, że w ujęciu psychologii rozwojowej istotna jest ciągłość procesu wychowania człowieka, który wraz z osiągnięciem dorosłości rozpoczyna pracę nad sobą.

Przez samowychowanie rozumie się też „wszelkie procesy wychowawcze, w których wychowanek dąży do akceptacji przekazywanych treści i dokonuje,

przy zaangażowaniu własnej woli i decyzji, zmiany czy modyfikacji własnych nastawień, poglądów, zachowań” (Zellma 2007, s. 698). Definicja samowychowania podkreśla, że jest ono interakcyjnym wpływem zewnętrznym, a jednocześnie aktywnością własną wychowanka, relacją wobec samego siebie, intraakcją.

Ważne miejsce wśród koncepcji samowychowania zajmuje personalistyczne ujęcie tego zagadnienia przez Jana Pawła II. W doktrynie Jana Pawła II samowychowanie jest integralnie związane z wychowaniem i stanowi „normę personalistyczną”, która uwrażliwia przede wszystkim na wielkość i godność każdego człowieka jako osoby (Urbański 2000, s. 9). Samowychowanie jest ściśle związane z kontekstem aksjologicznym, który pozwala na osiągnięcie pełni człowieczeństwa. Wychowanek jako osoba wolna jest zdolny do aktów doświadczania samego siebie i kierowania sobą. Praca nad sobą jest elementem samowychowania. Proces wychowawczy powinien więc prowadzić do fazy, w której po osiągnięciu pewnego stopnia dojrzałości psychofizycznej człowiek zaczyna wychowywać się sam (Kolek, Spalek 2007, s. 42–44).

Z zagadnieniem samowychowania związana jest odpowiedzialność, która powinna dotyczyć własnego rozwoju każdego człowieka:

W dziele wychowania niektóre przekonania okazują się szczególnie konieczne i płodne. Przede wszystkim przekonanie o tym, że prawdziwą i skuteczną formację można zapewnić tylko wtedy, gdy każdy podejmie i będzie rozwijać odpowiedzialność za własną formację. Odpowiedzialność ta przybiera zasadniczo postać samowychowania (Jan Paweł II 1999, s. 63).

Aby osiągnąć zamierzone efekty wychowawcze, podmiot wychowania musi przejść przez poszczególne etapy procesu samowychowania. Struktura aktywności samowychowawczej obejmuje następujące elementy: wybór wzoru, analiza sytuacji, poznawanie i ocena siebie, podjęcie decyzji, kierowanie sobą w dążeniu do celu i autokontrola (Jundziłł 1997, s. 716). Na szczególną uwagę zasługuje obecność wzoru osobowego, mającego konkretne lub abstrakcyjne cechy, oraz mechanizm autokontroli, pozwalający na porównanie osiągnięć z zamierzeniami. Warto podkreślić, iż w trakcie cyklu życiowego poszczególne etapy mogą się powtarzać, uzupełniać i stanowić bazę dla kolejnych.

Dla pełniejszego zobrazowania znaczenia samowychowania należy podkreślić, iż ta kategoria, chociaż jest właściwa osobom dorosłym, może w częściowej formie rozpoczynać się już wieku dorastania (Przetacznik-Gierowska, Włodarski 2002, s. 233). Dzieciństwo powinno być okresem, w którym wychowanek jest przygotowywany do podjęcia w przyszłości zadań związanych z własnym rozwojem. Dzięki samowychowaniu człowiek dojrzewa i staje się coraz bardziej odporny na nieoczekiwane przeciwności losu, do których można zaliczyć poważną chorobę.

SAMOWYCHOWANIE JAKO ELEMENT TANATOPEDAGOGIKI

Okres terminalny choroby (de Walden-Gałaszko 2008, s. 15) poprzedza śmierć. Z medycznego punktu widzenia stan terminalny (*terminal illness*) to sytuacja, w której niemożliwe jest przywrócenie zdrowia przy pomocy dostępnych metod leczenia lub wydłużenie życia (Szczepaniak 2008, s. 81). W przypadku człowieka dorosłego trwa on zwykle ok. 6–8 tygodni. Zwrócenie uwagi na terminalny, czyli ograniczony czasowo, okres życia generuje implikacje filozoficzno-teologiczne, wynikające z holistycznego spojrzenia na życie ludzkie (Kaczkowski 2010, s. 282). Terminalność życia jest zakorzeniona w doświadczeniu ontologicznym, a w perspektywie choroby nabiera głębszego i bardziej dramatycznego znaczenia.

Człowiek znajdujący się w sytuacji tanatologicznej (Binnebesel 2013, s. 244), związanej ze zbliżającą się śmiercią, przyjmuje postawę tanatyczną, która jest jego poznawczym, emocjonalnym i motywacyjno-dążeńiowym ustosunkowaniem się do fenomenu śmierci (Makselon 1983, s. 4):

Groź śmierci wywołują stany ją poprzedzające. Perspektywa oczekiwania na kres w stadium przewlekłej choroby terminalnej jest bodaj wizją najgorszą. Nie wiemy, jak spisujemy się w trakcie owego ponurego doświadczenia, czy potrafimy odejść z godnością, czy też kurczowo trzymając się niemożliwego, ukażemy słabość naszego charakteru i śmieszność daremnych wysiłków powstrzymania konieczności. Przeraza nas też możliwość zdania się na łaskę innych, bycia dla nich ciężarem, uzależnienia, które może rodzić poczucie wstydu i niezadowolenia z własnej niemocy (Adamkiewicz 2004, s. 5).

Zagadnieniem śmierci zajmuje się nie tylko medycyna. Ten temat podejmowany jest również w innych dziedzinach nauki, związanych z szerszym rozumieniem funkcjonowania człowieka. Należą do nich między innymi: bioetyka, tanatologia, tanatopsychologia czy tanatopedagogika. Dwie pierwsze dziedziny skupiają się na odkrywaniu i opisywaniu ogólnych zasad moralnych stosowanych w problematyce umierania (Adamkiewicz 2004, s. 14). Tanatopsychologia zajmuje się psychologicznymi aspektami umierania i śmierci człowieka, ze szczególną uwagą pochylając się nad zagadnieniem lęku przed śmiercią (Makselon 1998, s. 7). Biorąc pod uwagę założenia, które leżą u podstaw niniejszej pracy, trzeba zwrócić uwagę na nowo powstałą subdyscyplinę pedagogiki, jaką jest tanatopedagogika.

Według P. Grzybowskiego tanatopedagogika to „poddyscyplina pedagogiczna zajmująca się edukacją w aspekcie cierpienia, choroby i umierania. Wyrosła z ruchu hospicyjnego i wolontaryjnego, którego celem jest poprawianie jakości życia chorych i umierających oraz przygotowanie ich bliskich, przyjaciół i znajomych do współuczestniczenia w cierpieniu. Szczególnie ważne jest wychowanie dzieci i młodzieży do kontaktu z nieuniknionymi okolicznościami śmierci” (Grzybow-

ski 2013). Definicja ujmuje zjawisko wychowania w perspektywie śmierci fragmentarycznie, akcentując konieczność edukacji dotyczącej cierpienia i umiarności. Zwrócenie uwagi na konieczność edukacji nie wyczerpuje pedagogicznego aspektu związanego ze śmiercią. Niezbędne jest podkreślenie istotnego elementu tego procesu, którym jest ustosunkowanie się podmiotu do perspektywy własnej śmierci.

Szersze ujęcie tanatopedagogiki prezentuje J. Binnebesel. Autor odwołuje się do prac E. Kübler-Ross, C. Saunders, A. Schweitzera, V. E. Frankla, Jana Pawła II. Uważa on, że tanatopedagogika jest „nauką o wychowaniu ze świadomością śmiertelności, wpisaną w naturę bytu ludzkiego, opartą na fundamentalnej zasadzie poszanowania godności każdej istoty ludzkiej i apriorycznej wartości życia ludzkiego” (Binnebesel 2013, s. 251). Według autora w zakres omawianej subdyscypliny wchodzi zagadnienia związane z teoretycznym i praktycznym podejściem do rzeczywistości wychowania w obliczu śmierci.

Na szczególną uwagę zasługuje praktyczny nurt tanatopedagogiki, który obejmuje ogólne spojrzenie na wychowanie i kształcenie oraz działania interwencyjne. W tym znaczeniu tanatopedagogika może być określana jako „droga, proces do samoakceptacji siebie i dążenia do doskonałości opartej na wrodzonym dobru istoty ludzkiej odkrywanych w procesie wychowania i kształcenia. Istotą tego procesu jest odkrycie w człowieku owej doskonałości i dobroci, która stanie się perspektywą śmierci, będącej nie tyle faktem fizycznym dezintegralności ludzkiego ciała, ile faktem wewnętrznej weryfikacji owej drogi” (Binnebesel 2013, s. 243).

Dostrzec tu można odniesienie do teorii dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego, który w tym co pozornie chorobowe i negatywne upatrywał szansę na rozwój człowieka i dojrzewanie osobowości. Ustosunkowanie się do śmierci jest wypadkową postawy rozumowej (krytycznej, obiektywnej) oraz uczuciowej (dramatycznej). Dramat związany z perspektywą umierania może przejść w stan spokoju i harmonii wewnętrznej (Dąbrowski 1986, s. 95). Aby tak się stało, potrzebny jest wysiłek samowychowania. Dla osiągnięcia „ostatniego etapu rozwoju” (Pyłka 2010, s. 55) konieczne jest spojrzenie na chorobę terminalną jako na bardzo trudne, ale niezmiernie istotne zadanie, które staje przed wieloma ludźmi.

Wychowanie ze świadomością śmierci powinno rozpocząć się już w dzieciństwie. Nie chodzi o epatowanie wychowanka śmiercią, ale o stopniowe wdrażanie postawy jej dojrzałego przyjęcia. Mając perspektywę dorosłego życia, w której najczęściej przychodzi śmierć, nie wolno zapominać, że również dzieci umierają. Nie można więc sztucznie dzielić edukacji dzieci, młodzieży i dorosłych, bowiem „jeśli w wychowaniu rozczłonkujemy etapy rozwoju, profesjonalizując nasze działania i specjalizując się w wąsko rozumianych zagadnieniach wychowania, ograniczamy zarówno holistycznie rozumiane wychowanie, jak i pełny obraz człowieka” (Naumiuk 2010, s. 193).

Trzeba przyznać, że nawiązanie do śmierci w wychowaniu tworzy dysonans związany z pozorną sprzecznością – wychowanie jest rozwojem osobowości człowieka, mającym go przygotować do realizacji w życiu maksymalnego potencjału swoich możliwości. Tymczasem śmierć stanowi zaprzeczenie tego indywidualnego i społecznego wysiłku, gdyż jest „końcem życia, końcem wielu ideałów i pragnień, stawianych życiowych celów, wzajemnych wpływów między jednostką a środowiskiem” (Naumiuk 2010, s. 176). Z punktu widzenia wychowawczego śmierć jest więc zjawiskiem niechcianym, zakłócającym proces wychowania i niszczącym osobowość człowieka. Można jednak założyć, że człowiek podejmujący trud samorozwoju potrafi pokonać bądź w dużym stopniu zniwelować ten dysonans.

Aby lepiej zrozumieć wpływ terminalnej choroby na życie człowieka, można posłużyć się koncepcją wielowymiarowego rozumienia cierpienia w kontekście jego relacji społecznych. Stało się ono podstawą do stworzenia koncepcji cierpienia totalnego, wszechogarniającego (Binnebesel 2003, s. 16–21). Obejmuje ono sferę fizyczną, uczuciową, myśli chorego, odgrywane role i kontakty społeczne, a także pojawiające się pytania egzystencjalne (Kowalczyk 2010, s. 40). Pojęcie cierpienia ma więc o wiele szerszy zakres semantyczny niż sam ból. J. Binnebesel, rozwijając koncepcję bólu totalnego, proponuje rozpatrzenie zagadnienia cierpienia w wymiarze somatycznym, psychicznym, socjalnym i duchowym (Binnebesel 2003, s. 20). Każdy z wymienionych obszarów zostaje dotknięty cierpieniem, którego kresem jest śmierć. Samowychowanie w kontekście cierpienia totalnego jest realizowane na wszystkich wymienionych płaszczyznach funkcjonowania człowieka (Godawa 2011, s. 44–46).

SAMOWYCHOWANIE W KONTEKŚCIE CIERPIENIA TOTALNEGO

Pierwszym obszarem, w którym pacjent terminalnie chory doświadcza cierpienia, jest zwykle sfera somatyczna. Cierpienie to polega na odczuwaniu dolegliwości związanych z chorobą. Jego źródłem mogą być zmiany fizyczne w organizmie, działania diagnostyczno-terapeutyczne oraz dolegliwości związane z konsekwencjami leczenia i chorobami współistniejącymi (Kowalczyk 2010, s. 41). Stopień intensywności bólu somatycznego w dużej mierze warunkuje cierpienie w innych płaszczyznach funkcjonowania. Jakość życia pacjenta odczuwającego ból jest zaniżona, gdyż silny ból monopolizuje uwagę i ogniskuje wokół siebie całą aktywność pacjenta. Może też pogłębiać postawę egocentryczną.

Niezaspokojenie najniższych w hierarchii potrzeb biologicznych, które dotyczą między innymi braku dolegliwości somatycznych (de Walden-Gałuszko 2008, s. 194), wprowadza dysharmonię w rozwoju pacjenta. Odczuwa się ją szczególnie dolegliwie, gdyż stan terminalny choroby powoduje odwrócenie w proporcjach ich odczuwania: O ile wraz z rozwojem zdrowego człowieka zaczynają domino-

wać potrzeby wyższe, o tyle podczas choroby najważniejsze stają się ponownie potrzeby niższe (de Walden-Gałuszko 2008, s. 195). Nie oznacza to, że w życiu terminalnie chorego człowieka następuje regres w rozwoju, choć napotyka on poważne utrudnienie – chory musi zmagać się z bólem, którego niekiedy nie da się skutecznie uśmierzyć. Zdarza się, że jego cierpienie nie jest zauważone i otoczone należyłą troską, a jednocześnie wymaga się od chorego postawy cierpliwego znoszenia dolegliwości.

Tendencja do pogłębienia egocentryzmu sprawia, że choremu trudno sprostać tym wymaganiom. Czynniki te sprawiają, że samowychowanie przyjmuje niejednokrotnie formę ascezy. Jeśli jest ona wsparta dodatkową motywacją, np. religijną, może przyczynić się do rozwoju osobowości pacjenta. Wpływają na to potrzeby religijne, choć „ich rola nie wzrasta automatycznie, pozostając raczej w związku z rodzajem i intensywnością życia religijnego człowieka przed chorobą” (de Walden-Gałuszko 2008, s. 195).

Dzięki postępowi medycyny paliatywnej opanowanie przewlekłego bólu coraz częściej staje się możliwe. Wśród sposobów opanowania bólu – oprócz działań medycznych – znane są również takie metody, jak kontrolowanie bólu, psychoterapia zorientowana na wygląd i terapia poznawczo-behawioralna (Heszen, Sęk 2007, s. 219). Pomimo stosowania wielu środków uśmierzających ból somatyczny nadal pozostaje ważnym czynnikiem zakłócającym proces rozwoju człowieka.

Wymiar emocjonalny cierpienia totalnego jest związany ze światem uczuć i myśli. Pod wpływem choroby w umyśle osoby chorej dokonuje się swoiste przeformatowanie sposobu myślenia o sobie i o chorobie. Przebieg adaptacji do choroby obejmuje kolejne stadia: kryzys nowości, charakteryzujący się szokiem emocjonalnym, podczas którego osoba chora ogranicza swoją aktywność; kryzys osobistych wartości, w którym występują trudności w zachowaniu właściwego obrazu samego siebie, a ambiwalentne uczucia skutecznie uniemożliwiają jego zobiektywizowanie; kryzys rzeczywisty, oparty na sytuacji społecznej i ekonomicznej, związany izolacją i poczuciem opuszczenia (Kowalik 2005, s. 282). Najczęściej występującym stanem emocjonalnym towarzyszącym poszczególnym etapom jest smutek, lęk i poczucie bezradności. Lęk emocjonalny chorej osoby zawiera w sobie całą gamę przeżyć, które oscylują pomiędzy lękiem przed bólem a lękiem przed zapomnieniem przez innych (Makselon 1998, s. 19). Trzeba pamiętać, że każda choroba o charakterze terminalnym jest przeżyciem, które „wprowadza człowieka w stan niepewności, rodzi poczucie zagrożenia życia i dotychczasowej egzystencji. Zmienia więc perspektywę życiową jednostki, stawia pod znakiem zapytania dotychczasowe poczucie przynależności, wywołuje wrażenie braku wpływu na bieg zdarzeń i niejako skazuje na bezradność, a czasem wręcz beznadziejność” (Block 2013, s. 195).

Wobec tej różnorodności przeżyć realizacja procesu samowychowania ma szczególny charakter. Jest on związany z wysiłkiem przeciwdziałania destruk-

cyjnym wpływom trudnych emocji oraz wzmacnianiem emocji odbieranych jako pozytywne. Trzeba podkreślić, iż obok trudnych do zaakceptowania stanów emocjonalnych w chorobie może się pojawić także nadzieja, należąca do emocji pozytywnych. Jej „źródłem jest radzenie sobie polegające na pozytywnym przewartościowaniu oraz pomyślne wydarzenia niezwiązane z chorobą” (Heszen, Sęk 2007, s. 209). Nadzieję może dawać również wiara. W takim przypadku postawa zaufania jest określana jako „nadzieja religijna” (Block 2013, s. 208). Nadzieja ta charakteryzuje się zawierzeniem przez chorego swego życia Bogu.

W cierpieniu emocjonalnym samowychowanie jest najczęściej dążeniem do przyjęcia dojrzałej postawy wobec rzeczywistości choroby. To budowanie nadziei, czyli stanu oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego. Nie zawsze musi to być powrót do zdrowia, ponieważ już sama poprawa wyników badań powoduje lepsze samopoczucie. Od strony psychologicznej jest to dążenie do przyjęcia którejś z konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą. Jedną z nich jest potraktowanie choroby jako zadania, w którym może ona zostać przekształcona w pożądaną stan końcowy, czyli zdrowie. Innym sposobem radzenia sobie z trudnymi emocjami jest samoregulacja, która polega na redukowaniu emocji negatywnych oraz wzmacnianiu pozytywnych (Heszen, Sęk 2007, s. 211–224). Warto podkreślić, że każdy chory może odnaleźć indywidualny styl radzenia sobie z cierpieniem. Każdy ma również indywidualne zasoby podmiotowe, które mogą zostać zaktualizowane (Wrona-Polańska 2011, s. 126).

Samowychowanie w kontekście choroby o charakterze terminalnym jest poszukiwaniem nadziei, która pozwala lepiej się przystosować do choroby. Bardzo przydatny w tym względzie jest wypracowany system wartości, którym zostają podporządkowane cele życiowe (de Walden-Gałuszko 2008, 200–201). Nawiązanie do wartości pozwala na wzmocnienie pozytywnego afektu, co sprzyja korzystnemu przewartościowaniu sytuacji terminalnej. Dążenie do celów nieoderwanych od realiów choroby, wyrażające się w stopniowym realizowaniu codziennych zadań, stanowi podstawę budowania pozytywnego afektu. Pomocą w tym procesie jest zaspokojenie potrzeb poznawczych dotyczących choroby i przebiegu jej leczenia. Przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz realizacja aktywności własnej pacjenta to istotne czynniki pomagające przystosować się do choroby.

Kolejny wymiar cierpienia jest związany z pytaniami o charakterze egzystencjalnym i duchowym stawianymi przez chorego. Dotyczą one między innymi sensu życia, cierpienia, istnienia Boga i życia po śmierci. Każda z odpowiedzi na te trudne pytania wpływa na jakość życia chorego i ukierunkowuje jego aktywność duchową. Uczuciem, które może towarzyszyć pytaniom egzystencjalnym, jest lęk tanatyczny, wyrażający niepewność co do dalszych losów pacjenta (de Walden-Gałuszko 1992, s. 55).

Rozważając te zagadnienia, warto sięgnąć do dorobku V. E. Frankla. Spośród pytań egzystencjalnych szczególną wagę ma pytanie o sens życia, gdyż choro-

ba może wywołać jego zagubienie (Jundziłł, Pawłowska 2010, s. 36). Według A. Einsteina „człowiek, który uważa swe życie za pozbawione sensu, jest nie tylko zwyczajnie nieszczęśliwy, ale i niezdolny do życia” (Frankl 2010, s. 71). Brak sensu życia zakłóca egzystencję zdrowego człowieka, a w przypadku chorego zaburzenie to ma szczególne reperkusje. W tej przestrzeni samowychowania wyraża się w świadomym odwołaniu do hierarchii wartości, które regulują życie człowieka. Ich brak jest trudny do zastąpienia, natomiast „posiadanie wartości ułatwia człowiekowi poszukiwanie sensu z tego względu, że przynajmniej w niektórych sytuacjach zdjęty zostaje z niego ciężar podejmowania decyzji” (Frankl 2010, s. 78). Decyzje, przed jakimi staje terminalnie chory człowiek, mają niekiedy bardzo duży ciężar gatunkowy i implikują wiele nieodwracalnych konsekwencji. Dzięki procesowi wartościowania łatwiej jest się z nimi zmierzyć.

Wydaje się, że obecność wartości ma nie tylko charakter zwalniający od odpowiedzialności, ale posiada także znaczenie pozytywne, pozwalające na odnalezienie sensu w chorobie. Dlatego musi on być poszukiwany, co wiąże się z duchowym wysiłkiem pacjenta:

Może mu się nawet udać przekuć swoje cierpienie w tryumf. Jednak w takiej sytuacji odnalezienie sensu zależy od postawy, jaką pacjent przyjmie wobec swego cierpienia (Frankl 2010, s. 170).

Jedną z przytoczonych wcześniej definicji samowychowania przyjmuje, że jest ono kształtowaniem poglądu na świat, postaw, cech charakteru i własnej osobowości na podstawie założonych kryteriów i wzorów. Postawa wobec cierpienia, kształtowana pod wpływem wychowania w ciągu życia człowieka, przechodzi weryfikację w chwili pojawienia się choroby. Umiejętność „przekucia cierpienia w tryumf” jest więc efektem zarówno wychowania, jak i samowychowania, podejmowanego przez dorosłego pacjenta.

Pytania cierpiącego człowieka dotyczą Boga, nawet jeśli pacjent jest w stanie religijności nieświadomionej (Frankl 2013, s. 84–85). Uczucia towarzyszące chorobie wzmacniają ich dramatyzm. Pytania często dotyczą woli Boga, różnie odczytywanej w kontekście choroby. Bóg może być postrzegany jako ktoś uzdrawiający, testujący bądź karzący człowieka (de Walden-Gałuszko 2012, s. 212). W kontekście religijnym samowychowanie polega między innymi na wyzbywaniu się niedojrzałych postaw wobec Boga oraz odkrywaniu jego dobroci. Bardzo ważnym aspektem samowychowania religijnego jest kształtowanie nadziei opartej na wierze w życie wieczne. Perspektywa eschatologiczna, która otwiera się wraz z przyjęciem tej prawdy, sprawia, że każdy dzień życia terminalnie chorego człowieka nabiera głębokiego sensu. W nowym świetle jest również postrzegana śmierć oraz rzeczywistość, do której wprowadza. Wysiłek formowania samego siebie nabiera więc nowego znaczenia. Dużą pomocą w samowychowaniu w przestrzeni religijnej jest modlitwa towarzysząca wielu ciężko chorym pacjentom.

Również religijne rytuały cierpienia i umierania mogą ułatwić rozwój pacjenta i być dla niego dużym wsparciem (de Walden-Gałuszko 2012, s. 213). Samowychowanie w przestrzeni religijnej to także korzystanie z sakramentów oraz pomocy wspólnoty wierzących (Krakowiak 2010, s. 82–86).

Samowychowanie może przynieść wiele pożytku w duchowej sferze człowieka. W rozważaniach tanatologicznych mówi się nawet o transcendencji człowieka, czyli o umiejętności przekraczania samego siebie. Odnosi się ona do najtrudniejszych ludzkich doświadczeń:

Stając w obliczu losu, którego nie sposób zmienić, jesteśmy powołani, aby jak najlepiej tę sytuację wykorzystać, wznieść się ponad siebie, przerosnąć siebie, słowem – stać się innym człowiekiem. Dotyczy to także „tragicznej trójcy” – bólu, winy oraz śmierci (Frankl 2013, s. 77).

Przekroczenie własnych możliwości jest jedną z najczytelniejszych egzemplifikacji założeń samowychowania. W personalistycznym samowychowaniu jako cel określa się pełny rozwój człowieka w odniesieniu do normy personalistycznej. Element transcendencji obecny w formacji samego siebie jest wyrazem horyzontalnego wymiaru życia człowieka.

Socjalny wymiar cierpienia odnosi się do społecznego funkcjonowania osoby i związanymi z tym rolami. Na skutek trudności związanych z chorobą pojawia się konieczność dokonania wielu zmian w dotychczasowym sposobie funkcjonowania jednostki. Musi się ona liczyć z ograniczeniami własnej samodzielności, koniecznością pobytu w szpitalu, poszukiwaniem środków na leczenie i utrzymanie rodziny, napięciami w relacjach rodzinnych i przyjacielskich oraz boleśnie odczuwaną izolacją (Kowalczyk 2010, s. 40-41). W miejsce bliskości i zrozumienia może pojawić się cierpienie, stres, napięcie i związana z nimi samotność. Mimo że rodzina nie wydaje się przestrzenią, w której człowiek mógłby czuć się samotnie, to doświadczenie pokazuje, że samotności można doświadczyć także w niej.

Cierpienie wszechogarniające, generując odczucie samotności, wprowadza w trudny stan, do pokonania którego potrzebna jest aktywność pacjenta. Może ona zostać skierowana na działania zmierzające do zniwelowania poczucia osamotnienia oraz adaptację do zaistniałej sytuacji, gdyż „samotność człowieka – jak wszystko w życiu – stanowi szansę i możliwość rozwoju, ale może stać się jego zagrożeniem” (Sujak 1987, s. 149). Samowychowanie stanowi szansę na pokonanie izolacji spowodowanej chorobą, co dokonuje się przez podtrzymywanie kontaktów z bliskimi, prostowanie potocznych informacji związanych z chorobą terminalną, otwarcie się na innych chorych. Niekiedy konieczne jest zmierzenie się z nieuniknioną samotnością i troska o to, by żal do osób nieodwiedzających chorego nie zdominował relacji z nimi (de Walden-Gałuszko 2012, s. 129).

Duży wpływ na efekty tego wysiłku mają wrodzone typy nastawieniowe, jak np. skłonność do introwertyzmu bądź ekstrawertyzmu. Jednostki o typie ekstrawertycznym łatwiej przeciwdziałają izolacji, gdyż są nastawione na kontakty z innymi (Jundziłł, Pawłowska 2010, s. 55). Jednak w konfrontacji z nieuniknioną samotnością przeżywają trudności, którym jest trudno sprostać. Kiedy w podobnej sytuacji znajdują się pacjenci introwertyczni, łatwo wnikający w pokłady swej osobowości, stają się jeszcze bardziej podatni na poczucie osamotnienia i gorzej sobie z nim radzą. Formacja samego siebie domaga się działań skierowanych na budowanie więzi społecznych, nawet jeśli jest to okupione dużym wysiłkiem.

Samowychowanie w cierpieniu wszechogarniającym jest zadaniem, które domaga się podjęcia przez pacjenta dużego wysiłku. Wydaje się, że w wielu przypadkach bez wsparcia innych osób cierpienie może uniemożliwić rozwój człowieka. Dlatego cierpienie, które ma także wymiar społeczny, powinno spotkać się z odpowiednimi formami przeciwdziałania.

ZAKOŃCZENIE

Stosunkowo rzadko mówi się o umieraniu w perspektywie wychowawczej. Oderwanie tego ostatniego etapu życia człowieka od aspektu rozwojowego wydaje się jednak błędem. Pacjent do ostatnich chwil życia nie przestaje być człowiekiem i niezależnie od okoliczności, w jakich się znajduje, ma potencjał rozwojowy, który powinien zostać zrealizowany. Niekiedy staje się to możliwe jedynie w niewielkim zakresie, gdyż mogą pojawić się czynniki zakłócające, a czasem wręcz ograniczające proces rozwoju. Ważne jednak, by podejmować takie działania, a każdy wysiłek wychowawczy w kontekście choroby o charakterze terminalnym powinien być otoczony należyтым szacunkiem.

Samowychowanie realizowane w kontekście tanatycznym polega na podejmowaniu prób minimalizowania destrukcyjnego wpływu wszechogarniającego cierpienia oraz rozwijania pozytywnych aspektów życia pacjenta. Aby to było możliwe, konieczne jest przeciwstawienie się cierpieniu wszechogarniającemu, obejmującemu podstawowe obszary aktywności człowieka. Terminalny charakter choroby uświadamia, że z punktu widzenia medycyny zmagania z chorobą zakończą się przegraną. Ta perspektywa nie musi jednak niszczyć źródeł motywujących człowieka do rozwoju. Dlatego w samowychowaniu nie można bagatelizować aspektu duchowo-religijnego, gdyż stanowi on swoisty pomost łączący egzystencjalne przeciwności: nadzieję i śmierć, samowychowanie i cierpienie. Odwołanie do wartości może stanowić jedno z podstawowych odniesień motywujących pacjenta do podjęcia trudu formowania samego siebie.

Tanatopedagogiczne spojrzenie na zagadnienie śmierci ukazuje kierunki oraz sposoby realizowania postulatów samowychowania. Aby móc go skutecznie realizować, bardzo często potrzebna jest pomoc. Może ona przybierać różne formy

wsparcia społecznego, wśród których na szczególną uwagę zasługuje wsparcie hospicyjne, dające szansę na zminimalizowanie cierpienia oraz zachęcające chorego człowieka do aktywności. Obok form zinstytucjonalizowanych nie można zapomnieć o najważniejszej formie wsparcia, jaką jest obecność kochających osób przy chorym. Uścisk dłoni, czas poświęcony na rozmowę czy umiejętność empatycznego wsluchania się w cierpiącego człowieka mogą być niezastąpioną pomocą w jego samorozwoju.

BIBLIOGRAFIA

- Adamkiewicz M. (2004), *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, Toruń: Europejskie Centrum Edukacyjne.
- Binnebesel J. (2003), *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*, Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Binnebesel J. (2013), *Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Błock B. L. (2013), *Nadzieja onkologicznie chorych*, [w:] D. M. Krzyżanowski, M. Payne, A. M. Fal (red.), *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Żyć godnie do końca*, Wrocław: Wydawnictwo PRESSCOM.
- Dąbrowski K. (1986), *Trud istnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- De Walden-Gałuszko K. (2008), *Problemy psychiczne, duchowe i etyczne*, [w:] K. de Walden-Gałuszko (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- De Walden-Gałuszko K. (1992), *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- De Walden-Gałuszko K. (2012), *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- De Walden-Gałuszko K. (2008), *Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego*, [w:] K. de Walden-Gałuszko (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywno-hospicyjnej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Frankl V. E. (2013), *Bóg ukryty. W poszukiwaniu ostatecznego sensu*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Frankl V. E. (2010), *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Godawa G. (2011), *Wsparcie psychopedagogiczne rodziny dziecka w „cierpieniu wszechogarniającym” realizowane w warunkach hospicyjnych*, „Analecta Cracoviensia”, 43.
- Grzybowski P. (2013), *Kostucha w domu i w szkole*. www.dninauki.ukw.edu.pl (31.07.2013).
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jan Paweł II (1999), *Adhortacja apostołska „Christifideles laici”*, Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskie Księgarnia Archidiecezjalna.
- Jundziłł E., Pawłowska R. (2010), *Pedagog wobec osoby chorego*, Gdańsk: Wydawnictwo HARMONIA.
- Jundziłł I. (1997), *Samowychowanie*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Warszawa: Wydawnictwo EUNDACJA INNOWACJA.
- Kaczkowski J. (2010), *Dialogiczna struktura opieki terminalnej*, [w:] M. Górecki (red.), *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”.

- Kołek B., Spalek A. (2007), *Samowychowanie w ujęciu Jana Pawła II drogą wprowadzania w świat wartości*, [w:] K. Chałas (red.), *Wychowanie ku wartościom w świetle nauczania Jana Pawła II. Elementy teorii i praktyki*, t. 3, Lublin–Kielce: Wydawnictwo JEDNOŚĆ.
- Kowalczyk M. (2010), *Choroba jako cierpienie wszechogarniające*, [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk: Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna.
- Kowalik S. (2005), *Osoby niepełnosprawne i psychologiczne aspekty ich rehabilitacji*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krakowiak P. (2010), *Duchowo-religijne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, Gdańsk: Wydawnictwo Fundacja Hospicyjna.
- Makselon J. (1998), *Lęk wobec śmierci*, Kraków: Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Teologiczne.
- Makselon J. (1983), *Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Studium z tanatopsychologii*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Mastalski J. (2002), *Zarys teorii wychowania*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PAT.
- Naumiuk A. (2010), *O śmierci w procesie wychowania*, [w:] M. Górecki (red.), *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”.
- Okoń W. (2004), *Samowychowanie*, [w:] W. Okoń (red.), *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”.
- Przetacznik-Gierowska M., Włodarski Z. (2002), *Psychologia wychowawcza*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pytka L. (2010), *Asymilacja i amnezja śmierci*, [w:] M. Górecki (red.), *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „ŻAK”.
- Śliwerski B. (2010), *Teoretyczne i empiryczne podstawy samowychowania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Sujak E. (1987), *Rozważania o ludzkim rozwoju*, Kraków: Wydawnictwo „ZNAK”.
- Szczepaniak L. (2008), *Troska o dziecko umierające w szpitalu. Studium z pogranicza medycyny i teologii moralnej*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologicznego Księży Misjonarzy.
- Urbański S. (2000), *Wprowadzenie*, [w:] S. Urbański (red.), *Wychowanie w nauczaniu Jana Pawła II (1978–1999)*, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości im. Bogdana Jańskiego.
- Wrona-Polańska H. (2011), *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny model zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zellma A. (2007), *Samowychowanie*, [w:] C. Rogowski (red.), *Leksykon pedagogiki religii*, Warszawa: Wydawnictwo Księży Werbistów „Verbinum”.

SUMMARY

Terminal illness is a factor which disrupts human development. Yet, it does not mean that one's personality will be distorted. The assumption that an ill person can be an active subject of self-education refers to the axiological basis of life and human development. It also refers to the ability to overcome one's limitations. Self-education in the thanatological context consists in reducing the destructive influence of total pain and developing the positive aspects of the patient's life. Self-education connected with suffering in somatic, emotional, social and spiritual dimension may be conducted only if the patient is active. Thanatological and pedagogical approach to the problem of death indicates the directions and ways of implementing the postulate of self-education.

Key words: self-education, thanatopedagogy, illness, death