

Agnieszka Konieczna

Poczucie krzywdy i bezradności u osób niepełnosprawnych ruchowo

The sense of wrong and helplessness at chronically ill people

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Wprowadzenie

Niniejsza praca poświęcona jest problemom psychospołecznym przeżywanym przez osoby niepełnosprawne. Opierając się na literaturze przedmiotu oraz na własnych doświadczeniach terapeutycznych w kontaktach z osobami ze schorzeniami narządu ruchu przybliżam zagadnienie poczucia krzywdy i bezradności po to, by lepiej rozumieć osoby je przeżywające.

Zagadnienia tutaj poruszane dotyczą problemów i trudności, które mają charakter subiektywnych i indywidualnych odczuć i przeżyć doświadczanych przez osoby niepełnosprawne w taki sposób, w jaki one same je formułują. Są one wyrażone w ich własnym języku i dotyczą rzeczywistości takiej, jaką przeżywają, a nie naukowo-poznawczej.

Takie podejście do problemów osób niepełnosprawnych spotykamy m.in. u B. Blocka (1). Autor ten twierdzi, że problem nie istnieje sam dla siebie, ale zawsze dotyczy podmiotu, a jego nasilenie może być określone jedynie przez jednostkę, która ten problem subiektywnie przeżywa i odczuwa.

O problemach psychospołecznych przeżywanym przez osoby niepełnosprawne pisze obszernie wielu autorów (1, 2, 3, 4, 5, 6, 12). Większość publikacji dotycząca skutków chorób przewlekłych opiera się na modelu poczucia straty (2, 3, 4). Jednak przeżywaniu tych strat niezwykle często towarzyszy poczucie krzywdy

i bezradności. Zagadnienie to w literaturze przedmiotu traktowane jest marginalnie, jako jeden ze składników poczucia utraty. Jakby nie docenia się wagi skutków, które wynikają z nierozwiązanych problemów emocjonalnych związanych z poczuciem krzywdy.

Krzywdą, przebaczenie, wina niezawiniona – to zagadnienia nie tylko dla filozofii. Są ludzie, którym poczucie krzywdy zabiera wiele lat życia. Większość ludzi uważa, że lepiej jest wybaczyć, niż żyć z poczuciem krzywdy, niespełnionej zemsty lub przez całe życie z poczuciem żalu czy gniewu. Jednak przebaczenie nie jest prostą sprawą i w praktyce niewielu ludzi uwalnia się od poczucia krzywdy. Pozostają także konsekwencje krzywdy w postaci poczucia bezradności, czucia się bezbronną ofiarą wydarzeń i przeżywania reszty swojego życia właśnie z tej perspektywy.

Pracując z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi ze schorzeniami narządu ruchu często mam do czynienia z ludźmi, którzy doświadczają poczucia krzywdy. Obserwuję reakcje i zachowania wielu osób, które przeżyły nawet kilkadziesiąt lat z inwalidztwem w bezgranicznym poczuciu, że są ofiarami skrzywdzenia przez los i ludzi. Obserwuję także liczną grupę osób, które w wyniku presji otoczenia (co wydaje mi się wtórnym nadużyciem, wtórną krzywdą) zaprzeczyły swojemu poczuciu skrzywdzenia lub dokonały chrześcijańskiego aktu przebaczenia, ale w swoim życiu doświadczają cierpienia. Praca ta

jest próbą wyjaśnienia źródeł i konsekwencji psychologicznych tych doświadczeń.

Utrata zdrowia i sprawności jako krzywda

Krzywda to rodzaj szkody niezasłużonej i niesprawiedliwej (7, 8). Doświadczenie pokazuje, że ludzie mogą doznawać szkód w różnych okolicznościach i w każdym okresie życia. Szkód jest wiele – mogą to być szkody materialne, moralne, psychologiczne, osobiste, rodzinne, społeczne.

Szkoda wiąże się zawsze z utratą, z jakimś zniszczeniem, destrukcją. Poczucie straty odczuwane jest jako utrata i pozbawienie czegoś, co wszyscy inni posiadają. Utracie towarzyszy cierpienie, bezsilność i poczucie niesprawiedliwości (7, 8).

Dlatego krzywda trwa dłużej niż sam akt krzywdzenia. Często mówi się: „krzywda boli” albo „krzywda maluje się na twarzy” lub „że ktoś nosi (widoczne na zewnątrz) piętno krzywdy”. W pewien sposób krzywda zmienia człowieka w środku. Wypełnia go czasem na wiele lat cierpieniem, żalem, lękiem. Krzywda jest także naruszeniem integralności osoby, jej godności, dlatego granice krzywdy przekraczają granice szkody.

Wszystkie opisane wyżej aspekty krzywdy, czyli stratę, cierpienie i poczucie niesprawiedliwości, łączy w sobie zjawisko choroby somatycznej. Utrata w przypadku ciężkich chorób przewlekłych, okaleczających i nieuleczalnych, obejmuje nie tylko zdrowie, sprawność, ale również szereg przywilejów, które w sposób naturalny posiadają ludzie zdrowi. Niepełnosprawność bowiem pozbawia poczucia własnej godności, nadziei i oczekiwań związanych z przyszłością. Pozbawia także wszystkiego, co kojarzy się z normalnością w rodzinie i najbliższym otoczeniu. Choroba przynosi też cierpienie z powodu bólu, braku szacunku, uznania prawa do prywatności oraz uzależnienia od innych osób. Odmienność związana z inwalidztwem prowadzi także do wielu doświadczeń odrzucenia, litości, ignorowania, lekceważenia. Sytuacja socjo-psychofizyczna osób ze schorzeniami narządu ruchu w Polsce powoduje, że taki człowiek staje się cierpiącą i samotną osobą, mającą na swoim

koncie przewagę porażek, bólu, wstydu, odrzucenia, przekonaną o swojej bezwartościowości. Lista krzywd wydaje się nie mieć końca.

Ludzie mają dużą potrzebę wyjaśniania sobie przyczyn większości zdarzeń, a zwłaszcza zdarzeń dla nich przykrych. Wyjaśniając je, szukają winnego. Dlatego przeżyciom krzywdy – jak zauważa J. Mellibruda (7, 8) – często towarzyszy złość, zazdrość, nienawiść, rozgoryczenie i poczucie winy. Naszą kulturę, dodaje autor, charakteryzuje nadmierna koncentracja na winie, zamiast na krzywdzie (7, 8).

Stereotypowe myślenie na temat krzywdy zakłada istnienie dwóch stron: ofiary i sprawcy. Krzywda jest zawsze wyrządzona komuś. Ktoś zostaje skrzywdzony. Ktoś też jest winny, bo krzywda jest zawsze wyrządzona przez kogoś. Istnieje naturalna ludzka potrzeba przypisania komuś winy za krzywdę („To musi być czyjaś wina, że jestem niepełnosprawny”). Zrozumienie, że nie ma w tym niczyjej winy, że nie była to niczyja decyzja, że nikt tego nie spowodował umyślnie (poza przypadkami przemocy) – zabiera czasem kilka lat, a dla wielu osób nawet całe życie. W związku z tym ludzie chorzy najczęściej postrzegają swoją chorobę właśnie w tych dwóch wymiarach „krzywda – wina”:

1. krzywda wyrządzona przez los i/lub Boga: osoby chore mają poczucie, że niesprawiedliwie zostały doświadczone (pytanie: dlaczego właśnie ja?). To poczucie krzywdy kierowane jest także często nie tyle do losu czy Boga, ale do innych ludzi – tych, których nie dotknęło to nieszczęście (pojawia się pytanie: dlaczego ja, a nie ktoś inny? Dlaczego nie Ty?);
2. krzywda wyrządzona przez innych ludzi (np. sprawców wypadku, agresora, lekarzy, bezdusznych pracowników instytucji, odrzucające i raniące otoczenie, świadków, którzy nie zareagowali, choć mogli). Szkodę mogły wyrządzić konkretne osoby, które można oskarżyć imiennie („to on mi to zrobił”, „to przez niego”) lub osoby bardziej anonimowe, które np. nie dopilnowały swoich obowiązków („jacyś robotnicy coś źle naprawili; spółdzielnia nie dała pieniędzy na remont”, itp.);
3. krzywda wyrządzona samemu sobie (np. w przypadku niedoszłych samobójstw lub gdy styl życia wpłynął na powstanie choroby czy wypadek).

Na sytuację krzywdy może się składać kilka wymienionych wyżej powodów, które się na siebie nakładają i silnie łączą z przeżyciami winy, zwiększając dodatkowo uczucie zamieszania. Często bowiem pacjenci mówią mniej więcej tak: „spadłem z tej rynnny przez własną głupotę, bo...; ale winny jest też ten, co zakładał te rury, bo gdyby to porządnie zrobił, to...; gdyby matka mnie wpuściła do mieszkania, to bym nie musiał wlaźić przez okno po rynnne... itd.”

Charakterystyczne w wypowiedziach osób przewlekle chorych jest opisywanie krzywdy poprzez użycie swoistej metaforyki, np.: „moje życie legło w gruzach”, „pozostały tylko zgłiszczka”, „moje życie to powolne umieranie”, „widzę przed sobą tylko ciemność”, „patrzę w oczy śmierci”, „los rzucił mnie w ramiona śmierci”. Często życie z chorobą porównywane jest do więzienia: „zostałem skazany na dożywocie”, „skazany na czyściec za życia”, „czuję się jak ptak w klatce”, „czuję się spętany, skuty kajdanami”. Dziewczyna chorująca na dystrofię mięśniową tak opisuje swój los w autobiografii: „Jestem więźniem skazanym na dożywocie. Tak jak więzień czeka na amnestię, czekam na nowe odkrycia w medycynie. Liczę się z tym, że mogę nie doczekać” (9). Doświadczenie utraty sprawności opisywane językiem samych niepełnosprawnych to często przeżycie „przekroczenia jakiejś niewidzialnej bramy”, „znalezienia się po jakiejś drugiej stronie”, w „jakimś ślepych zaułku”, wśród wykluczonych, „odstawionych na boczny tor”, należących do „drugiej kategorii obywateli”. Pewien mężczyzna po przebytej gruźlicy kości wyraził to tak: „Przekroczyłem bramę dzielącą ludzi: na ludzi i niepełnosprawnych”.

Czasem chorzy mówią wprost o swoim żalu, gniewie, nienawiści do innych czy rozgorączczeniu. 20-letnia dziewczyna, której choroba mięśni ujawniła się kilka lat wcześniej, kiedyś powiedziała mniej więcej tak: „Tak bardzo boli to, że muszę odmienić swoje plany i marzenia. Czuję się jak mucha w sieci pająka. Los mnie trzyma w tej sieci i nie chce puścić. Szarpiesz się, ale to jest daremne. Ktoś tam na górze podpisał już na ciebie wyrok”. Motyw Boga, który „odwraca się od chorego”, „skreśla z listy żywych”, „jest sprawcą złego losu” („każe dźwigać krzyż”, „wypić kielich goryczy” itp.) – jest dosyć popularny (9).

Złość może być wymierzona przeciwko osobie, która jest obwiniana o chorobę. Towarzyszy temu przekonanie: „To musi być czyjaś wina, że jestem niepełnosprawny (lekarza, położnej, rodziców)”. Możliwe jest także odczuwanie złości w stosunku do innych ludzi, którzy takiej straty nie doznali. Przypomina mi się wypowiedź 21-letniej dziewczyny, która 10 lat wcześniej została potrącona na przejściu dla pieszych: „Nienawidzę ludzi. Oni mogą wszystko robić, mają sprawne ręce i nogi. Ja nie mogę zrobić niczego. To nie jest w porządku. Wolałabym nie żyć i nie patrzeć na nich. A wszystko przez tego parszywego makumbę” (wyjaśniam, że samochód prowadził Murzyn, stąd określenie makumba). Wiele osób mówi wprost, że zazdrości innym ludziom tego, że są sprawni. I że czasem tak ich nienawidzi, że życzy im najgorszego, włącznie ze śmiercią, kalectwem.

Warto wspomnieć także o dzieciach niepełnosprawnych, u których najczęściej poczucie krzywdy, miesza się z poczuciem żalu, zaprzeczania i z poczuciem winy wobec rodziców. Oto fragmenty kilku wypowiedzi: „Gdybym był zdrowy, cieszyłbym się tak do łez, ponieważ nie musiałbym opuszczać tak często rodziny, gdyż bardzo tęsknię za rodziną. Jestem im wdzięczny, że przeżyli ze mną wszystkie cierpienia. Jeździłbym na rowerze, grałbym w piłkę, biegałbym. Nikomu nie życzę tego, co sam przeżyłem. Niech inni modlą się, aby nigdy ich nie spotkało to co mnie” (chłopiec, 12 lat, stan po operacji kręgosłupa); „W wieku trzech lat zachorowałam na reumatyzm. Obwiniałam Boga za to wszystko, co wycierpiałam, zadawałam sobie pytanie dlaczego ja, a nie kto inny musi tak cierpieć” (dziewczynka, lat 14, przewlekle zapalenie stawów); „Gdybym był zdrowy, to grałbym w piłkę, biegałbym, pomagał innym. Mama mogłaby pracować (...). Nie wiem, kim chciałbym zostać w przyszłości, wiem jedno – chciałbym być zdrowy” (chłopiec, lat 11, porażenie mózgowe).

Warto zaznaczyć, że poczucie krzywdy może wystąpić niezależnie od tego, czy krzywda została wyrządzona realnie, czy jest wyimaginowana. Pracując z chorymi przekonuję się niejednokrotnie, że mamy do czynienia z pewnym mitem, tj. własną historią powstania choroby czy wypadku, w której rzeczywistość często wymieszana jest z fikcją. I ta właśnie

historia jest podstawą pracy. Jeżeli pacjent opowiada, że „głupi, nieudolni lekarze niepotrzebnie amputowali mu nogi” lub „został źle potraktowany przez urzędniczkę, której przeszkodził w picciu kawy”, to prawdą psychologiczną jest głębokie poczucie krzywdy tego człowieka, niezależnie od tego, czy jest ono usprawiedliwione realnymi faktami. Świadczy to o tym, że poczucie krzywdy powstaje także w sytuacjach, które z obiektywnego punktu widzenia trudno byłoby zakwalifikować jako krzywdzenie.

Dotykamy więc kwestii subiektywnego charakteru poczucia krzywdy, choć niejednokrotnie bez cienia wątpliwości możemy stwierdzić, że dana osoba została skrzywdzona, nawet jeśli sama o tym nie wie, czyli że jej krzywda ma obiektywny charakter. Dotyczy to np. przemocy fizycznej, wypadków spowodowanych przez pijanych kierowców, zaniedbań ze strony rodziców, których skutkiem jest niepełnosprawność ruchowa dziecka itp.

Utrwalanie się poczucia krzywdy – „pułapka nie przebaczonej krzywdy”

Różne są sposoby przeżywania doświadczenia krzywdy i radzenia sobie z nim. Wielu ludzi radzi sobie z tym doświadczeniem bez specjalnych wysiłków. W miarę upływu czasu zacierają się ślady doznanej krzywdy i choć pozostają w pamięci, ulegają zasymilowaniu i włączeniu do całości bagażu doświadczeń życiowych człowieka stając się jego integralną częścią.

Jak pisze J. Mellibruda, są jednak sytuacje, kiedy krzywda zapisuje się na trwałe w psychice. Poczucie krzywdy przeradza się w bardzo głęboko przeżywany stan – stan utrwalonego poczucia krzywdy (7, 8). W pewnych okolicznościach krzywdy, których doznajemy, trwale zapisują się w naszej psychice. Ślad poczucia krzywdy pozostaje jak trwała blizna i przez wiele lat może wpływać na postępowanie, myśli oraz uczucia jednostki. Człowiek tkwi wówczas w pułapce, której istnienia najczęściej sobie nie uświadamia, zw. pułapką nie wybaczonej krzywdy (zjawisko to autor nazywa także syndromem nie przebaczonej krzywdy).

Podstawą utrzymywania się tego zjawiska są zakłócenia w procesie asymilacji doświadczeń.

Zapis doświadczenia krzywdy utrzymuje się w psychice jednostki w postaci „nie przetrawionej”, jest wyodrębniony i oddzielony od zapisów innych doświadczeń życiowych, nie staje się integralną częścią całości doświadczeń człowieka. „Nie przetrawiony” zapis doświadczenia krzywdy staje się bolesną lub zamrożoną częścią osoby, wokół której koncentruje się uwaga i energia jednostki, nawet wtedy, gdy pamięć nie dostarcza już wyraźnego obrazu minionych doświadczeń.

Niemożliwość „przetrawienia” krzywdy, tym samym uwolnienia się z pułapki, nie jest związana z wielkością krzywdy, ani z natężeniem cierpienia, ani też z potęgą osoby wyrządzającej krzywdę. Zdaniem autora ważnym procesem sprzyjającym utrwalaniu się poczucia krzywdy jest nawarstwienie się różnych form tłumienia i powstrzymywania bolesnych uczuć związanych z krzywdzącymi okolicznościami (7, 8).

Wspomniany wyżej proces tłumienia i zaprzeczania w przypadku osób chorych somatycznie wynika z bardzo wielu skomplikowanych kulturowo, społecznie i osobowościowo uwarunkowań. Dążąc do jakiegoś skrótu, wyróżniłabym dwa główne powody: głęboka samotność emocjonalna chorych (brak wsparcia) i presja społeczno-kulturowa.

Najczęściej jest tak, że ludzie chorzy muszą samotnie borykać się ze swoimi problemami emocjonalnymi. Uwikłanie w przeżycia winy i krzywdy bez pomocy drugiej osoby może okazać się sytuacją bez wyjścia. Dlatego wydaje mi się, że osoby znajdujące się w tak trudnej sytuacji, jaką jest choroba okaleczająca, wymagają pomocy psychologicznej zarówno ze strony specjalistów (psychologa, lekarza), jak i wsparcia ze strony osób bliskich (rodziny, przyjaciół). Istotą wsparcia psychicznego w takich przypadkach jest konstruktywne towarzyszenie im na drodze radzenia sobie z poczuciem krzywdy, z lękiem, gniewem, rozpaczą i naturalnym w takiej sytuacji poczuciem bezradności.

Zamiast tak rozumianego wsparcia, otoczenie o wiele częściej dostarcza powodów do zaprzeczania swoim emocjom. Stereotypowe myślenie o poczuciu krzywdy zakłada, że jest to uczucie negatywne i złe. Odczuwanie krzywdy, noszenie jej w sobie latami, wszystko jedno czym usprawiedliwionej, jest w ocenie społecznej złym uczuciem. Toteż zachowanie czło-

wieka, który czuje się skrzywdzony, a jeszcze do tego manifestuje swoją krzywdę i niesprawiedliwość, jest piętnowane, postrzegane jako niszczące, moralnie naganne i świadczące o jego złej woli. Istnieje presja społeczna uwarunkowana kulturowo, by wybaczać: „przebaczyć, zapomnieć i żyć dalej bez urazy”. Tym samym może zdarzać się, że do przebaczenia ofiara jest nakłaniana, czy nawet zmuszana.

Pewna moja podopieczna (w wieku 16 lat zgwałcona i pobita, od 12 lat siedzi na wózku, ma czterokończynowe porażenie) z trudem odkręca pudełko z kremem i mówi, jak „jej serce jest wolne od gniewu”, bo jej rodzice wraz z księdzem „nie dopuścili do tego, by żyła w grzechu nienawiści”. Mówi, że „musiała stłumić swój gniew i żal”, bo były one dla osób z jej otoczenia dowodem „grzechu” i „nienormalności”. Inna osoba (19 lat, po amputacji kończyn dolnych i 3 latach leczenia licznych obrażeń ciała) opowiadała, jak prawie codziennie spotyka na ulicy małego miasteczka mężczyzn, którzy pijani wjechali w nią, potem wieźli na zderzaku kilkadziesiąt metrów, a następnie uciekli. Na pytanie dlaczego ich sprawę umorzono, nikt nie udzielił zadowalającej odpowiedzi, a rodzice powiedzieli, żeby zapomnieć. „Trzeba zapomnieć i żyć dalej” – to najczęściej jedyna odpowiedź otoczenia. Wydaje się takie przebaczenie potrzebne jest społeczności tylko po to, aby mogła ona pozbyć się poczucia winy i uznać całą sprawę za „załatwioną”, mimo, że odbywa się to kosztem pogwałcenia godności ofiary. Zapomniana, wyparta ze świadomości lub pozornie tylko przebaczona krzywda niewątpliwie wpłynęła na dalsze losy opisanych kobiet w sposób destrukcyjny.

Przedstawione przykłady świadczą o pewnej ignorancji społecznej wobec krzywdy tych osób. Doznały one szkody w postaci nieodwracalnego okaleczenia i trwałej utraty sprawności. Ale doznały one także krzywdy wtórnej w trakcie procesu „pomagania”, krzywdy której można było uniknąć. Poniżające przesłuchania; stawanie w sądzie twarzą w twarz ze sprawcą; umarzanie spraw opartych na zeznaniach pokrzywdzonych (z braku świadków); presja wszystkich wokół, by zapomnieć, wybaczyć; pomijanie lub pomniejszanie krzywdy; okazywanie większego zainteresowania moralnymi kwestiami dotyczącymi winy i zachowania winowajcy, niż przeżyciami ofiary –

to tylko niektóre przykłady wtórnego krzywdzenia ofiar.

Typowy scenariusz zachowań otoczenia po powrocie chorego ze szpitala wygląda w dużym uproszczeniu tak, że wszyscy wkoło rozmawiają z dużą ekspresją emocjonalną o zaistniałej krzywdzie, ale nikt nie rozmawia z chorym. Do domu przychodzą nieliczni starzy przyjaciele i nie pojawiają się więcej. Czasem pojawia się dziennikarz z lokalnej gazety (dając choremu złudzenie zainteresowania, przejęcia się głęboko jego przeżyciami), po czym opisuje w sposób sensoryjny całą tragedię tak, że w oczach wszystkich wkoło można wyczytać tylko współczucie. Zażenowanie związane z tłumaczeniem i odpowiadaniem na pytania innych dotyczące stanu chorego powodują, że rodzina i sam chory unikają pokazywania się w miejscach publicznych. Toteż przez długi czas chory po prostu nie wychodzi z domu. Otoczenie także unika kontaktu z chorym. Ludzie nie wiedzą co powiedzieć i nie wiedzą jak samemu sobie poradzić z uczuciem napięcia, lęku i ogólnego dyskomfortu, który się pojawia w kontakcie z osobą okaleczoną. Generalnie zasada jest taka, że zainteresowanie otoczenia kończy się bardzo szybko. Czasem jeszcze jakiejś babci w parku wyrывa się coś w rodzaju; „taka młoda”, „jakie nieszczęście”. Pozostają jednak skutki w postaci „socjotraumy”.

Jeżeli chodzi o bliższe relacje, tu również nie ma miejsca dla przeżyć chorego. Paradoks tej sytuacji polega na tym, że najbliżsi również przeżywają głębokie poczucie skrzywdzenia (bo choroba, inwalidztwo jest traumą dla całej rodziny), co teoretycznie powinno ułatwić im empatyczne zrozumienie i wspieranie się nawzajem. Tak się nie dzieje z wielu powodów. M.in. dlatego, że większość ludzi czuje się zażenowana lub zniecierpliwiona płaczem innych i podejmuje próby podtrzymywania na duchu. Stąd chory otrzymuje całą masę komunikatów „zamykających usta”, typu: „przesadzasz”, „jak długo będziesz się tak żalił nad sobą”, „trzeba się wziąć w garść”, itp. Z drugiej strony sam chory najczęściej ukrywa i tłumi własne uczucia w przekonaniu, że dzięki temu nie zakłóca spokoju bliskim. I tak jak uczucie żalu i smutku mieści się jeszcze w kategoriach zachowań tolerowanych, tak uczucie gniewu jest rzadko

aprobowane. Wynika to z opisanych wyżej norm kulturowych.

Myślę, że trzeba wziąć także pod uwagę fakt, że ofiary przemocy i wypadków spowodowanych przez innych ludzi często muszą żyć ze swoimi „krzywdzicielami” w tej samej wsi, w tym samym małym miasteczku. Na małej przestrzeni trudno nie spotykać się. Mam tu na myśli np. ofiary pijanych kierowców, te, które przeżyły i do końca życia będą niepełnosprawne. Niewielkie są szanse na to, aby nigdy nie stanąć „oko w oko” ze sprawcą, w ogóle nie widywać się z nim.

Jeszcze bardziej skomplikowana wydaje się być sytuacja, gdy osoba zostaje poszkodowana na zdrowiu na skutek konkretnych działań lub zaniedbań ze strony najbliższych, np. rodziców, rodzeństwa, krewnych. Biorąc pod uwagę powstałe trwałe okaleczenia, niejednokrotnie ofiary są dodatkowo od swoich krzywdzicieli zależne (w sensie fizycznym, psychologicznym, ekonomicznym). W takiej sytuacji bardzo trudno jest pozwolić sobie na przeżywanie krzywdy. W ogóle trudno o zdrową relację biorąc pod uwagę poczucie winy sprawcy, zaprzeczanie przeżyciom krzywdy, poczucie winy u chorego z powodu bycia ciężarem itd.

Generalnie większość ludzi ma skłonność do pomniejszania znaczenia swoich przeżyć. Więcej energii koncentrujemy na osobie, która jest źródłem krzywdy, niż na własnych emocjach. Brak elementarnej psychoedukacji powoduje, że tłumimy emocje i staramy się nie myśleć o swoich doświadczeniach, uważając, że czas leczy wszystkie rany.

Zakończenie – wybaczenie jako sposób uwolnienia się od skutków nie przebaczonej krzywdy

Sądzę, że w sytuacji, gdy postrzega się własne inwalidztwo jako krzywdę, niezależnie od tego, czy jest jakiś winowajca i kto nim jest, przebaczenie jest potrzebne. Ale przede wszystkim temu, kto został skrzywdzony. Przebaczenie daje możliwość rozpoczęcia życia na nowo i dlatego jest to ważny proces przywracający sens życia. Oczywiście przebaczenie, o którym tutaj mowa, niewiele ma wspólnego z chrześcijańskim aktem przebaczenia. Nie chodzi także

o publiczne osądzenie sprawcy i zadośćuczynienie krzywdzie.

Brak zrozumienia na czym mogłoby polegać to przebaczenie, a także brak jednolitego systemu pomocy dla ofiar wypadków i w ogóle dla osób, których dotyczy ciężka choroba stwarza pole do działania dla ludzi często niekompetentnych, którzy mimo najlepszych intencji nie potrafią skutecznie pomóc. Po prostu nie umieją udzielić wsparcia. Najczęściej jest tak, że przypadkowi „pomagacze” i „doradzacze” (ksiądz, nauczyciel, sąsiadka, rodzice, krewni, napotkani urzędnicy różnych instytucji, itp.) nieświadomie przyczyniają się do tego, że chory wpada w pułapkę nie przebaczonej krzywdy.

Podstawowy komunikat dla osób przeżywających poczucie krzywdy (ze strony wszystkich wspomnianych wyżej „pomagaczy”) może, a właściwie powinien brzmieć następująco: „Nie musisz teraz wybaczać, nie musisz teraz zajmować się wybaczeniem, zanim nie zobaczysz dokładnie, na czym właściwie polega twoja krzywda. Jeśli zrobisz to za wcześniej, twoje przebaczenie będzie fikcją i nie przyniesie ci wyzwolenia. Jeśli skrzętnie skrywasz krzywdę nawet przed sobą samym, to zapewne przyczyniło się do tego fałszywe rozumienie przez ciebie zasady wybaczenia. Dlatego zostaw sobie wybaczenie na później”.

Oczywiście tych złożonych treści nie da się przekazać za jednym razem i nie muszą mieć one dokładnie tej postaci. Ważne, aby przesłanie pojednania, naprawy, ułożenia stosunków na bardziej zdrowych zasadach nie przesłoniło faktu, że centralną sprawą jest w procesie wybaczenia uwolnienie się osoby skrzywdzonej z pułapki negatywnych wzorców reagowania i myślenia, które są następstwem doświadczenia krzywdy. Przebaczenie może być symbolicznym gestem, wyrazem tego uwolnienia się i ma przynosić przemianę i korzyści wyłącznie dla skrzywdzonego. Jak pisze Mellibruda, „jest darem od siebie dla siebie” (8).

Innymi słowy – przebaczenie porządkuje relacje ze światem i z innymi ludźmi, ale jest procesem poszukiwania dla siebie miejsca, w którym nie trzeba ani rezygnować czy negocjować siebie, ani czuć się wykorzystanym przez innych. Przebaczenie oznacza wejście na drogę pracy nad sobą i tworzenie nowego porządku

w świecie myśli, uczuć i wzorów postępowania, a nie zrobienie prezentu dla winowajcy.

Dla wielu zadanie to wymaga uporania się z barierami, które utrudniają takie właśnie rozumienie istoty wybaczenia. Bariery te, jak wspomniałam wcześniej, mają najczęściej źródło w tradycji kulturowej oraz w fałszywych przekonaniach na temat przebaczenia wyuczonych w dzieciństwie. Wyobrażenia takie powodują, że w rozumieniu wybaczenia trudno jest wyjść poza kontekst przewinienia i karania, tym samym spojrzeć na przebaczenie inaczej niż jako na symboliczny gest w stronę tego, który zawinił. Przeszkadza to w zrozumieniu zarówno sytuacji psychologicznej osoby skrzywdzonej, jak i procesu uwalniania się z pułapki nie przebaczonej krzywdy – jako wyzwania się spod destrukcyjnego wpływu tego doświadczenia.

Jednak dokładna analiza tego procesu, jak i skutków nie przebaczonej krzywdy wykracza poza ramy tego artykułu i wymaga odrębnej publikacji.

Streszczenie

Artykuł jest próbą spojrzenia na chorobę przelekłą w kontekście takich przeżyć jak poczucie krzywdy i bezradności. Przedstawia główne przyczyny utrwalania się tych przeżyć w psychice człowieka, a także procesy sprzyjające uwalnianiu się od nich. Szczególną uwagę zwrócono na problem wybaczenia i wtórnych nadużyć, czyli wywierania presji na osoby skrzywdzone.

Słowa kluczowe: **krzywda, bezradność, wybaczenie, tłumienie, zaprzeczanie, niesprawiedliwość**

Summary

This article is an attempt at looking at a chronic disease in the sense of wrong and helplessness experiences context. It presents main causes of recording of these experiences in one's psyche as well as processes supporting releasing from them. A special attention is paid to a problem of forgiveness and repeated abuses i.e. a pressure put on harmed persons.

Key words: **wrong, helplessness, forgiveness, suppression, denial, injustice**

Piśmiennictwo

1. Block B. L.: Osobowościowe uwarunkowania nasilenia problemów psychospołecznych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. KUL, Lublin 1999.
2. Brearley G.: Psychoterapia dzieci niepełnosprawnych ruchowo. WSiP, Warszawa 1999.
3. Jabłoński K.: Inwalidztwo – problem psychologiczny. „Przegląd Psychologiczny”, 1985, nr 4.
4. Jabłoński K.: Praca psychologa na oddziale rehabilitacji narządu ruchu. [W:] Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych pod red. I. Hesen-Niejodek. PZWL, Warszawa 1990.
5. Kirenko J.: Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Wyd. UMCS, Lublin 1995.
6. Kornas-Biela D. (red.): Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie. KUL, Lublin 1988.
7. Mellibruda J.: Pułapka nie przebaczonej krzywdy, IPZ, Warszawa 1995.
8. Mellibruda J.: Nie przebaczona krzywda. IPZiT, Warszawa 1992.
9. Stupin-Rzońca A.: Antologia twórczości literackiej osób niepełnosprawnych ruchowo. część I poezja, część II proza, Wyd. WSPS, Warszawa 1997.
10. Witkowski T.: Obraz siebie osób niewidomych oraz inwalidów narządu ruchu. [W:] A. Biela, Z. Uchnast, T. Witkowski (red.): Wykłady z psychologii. T.3, KUL, Lublin 1989.
11. Witkowski T.: Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych. MDBO, Warszawa 1993.
12. Wright B.: Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa. PWN, Warszawa 1965.

Adres do korespondencji

dr Agnieszka Konieczna
Akademia Pedagogiki Specjalnej
Pracownia Pedagogiki Terapeutycznej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: akonieczna@ravena.aps.edu.pl