

Teresa Rzepa

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Ryszard Żaba

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Mechanizmy obrony przed społeczno-kulturowymi konsekwencjami piętna (na przykładzie chorych na kiłę)

STRESZCZENIE Wskaźniki epidemiologiczne zachorowań na kiłę wzrosły w ciągu ostatniej dekady i ponownie zwróciły uzasadnioną uwagę na diagnostykę, leczenie i aspekty psychologiczne tej choroby. Celem artykułu było określenie różnic w poziomie stresu i strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentów z kiłą i zdrowych. Badania przeprowadzono wśród 87 chorych na kiłę hospitalizowanych w Klinice i Katedrze Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w latach 2007–2012. Rozpoznanie oparte było na ocenie objawów klinicznych oraz na pozytywnych wynikach serologicznych testów kiłowych. Grupę badanych chorych porównano do odpowiednio dobranej pod względem wieku i płci populacji zdrowych osób. W badaniach wykorzystano zarówno testy psychologiczne, jak i autorską ankietę oraz pogłębiony wywiad psychologiczny. Przeprowadzone badania pozwoliły na zgromadzenie wielu interesujących danych na temat sytuacji życiowej pacjentów i sposobów radzenia sobie z nią oraz ich stosunku do choroby i do siebie. Okazało się, że cztery pierwsze miejsca na liście 35 najbardziej wstydlivych chorób zajęły te, które są przenoszone drogą płciową. Badania nad strategią obrony przed napiętnowaniem i jego konsekwencjami obejmowały następujące obszary: stres i obrona przed

SŁOWA KLUCZOWE KIŁA,
STRES, EMOCJE,
STRATEGIE RADZENIA
ZE STRESEM

stressem, radzenie sobie z negatywnymi emocjami i uczuciami, radzenie sobie w otoczeniu społecznym, obrona przed negatywnymi przekonaniemiami o sobie. Pacjenci z kiłą starali się przede wszystkim uwolnić od negatywnych emocji, czyli wybierali sposób radzenia sobie ze stresem raczej nietypowy dla bezpiecznego stylu przywiązania.

Wprowadzenie

Rzeczywistość kliniczna i obserwacje psychologiczne (Bensing, Verhaak 2004; Kubacka-Jasiecka, Ostrowski 2005; Heszen, Sęk 2007; Rzepa, Staniścić 2011) przekonują, że po usłyszeniu diagnozy na temat poważnej choroby człowiek doznaje silnych emocji sygnalizujących stresującą zmianę jego sytuacji życiowej. A co dopiero osoba, która dowiaduje się, że jest chora na kiłę – chorobę stygmatyzowaną na całym świecie. Niniejszy artykuł, w odwołaniu do wyników kilkuletnich badań własnych porównywanych z wynikami badań prowadzonych w innych krajach, informuje o tym, jak Polacy chorzy na kiłę radzą sobie z piętnem choroby i jego społeczno-kulturowymi konsekwencjami.

Kiła (*lues*, *syphilis*) należy do chorób zakaźnych, przenoszonych głównie drogą kontaktów płciowych, także oralnych i rektalnych. Zdecydowanie rzadziej do zakażenia dochodzi drogą pozapłciową, np. przez kontakt z zakażonym materiałem biologicznym i wniknięciem drobnoustrojów przez uszkodzoną skórę lub bezpośrednio do krwiobiegu. Zakażenie przenosi się również wewnątrzmacicznie z matki na dziecko (zakażenie wertykalne) i prowadzi do rozwoju kiły wrodzonej. Chorobę wywołuje krętek blady (*Treponema pallidum subspecies pallidum*), bakteria Gram-ujemna o spiralnym kształcie. Nieleczoną kiłę cechuje bogata symptomatologia kliniczna oraz wieloletni przebieg. W trakcie choroby obserwuje się okresy objawowe i bezobjawowe, co może utrudniać różnicowanie z innymi jednostkami chorobowymi i sprawia, że kiła jest określana mianem „wielkiego naśladowcy”. Zakaźność schorzenia jest największa w pierwszych dwóch latach od zakażenia i wiąże się z nasileniem bakteriemii oraz z występowaniem sączących zmian skórnych. W kolejnych latach zakaźność spada, wygasając prawie całkowicie w późnym okresie choroby (Chodyncka i in. 2006; Jakubowicz 2009; Burgdorf i in. 2010; Mikołajczyk, Żaba 2011).

Kiła występuje na całym świecie. Prowadzona po drugiej wojnie światowej akcja zwalczania kiły zmniejszyła zapadalność na tę chorobę. Niestety, w ostatnich dwóch dekadach nastąpił światowy wzrost zapadalności na kiłę nabytą i wrodzoną. Szacuje się, że obecnie zarażonych jest ok. 12 mln osób oraz że corocznie ponad milion ciężarnych kobiet ulega zakażeniu (Fenton i in. 2008; Wojtyński, Goryński 2008; Arasiewicz, Kowalska 2012). Największe ryzyko zachorowania występuje wśród osób mających wiele przygodnych kontaktów płciowych, przede wszystkim wśród prostytutek, homoseksualistów i narkomanów. Największy wzrost zapadalności na kiłę odnotowano natomiast w grupie homoseksualistów, z których wielu jednocześnie jest nosicielami wirusa HIV (Karp i in. 2009; Celum 2010). Przewlekły przebieg oraz groźba zakażenia sprawiają, że kiła wciąż stanowi poważny problem medyczny, społeczny i psychologiczny (Goh 2005; Chodyncka i in. 2006; Burgdorf i in. 2010; Mikołajczyk, Żaba 2011; Arasiewicz, Kowalska 2012; Rzepa i in. 2012a).

Na szerzenie się kiły wpływa mnóstwo czynników, m.in.: obyczajowość, morale, religijność, potoczna wiedza na temat chorób przenoszonych drogą płciową, warunki kulturowe i poziom życia danego społeczeństwa, migracje ludności, sytuacja ekonomiczna i polityczna kraju. Polskie dane epidemiologiczne z 2008 roku wskazują na utrzymywanie się znaczącego wzrostu zachorowań na kiłę, corocznie o ponad 100 przypadków w porównaniu z latami 2003–2004. Przykładowo, współczynnik zapadalności na kiłę wynosił w 2008 roku – 2,38 przypadków na 100 tys. ludzi. W 2009 odnotowano wzrost zachorowań o 36%

w porównaniu do poprzedniego roku. Zgłoszono bowiem o 328 przypadków więcej, tj. 1234 zachorowania. W 2007 roku, w czasie ciąży lub podczas porodu kiłę stwierdzono u 64 kobiet, a w 2009 roku odnotowano 13 przypadków kiły wrodzonej, najwięcej w województwie dolnośląskim. Najwyższą zapadalność na kiłę odnotowywano systematycznie w województwie mazowieckim (2,5 razy wyższa od średniej krajowej), a najniższą – w województwie lubelskim i podkarpackim (Chodynicka i in. 2006; Jakubowicz 2009; Burgdorf i in. 2010; Majewski, Rudnicka 2010, 2011).

Niekorzystny wpływ na szerzenie się kiły w Polsce wywiera sytuacja epidemiologiczna w Rosji i na Ukrainie, gdzie od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku obserwuje się stały wzrost liczby zachorowań (zapadalność wynosi odpowiednio 59,3 i 27,5 na 100 tys. osób). Alarmujące doniesienia napływają także z innych krajów. Na przykład zapadalność na kiłę w Czechach wynosi 7,7, na Słowacji – 4,2, na Węgrzech – 5,5, Łotwie – 10,3, Litwie – 9,7. W Stanach Zjednoczonych odsetek przypadków kiły wrodzonej zwiększył się z 8,2% w 2005 roku do 10,1% w 2008 roku (Mikołajczyk, Żaba 2011; *Centers...* 2010; Arasiewicz, Kowalska 2012).

Tak niepokojące dane skłaniają do refleksji nad problemem radzenia sobie ze świadomością zachorowania na groźną chorobę zakaźną. Za wyjątkowo trafnie wyjaśniającą odczucia i funkcjonowanie społeczne osób naznaczonych taką chorobą należy uznać teorię piętna Ervinga Goffmana (2005). Pojęcie piętna odnosi się zarówno do atrybutu dyskredytującego jednostkę lub grupę społeczną (np. wyjątkowa szpetota, widoczne kalectwo, niechlujność, negatywne cechy narodowe), jak i do relacji między piętnującym atrybutem a społecznie uznanym stereotypem (np. małogłowie w powiązaniu z masywną sylwetką jako stygmat agresywności). Oba te znaczenia nakładają się wówczas, gdy obserwowalny atrybut automatycznie uruchamia stereotyp wraz z przypisanym mu piętnem.

W wypadku zakaźnych schorzeń przenoszonych drogą płciową atrybuty choroby są z reguły niewidoczne lub trudno rozpoznawalne dla postronnego obserwatora. Tymczasem chory o nich wie; jest świadom, że od niego zależy decyzja o ujawnieniu lub zatajeniu informacji na temat poważnej, wstydlivej i najczęściej zakaźnej choroby (Crocker i in. 1993; Bloom, Kessler 1994; Leary 2000; Goffman 2005; Hebl i in. 2008; Blascovich i in. 2008; Cunningham i in. 2009). Decyzja ta jest bardzo trudna. Chory – jak każdy członek społeczeństwa wychowany w określonych warunkach społeczno-kulturowych – zazwyczaj jest świadomy nie tylko tabu nakładanego na sferę seksu oraz na związane z nim problemy higieniczne i patologie, lecz również konsekwencji złamania bądź przekroczenia tabu. Można zatem założyć, że przynajmniej w pewnym stopniu zdaje sobie sprawę z wagi, oceny i następstw ryzykownych zachowań seksualnych i seksualnej zdrady. Jeśli świadomie decyduje się na takie zachowania, to musi dopuszczać możliwość zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową. Powinien więc umieć rozpoznawać ich objawy i radzić sobie ze stresem towarzyszącym zachorowaniu. Powinien również umieć pokonywać doświadczane wówczas negatywne emocje, przemóc wstyd i zwrócić się do lekarza w celu zdiagnozowania choroby i podjęcia jej leczenia. Ponadto powinien trafnie przewidzieć reakcję partnera seksualnego na wiadomość o zarażeniu kiłą oraz reakcje osób, które poinformuje o swej chorobie. Wreszcie, musi mieć pełną świadomość kulturowo-społecznych konsekwencji ujawnienia się (Dickerson i in. 2004), przejawianych zazwyczaj w dotkliwych formach ostracyzmu: od oznak niechęci, odrazy, wstrętu i pogardy, poprzez naznaczenie odpychającym mianem (np. „rozpustnik”, „weneryk”, „syfilityk”), aż do jawnego odwrócenia się, a nawet podjęcia decyzji o wykluczeniu z grupy społecznej czy zawodowej. Wykluczające zachowania są od wieków dopuszczalne przez swą oczywistość dla obu stron relacji „chory/a na kiłę – jego/jej partner/ka seksualny/a”. Wszak chodzi o obronę nie tylko siebie,

lecz i ewentualnego potomstwa przed zarażeniem przewlekłą, upośledzającą i stygmatyzującą chorobą (Rzepa, Żaba 2009a, 2009b, 2010a, 2010b).

Nakreślony powyżej model raczej nie znajduje odzwierciedlenia w zdroworozsądkowej wiedzy na temat kiły. Jak wynika z wielu badań (Mertens i in. 1998; Eubanks i in. 1999; Voeten i in. 2001; Lawrence i in. 2002; Liu, Detels 2002; Goffman 2005; Lambert i in. 2006; Leiber i in. 2006; Reynolds i in. 2006; Rusch i in. 2008; Rzepa, Żaba 2009a, 2010b), wiedza na ten temat jest zdominowana przede wszystkim przez przewidywanie różnych form ostracyzmu społecznego i konieczności radzenia sobie z nimi oraz przez wyobrażanie sobie rozmiaru strat, niepokoju i cierpienia doświadczanych w ich efekcie oraz w następstwie choroby i jej leczenia. Ten splot utrwalonych kulturowo przekonań i mitów tworzy bardzo silny hamulec przed ujawnieniem informacji o stanie własnego zdrowia. Ponadto, w świadomości katolików stereotyp syfilityka i określające go atrybuty łączą się z przeświadczeniem o popełnieniu grzechu pożądliwości (jednego z siedmiu grzechów głównych), równoznacznego z prowadzeniem rozwiązłego i napiętnowanego stylu życia. To nakazuje kojarzyć chorobę weneryczną z karą boską, zsyłaną na „rozpustników” i „cudzołożników”. Tym samym wzmacnia negatywny wydzźwięk społecznych przekonań o związku chorób wenerycznych ze zdradą, nieuczciwością, brakiem rozwagi, ryzykiem, wykroczeniem, złamaniem przysięgi i przekroczeniem tabu. Te odwieczne kulturowane, stygmatyzujące przekonania są nasycone wstydem ściśle powiązanim z poczuciem winy, ze wstrętem do obserwowanych objawów chorobowych i z negatywną oceną ryzykownego zachowania, które doprowadziło do zarażenia organizmu. Jednocześnie, silnie negatywne uczucia mogą być skierowane do osoby podejrzanej o spowodowanie choroby i zatajenie informacji na temat kiły (Lewis 1999; Leiber i in. 2006; Pawlaczuk 2007; Hebl i in. 2008; Rzepa, Żaba 2009a, 2010a, 2010b).

Z podanych powyżej powodów, chory na kiłę znajduje się w stanie niespokojnej czujności i oczekiwania na odkrycie prawdy oraz w gotowości do odparcia podejrzeń i oskarżeń. Tym samym pozostaje w konflikcie, który Goffman (2005) określa jako zachodzący między szczerością a stosownością roli. Zwłaszcza w sytuacjach intymnych chory musi dokonywać stresujących wyborów i podejmować decyzję (każdorazowo ze względu na siebie, na innych i na rodzaj sytuacji) o tym, którą rolę powinien pełnić: stosowną – osoby nienapiętnowanej, lecz fałszywej; czy szczerą – osoby napiętnowanej chorobą weneryczną i uczciwie o tym informującej. Zaś wybór oparty na konfliktowej zasadzie „mniejszego zła” stwarza dodatkowe i silnie stresujące okoliczności, gdyż wchodzenie zarówno w jedną, jak i drugą rolę może się spotkać z zaskakującymi reakcjami otoczenia. Oczywiście, fałszowanie informacji o sobie i świadome zarażanie innych osób jest niedopuszczalne, lecz i tak chory musi rozważyć, czy warto ujawniać prawdę o kile w każdej sytuacji społecznej, np. w rozmowach z szefem, z kolegami z pracy, ze znajomymi. Wybór szczerzej roli jest natomiast uczciwy w każdej sytuacji, choć chory na kiłę nie zawsze zdoła podjąć trafną decyzję i rozpoznać system wartości osoby, wobec której się ujawnia, więc nieoczekiwanie może doznać odrzucenia z jej strony. Może też utracić kontrolę nad rozprzestrzenianiem się wiedzy na temat swego piętna, gdyż nie zawsze potrafi przewidzieć, kto i jakie informacje o nim przekazuje innym. Po jakimś czasie jego otoczenie społeczne podzieli się na osoby nieznające prawdy oraz te, które prawdę znają, lecz różnie na nią reagują (Rzepa i in. 2012a, 2012b).

Opisane okoliczności stwarzają wyjątkowo trudną sytuację psychologiczną. Przyswojenie informacji o poważnej chorobie zakaźnej i o związanych z nią zagrożeniach osobistych i społecznych wiąże się bowiem z koniecznością umiejscowienia w strukturze samowiedzy negatywnych sądów o sobie. To zaś musi spowodować: 1) albo zmianę własnego

wizerunku na niekorzystny, prowadzącą do spadku samooceny i poczucia własnej wartości; 2) albo obronę własnego „ja” i taką jego redefinicję, aby negatywne sądy znalazły uzasadnioną i jak najmniej niszczącą ocenę. W przypadku drugiej opcji, psychologicznie bardziej prawdopodobnej, szczególnie pomocne okazują się te mechanizmy obronne, które usprawiedliwiają postępowanie chorego oraz pozwalają sprawować kontrolę nad negatywnym wydarzeniem życiowym (Freud 2004; Taylor, Sherman 2007; Rzepa i in. 2012a).

W odwołaniu do rozważań szkicujących skomplikowaną kulturowo i psychospołecznie sytuację chorych na kiłę, w latach 2007–2012 przeprowadzono kilkietapowe badania wśród (łącznie) 87 pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W przypadku wybranych zmiennych, badano porównawczo osoby zdrowe, dobrane parami pod względem płci i wieku. W badaniach wykorzystano zarówno testy psychologiczne, jak i autorską ankietę oraz pogłębiony wywiad psychologiczny. Przeprowadzone badania pozwoliły na zgromadzenie wielu interesujących danych na temat sytuacji życiowej pacjentów i sposobów radzenia sobie z nią oraz ich stosunku do choroby i do siebie (Rzepa, Żaba 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2011b; Rzepa i in. 2011a, 2012a, 2012b).

Ponadto, na podstawie badań przeprowadzonych w 2011 roku wśród 42 chorych na kiłę i 314 osób zdrowych ustalono, że cztery pierwsze miejsca na liście 35 najbardziej wstydlivych chorób zajęły te, które są przenoszone drogą płciową. Chodzi kolejno o wszawicę łonową, grzybicę pochwy i prącia, opryszczkę narządów płciowych i kiłę. Te ustalenia świadczą zarówno o łączeniu wskazanych chorób ze wstydem i z piętnem, jak i o potocznej wiedzy na ich temat (Crandall, Moriarty 1995; Lewis 1999; Leary 2000; Goffman 2005; Stangor, Crandall 2008; Rzepa i in. 2012a, 2012b). Zwłaszcza osoby chore na kiłę były zgodne w ocenach dotyczących wysokiego poziomu wstydlivłości swej choroby, co może oznaczać trafną orientację w zakresie jej stygmatyzowanej rangi i przewidywanych konsekwencji społeczno-kulturowych (Rzepa i in. 2013).

W niniejszym tekście skupiono się na prezentacji najczęściej stosowanych mechanizmów obrony przed społeczno-kulturowymi konsekwencjami piętna kiły, ustalonych na podstawie opisanych powyżej badań.

Strategie obrony przed napiętnowaniem i jego konsekwencjami

1. Stres i obrona przed stresem. Za najbardziej stresujące wydarzenie z ostatnich dwóch lat chorzy na kiłę uznali ciężką, własną chorobę i zaraz po niej – separację lub zerwanie z partnerem spowodowane nieoczekiwanym rozpoznaniem syfilisu. Podczas wywiadu kilka kobiet podało, że natychmiast rozstały się z partnerami, którzy wybrali stosowną rolę i zarazili je „z milczącą premedytacją”. Kilku mężczyzn zaś przyznało, że zostali gwałtownie porzuceni przez partnerki, gdy tylko usiłovali otwarcie poinformować je o chorobie i tym samym zachować się zgodnie z wymogami szczerzej roli (Goffman 2005). Oprócz tego, chorzy mężczyźni często wskazywali na zmianę pracy jak na wydarzenie wyjątkowo stresujące. Taka decyzja wynikała głównie z obawy przed odkryciem powodu ich hospitalizacji, często powtórnej lub kilkakrotnej. Symptomatyczne i zrozumiałe jest także wyróżnianie przez mężczyzn problemów seksualnych jako wydarzeń wyjątkowo stresujących od momentu zachorowania. Przede wszystkim chodziło o zahamowania związane z przełamywaniem oporu przed ujawnieniem prawdy i z brakiem umiejętności przekazania partnerce wstydliviej informacji o kile. Kobiety chore na kiłę wskazywały natomiast dodatkowo na kłótnie z partnerem oraz na jego poważną chorobę. Z podanych wyjaśnień wynikało, że kobiety otrzymywały od swych partnerów seksualnych spóźnione informacje o możliwości zarażenia ich kiłą. Zatem reagowały awanturami i kłótniami na negatywną wiadomość,

przekazaną szczerze dopiero po tym, gdy zaobserwowały objawy choroby u siebie i zapytały wprost o ich przyczynę.

Jeśli chodzi o radzenie sobie ze stresem doświadczanym z powodu zakaźnej choroby wenerycznej, to badani, którzy przeważnie wskazywali na bezpieczny styl przywiązania jako typowy dla siebie (Bowlby 2007; Kozińska 2007), tym samym powinni rozwiązywać stresujące sytuacje życiowe w zadaniowy, tj. najbardziej efektywny sposób. Wyniki testów wskazywały więc na to, że chorzy traktują stres jak swoiste wyzwanie. Zatem co do zasady, również własna choroba powinna być oceniana i rozwiązywana jak dowolna sytuacja problemowa. Tymczasem okazało się, że w obliczu kiły pacjenci starali się przede wszystkim uwolnić od negatywnych emocji, czyli wybierali sposób radzenia sobie ze stresem raczej nietypowy dla bezpiecznego stylu przywiązania (Crocker i in. 1993; Crandall, Moriarty 1995; Leary 2000; Lee, Craft 2002; Goffman 2005; Blascovich i in. 2008; Hebl i in. 2008; Miller, Major 2008; Rzepa, Żaba 2009b; Rzepa i in. 2012b).

Pacjenci stosowali zatem inną strategię niż deklarowana w teście, gdyż w sytuacji poważnej choroby modyfikowali wzorce zachowań typowe dla stylu przywiązania wskazanego jako dominujący. To skutkowało nawiązywaniem i utrzymywaniem nieprawidłowych i maskujących relacji, wyznaczonych głównie lękowym oczekiwaniem, zdystansowaniem i skłonnością do podporządkowania się. Chorzy na kiłę dlatego przeważnie wybierali stosowną autoprezentację (Goffman 2005; Taylor, Sherman 2007). W wynikach badań ten wybór przejawiał się w postaci zbioru zachowań, pozwalających na odgrywanie roli kogoś, kto racjonalnie reaguje na informację o stygmatyzowanej chorobie, przeważnie ją akceptuje oraz radzi sobie ze świadomością zachorowania, jak również nie zmienia z tego powodu stosunku do siebie. Zatem z reguły zachowuje się tak, jakby napiętnowana i uznawana za groźną choroba była osobiście oceniana o wiele łagodniej niż przez ogół społeczeństwa (Lee, Craft 2002; Taylor, Sherman 2007; Rzepa i in. 2012a).

Ten maskujący mechanizm „błędnego koła”, który blokuje wchodzenie w szczerą rolę nawet wobec partnera seksualnego, może prowadzić do groźnego rozprzestrzeniania się choroby. Warto jednak dopowiedzieć, że tego typu wybory były zdecydowanie częściej dokonywane przez mężczyzn. Kobiety, które o wiele bardziej dotkliwie przeżywały trudną sytuację życiową wyznaczoną przez zachorowanie na kiłę, gorzej niż mężczyźni radziły sobie zarówno ze stresem doznawanym z tej przyczyny, jak i ze zmaganiem się z chorobą. W nowej, często nieoczekiwanej i bardzo negatywnie ocenianej sytuacji, pacjentki były przeważnie załknione, pełne napięcia i niepokoju, zagubione i bierne. Ponieważ częściej były ofiarami niż sprawcami zarażenia kiłą, więc zazwyczaj wchodziły w szczerą rolę oraz same wskazywały na zmianę dotychczasowego (bezpiecznego) stylu przywiązania na lękowy lub ucieczkowy. Częściej też były świadome niekorzystnych modyfikacji w zakresie wzorów zachowań społecznych, typowych dla nich przed zachorowaniem (Rzepa i in. 2011b).

Niejako w zgodzie z deklarowaną strategią radzenia sobie ze stresem pozostawały (deklarowane w innym teście) wskazania na dominujący styl radzenia sobie z piętnem syfilisu, tj. przystosowania psychicznego do choroby (Juczyński 2001; Goffman 2005; Kozińska 2007; Rzepa, Żaba 2009a; Rzepa i in. 2011a, 2012b). W swych deklaracjach testowych badani preferowali bowiem styl aktywny, związany z uruchamianiem „ducha walki” i ostrzeganiem choroby jak wyzwania, które skłania do ciągłej mobilizacji i konsekwentnego zmagania się z nią. Taki styl przeważał jednak wśród mężczyzn i to przeważnie jako maskujący prawdziwe doznania i przeżycia, ujawniane z reguły w bezpośredniej rozmowie na temat emocji i uczuć doświadczanych w związku z zachorowaniem na kiłę. Wśród kobiet natomiast – spójnie z lękowym i ucieczkowym stylem przywiązania – dominował lękowy

styl przystosowania psychicznego do choroby, świadczący o niepokoju i obawach doświadczanych z powodu zarażenia kiłą. Pacjentki oceniały to zdarzenie jako silnie zagrożające, wzmagające wewnętrzne napięcie oraz wymykające się spod osobistej kontroli i stanowiące źródło nieustannego niepokoju i chaosu myśli. Takie stany były szczególnie wyraziste u zarażonych kobiet ciężarnych, wprost zamartwiających się o zdrowie dzieci, które niebawem miały przyjść na świat.

2. Radzenie sobie z negatywnymi emocjami i uczuciami. Zwłaszcza w bezpośrednich rozmowach, ale i w odpowiedziach na pytania ankietowe, chorzy na kiłę przyznawali, że w związku ze swoją chorobą doświadczają przede wszystkim wstydu, poczucia winy, niepokoju i zakłopotania. Z psychologicznie, społecznie i kulturowo rozumiałych względów, wstyd, poczucie winy i zakłopotanie pacjenci łączyli z powszechnym napiętnowaniem kiły. Zdawali sobie sprawę z tego, że stygmatyzacja dotyczy zarówno sposobu zarażenia się i groźby dalszego zarażenia, jak i samego umiejscowienia choroby oraz jej objawów zewnętrznych. Doświadczany niepokój odnosili natomiast głównie do możliwości nawrotu kiły z powodu zbyt późnego lub niewłaściwego leczenia bądź groźby ponownego zarażenia się (Chodyncka i in. 2006; Burgdorf i in. 2010; Rzepa i in. 2012). Takie obawy pojawiały się najczęściej dopiero podczas hospitalizacji, kiedy pacjenci uzyskiwali rzetelne informacje o przebiegu kiły, jej stadiach i następstwach groźnych dla całego organizmu. Uzyskana wiedza medyczna pozwalała im zrozumieć istotę choroby i jej leczenia, pomagając w minimalizowaniu czasami katastroficznych wyobrażeń i silnie negatywnych przeżyć.

Warto także zaznaczyć, że podczas badań niejednokrotnie przekonywano się, iż wiedza naszego społeczeństwa na temat chorób wenerycznych jest powierzchowna, kwitowana zakłopotaniem i wstydliwymi uśmieszkami. Dzieje się tak nie tylko ze względu na odwieczne tabu nakładane na większość spraw związanych z seksem, lecz również dlatego, że i władze państwowe, i media od lat zajmują wobec tej kwestii dość lekceważące i zakłamanie stanowisko. W czasopiśmie rzadko pojawiają się rzetelne i odpowiedzialnie przygotowane teksty, a w internecie roi się od wypowiedzi bagatelizujących problem (Leoński 2011). Najczęściej lansuje się fałszywą postawę, że tak naprawdę groźny jest wirus HIV oraz AIDS, natomiast inne choroby przenoszone drogą płciową nie są niczym strasznym, gdyż ich leczenie jest łatwe i skuteczne.

Co kulturowo symptomatyczne i zrozumiałe w kontekście grożącej stygmatyzacji oraz jej negatywnych konsekwencji, oprócz niepokojów związanych z nawrotem kiły chorzy obawiali się plotek (Crandall, Moriarty 1995; Lee, Craft 2002; Goffman 2005; Liu i in. 2002; Leiber i in. 2006; Hebl i in. 2008; Cunningham i in. 2009; Rzepa, Żaba 2010a, 2010b; Rzepa i in. 2012a). Przewidywanie plotek i w ich następstwie różnych form ostracyzmu społecznego, a przede wszystkim utraty zatrudnienia, stanowiło dodatkowy hamulec przed ujawnianiem informacji o wstydlivej chorobie (Fortenberry i in. 2002; Lambert i in. 2006; Thiruvalluvan i in. 2008).

Ponadto, dzięki pozyskaniu medycznej wiedzy na temat przewlekłego i nawracającego charakteru choroby oraz wizji utraty pracy w następstwie częstych hospitalizacji bądź w rezultacie plotek i napiętnowania, chorzy sygnalizowali doświadczanie obawy i silnego niepokoju, że mogą się stać dotkliwym ciężarem dla osób bliskich. W tym kontekście chodziło im również o pozostałe, aczkolwiek bardzo istotne, ograniczenia związane z kiłą i jej leczeniem (Lee, Craft 2002; Lichtenstein i in. 2008; Rzepa i in. 2012a). W szczególności dotyczyły one współżycia seksualnego, posiadania dzieci oraz relacji uczuciowych z partnerem, a tym samym – trwałości rodziny i związku małżeńskiego lub partnerskiego.

W kontekście doświadczania przeważnie adekwatnych uczuć i emocji związanych z zachorowaniem na kiłę i jej leczeniem, zastanawia to, że około jednej ósmej badanych

pacjentów oświadczyło, iż nie obawia się niczego. Byli to wyłącznie mężczyźni. Głównie na podstawie bezpośrednich rozmów stwierdzono, że powody tego oświadczenia były różne. Po pierwsze, w przypadku kilku mężczyzn taka postawa była kolejnym przejawem uruchomienia mechanizmu zaprzeczania i formowania reakcji przeciwnej, maskującej negatywne stany psychiczne (Leary 2000) lub też innych mechanizmów obronnych, głównie dysocjacji i racjonalizacji (Freud 2004). Taką interpretację uprawdopodobniło zaliczenie (przez tych pacjentów) kiły do najbardziej wstydlivych chorób, aktywizujących mechanizmy obronne chroniące przed wewnętrznymi konfliktami, koniecznością przepracowania własnego wizerunku i spadkiem poczucia własnej wartości, a dzięki temu przed napiętnowaniem i ostracyzmem (Cunningham i in. 2002; Leiber i in. 2006; Lichtenstein i in. 2008; Rzepa i in. 2012a, 2012b). Po drugie, deklarowany przez niektórych mężczyzn brak obaw świadczył o uruchomieniu właściwej, aktywnej i zadaniowej strategii radzenia sobie z problemami związanymi z zakaźną chorobą. Badani chorzy przebywali w szpitalu, więc przewyciężyli pierwotnie doznany wstyd i zakłopotanie, po czym wybrali szczerą rolę, znaleźli zrozumienie i wsparcie ze strony bliskich oraz zostali trafnie zdiagnozowani i włączyli w efektywny proces leczenia. Na tej podstawie mogli uznać, że już sprawują pełną (bez obaw) kontrolę nad sytuacją życiową, skomplikowaną przez chorobę i hospitalizację (Carver i in. 1989; Heszen, Sęk 2007; Taylor, Sherman 2007; Miller, Major 2008; Rzepa i in. 2012a, 2012b). Po trzecie, pozbawione obaw stanowisko zajmowane przez niektórych mężczyzn chorych na kiłę należy potraktować jak poważne ostrzeżenie. Ich butne deklaracje łączyły się bowiem z wyraźną tendencją do bagatelizowania choroby i łatwego wchodzenia w stosowną rolę społeczną (Goffman 2005), czego następstwa są niezmiennie i społecznie zagrażające (Crocker i in. 1993; Leiber i in. 2006; Blascovich i in. 2008; Hebl i in. 2008; Rzepa, Żaba 2009a, 2009b; Rzepa i in. 2012a). To ostrzeżenie potwierdziły dane na temat stosunku opisywanych pacjentów do choroby i samych siebie. Stwierdzili bowiem, że dobrze sobie radzą ze świadomością zachorowania na kiłę oraz że akceptują tę chorobę. Stwierdzili również, że ich stosunek do siebie się nie zmienił, mimo kiły. Wypowiedzi tego typu można interpretować jako dowód na lekceważenie trudnej sytuacji życiowej (Lee, Craft 2002; Liu i in. 2002; Rzepa i in. 2012a). Chociaż zasygnalizowana interpretacja dotyczy nielicznej grupy mężczyzn chorych na kiłę, to jednak wymaga szczególnej uwagi i dodatkowych, pogłębionych badań.

3. Obrona przed negatywnymi przekonaniami o sobie. Jak wspomniano, piętno kiły skłania do redefinicji własnego wizerunku i poradzenia sobie z negatywnymi przekonaniami na swój temat. Porównanie obrazu siebie sprzed zachorowania, w którym wyraźnie przeważały cechy pozytywne, do obrazu siebie jako osoby chorej, ujawniło pewne prawidłowości. Otóż nowy wizerunek okazał się mniej korzystny, już bez wyraźnej przewagi pozytywnych określeń, przy czym ten kierunek zmian był bardziej charakterystyczny dla kobiet niż dla mężczyzn. W przypadku chorych kobiet liczby pozytywnych i negatywnych samoopisów były do siebie bardzo zbliżone, co dowodzi zaniżenia samooceny i spadku poczucia własnej wartości. Okazało się również, że chorzy (niezależnie od płci) podawali wyrażenia świadczące o odwoływaniu się do mechanizmu autoprezentacji negatywnej i samooskarżania się (np.: łatwowierna/y, naiwna/y, zagubiona/y, głupi/a, ciągle myśląca/y o chorobie, zdołowana/y psychicznie), jak również – o skłonności do usprawiedliwiania się z zastosowaniem atrybucji dyspozycyjnej i sytuacyjnej (np.: ryzykant/ka, flirciarz, cyniczna/y, szukająca/y rozładowania, desperat/ka, nieodpowiedzialna/y, skrzywdzona/y, oszukana/y, wykorzystana/y). Te mechanizmy pozwalają z kolei na wypracowanie i utrwalenie fałszywych przekonań albo o działaniu pod presją, wykorzystaniu i skrzywdzeniu przez innych, albo o konieczności rozgrzeszenia siebie za niewłaściwe postępowanie z powodu nega-

tywnych cech, z którymi „nic nie da się zrobić”. Racjonalizującą moc przypisano m.in. ławowierności, głupocie, bezmyślności, skłonności do podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych i nieumiejętności przewidywania konsekwencji swych czynów (Rzepa, Żaba 2009a, 2009b; Rzepa i in. 2011a).

4. Radzenie sobie w otoczeniu społecznym. Ze względu na doznawany stres, negatywne uczucia i emocje oraz zaburzenia w zakresie własnego wizerunku, jak również z uwagi na konieczność uruchamiania licznych mechanizmów obronnych, większość osób chorych na kiłę doświadczało zagubienia w świecie społecznym. Głównym przejawem tego procesu było mniej lub bardziej przemyślane wycofywanie się z relacji interpersonalnych. Zwłaszcza kobiety szybko zawężyły grono bliskich znajomych, a krąg towarzyski pacjentów – niezależnie od płci – okazał się znacznie bardziej ograniczony w porównaniu do liczby osób bliskich, na związki z którymi wskazali zdrowi ludzie. Wycofujące się zachowania chorych wydają się zrozumiałe w kontekście przewidywanych obaw dotyczących plotek oraz ich negatywnych konsekwencji.

Podobnie rozumiałe jest to, że pacjenci pozostający w trudnej sytuacji życiowej znacznie gorzej niż osoby zdrowe ocenili jakość swych relacji z innymi. Niższe oceny dotyczyły zarówno relacji z żoną/mężem (partnerką/partnerem), jak i z członkami najbliższej rodziny. Zaś najniżej – prawdopodobnie ze względu na przewidywane i niekorzystne skutki plotek – chorzy ocenili swe związki z bliskimi znajomymi (Rzepa i in. 2012a).

Równie oczekiwane było ustalenie, że – niezależnie od płci – chorzy na kiłę niżej od osób zdrowych ocenili swą pozycję w znaczących grupach społecznych. Najniższą pozycję przypisali sobie wśród bliskich znajomych i pod tym względem najbardziej różnili się od ludzi zdrowych. Mniej korzystna okazała się również pozycja chorych w rodzinie. Jedynie podobnie do osób zdrowych pacjenci ocenili swoją pozycję w środowisku zawodowym. To ustalenie można wyjaśnić biorąc pod uwagę różne działania zapobiegawcze podejmowane z umotywowanego lęku przed utratą pracy. Chorzy dlatego tak bardzo obawiali się plotek i woleli ograniczyć kontakty ze znajomymi, utrzymać fakt zachorowania w tajemnicy i podjąć wobec innych maskujące działania, np. brać urlop na czas pobytu w szpitalu i kłamać na temat zagranicznego wyjazdu. Tak postępującym pacjentom chodziło o to, aby w miejscu pracy nie dowiedziano się ani o chorobie, ani o hospitalizacji. Było to ważne tym bardziej, że jedna szóstą osób spośród przewlekłe chorych na kiłę już straciła pracę (Rzepa i in. 2012a).

Oceniany przeważnie jako niższy status chorych na kiłę i obronne starania wokół akceptacji własnego położenia dowodzą, że chorzy spostrzegają świat społeczny jako zagrażający (Rzepa, Żaba 2010a). Spoglądają bowiem na innych ludzi przez pryzmat społeczno-kulturowego piętna choroby wenerycznej, niekorzystnie zmienionego wizerunku, negatywnych nastrojów, niepokojów i obaw, zaniżonej samooceny i poczucia własnej wartości, dokuczliwej konieczności uruchamiania mechanizmów obronnych i dokonywania stresujących wyborów między odgrywaniem szczerą bądź stosowną rolę. Nieustannie miotają się między groźbą uzasadnionego kulturowo ostracyzmu oraz odpowiedzialnością za zarażenie drugiego człowieka i poważne zaburzenie jego drogi życiowej.

Ta konstatacja dotyczy niemal wszystkich badanych kobiet i przeważającej grupy badanych mężczyzn. Jednakże byli wśród nich i tacy, którzy ocenili własny status społeczny w rodzinie i wśród znajomych jako wysoki i którzy w trakcie hospitalizacji kontaktowali się z szerokim gronem osób. Takie wyniki uzyskali głównie pacjenci sygnalizujący brak obaw z powodu choroby. Zastanawiające jest to, że właśnie oni zachorowali na kiłę niedawno, co daje podstawę do przypuszczenia o funkcjonowaniu na etapie wypracowywania strategii radzenia sobie z całym bagażem obciążeń związanych ze zmienioną sytuacją życiową oraz

o pierwotności obronnego mechanizmu zaprzeczania (Cunningham i in. 2002; Leiber i in. 2006; Lichtenstein i in. 2008; Rzepa i in. 2012a).

Wnioski

Kulturowe wzorce wyznaczające negatywne zachowania wobec osób napiętnowanych chorobami wenerycznymi są od wieków niezmiennie i obecne w większości społeczeństw. Ich bezpośrednim celem była i jest ochrona zdrowia jednostek i grup społecznych, a pośrednim – dbałość o przyszłe pokolenia. Powszechna wiedza o istnieniu i uruchamianiu negatywnych wzorców behawioralnych w wypadku możliwości zarażenia i niebezpiecznego rozprzestrzeniania się tego typu chorób, stanowi silny hamulec podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych, zwłaszcza z wieloma, często zmienianymi i przypadkowymi partnerami. Niestety, jednocześnie ta sama wiedza jest źródłem oporu przed ujawnieniem prawdy przez osobę zarażoną, gdyż doświadczany przez nią wstyd, poczucie winy, zakłopotanie i niepokój opóźniają decyzję o podzieleniu się swymi podejrzeniami z lekarzem, a tym samym odwołują moment podjęcia leczenia. Lekceważąc lub zaprzeczając objawom, usprawiedliwiając swe postępowanie i maskując prawdę o własnym stanie zdrowia, chorzy stosują ujawnione empirycznie mechanizmy obronne: bagatelizowania powagi zaistniałej sytuacji życiowej, formowania reakcji przeciwnej, dysocjacji i racjonalizacji. W celu poprawy pogarszającego się obrazu samych siebie wykorzystują metodę autoprezentacji negatywnej (samooskarżania), wywołującą u innych współczucie i litość. Odwołują się zarówno do atrybucji dyspozycyjnych, jak i sytuacyjnych, wykazując gotowość do konstruowania karkołomnych uzasadnień swych ryzykownych bądź kłamliwych zachowań w sytuacjach intymnych. Tym samym częściej są skłonni wchodzić w stosowną aniżeli w szczerą rolę nawet wobec partnera seksualnego. Radzenie sobie z negatywnymi emocjami spowodowanymi faktem zachorowania, pozostawanie w stanie stresującej gotowości do odparcia podejrzeń, konieczność decydowania o tym, komu i jak oraz dlaczego warto ujawnić prawdę o własnej chorobie, obawy o status społeczny i zawodowy, stwarzają wyjątkowo trudną sytuację życiową. Oto osoba zarażona stwierdza, że nabyta przez nią wiedza o możliwych następstwach medycznych i społeczno-kulturowych niemal już zapomnianej kiły odnosi się właśnie do niej. Aby radzić sobie z niełatwym obciążeniem psychicznym trzeba sięgnąć nie tylko do zasobów osobistych, lecz także zdobyć ogrom mądrego zrozumienia i wsparcia ze strony najbliższej rodziny. A to – jak niejednokrotnie przekonano się w trakcie przeprowadzonych badań – często jest bardzo trudne, a czasami wręcz niemożliwe nawet w najbardziej zażyłych relacjach uczuciowych.

LITERATURA

- Arasiewicz H., Kowalska M. 2012, *Regionalne zróżnicowanie zapadalności na kiłę*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93 (1), s. 62–66.
- Bensing J.M., Verhaak P.F.M. 2004, *Communication in medical encounters*, w: *Health Psychology*, red. A. Kaptajn, J. Weinman, BBS Blackwell, Oxford, s. 267–287.
- Blascovich J., Mendes W.B., Hunter S.B., Lickel B. 2008, *Piętno, zagrożenie a interakcje społeczne*, w: *Społeczna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 281–305.
- Bloom J.R., Kessler L. 1994, *Emotional support following cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses*, „Journal of Health and Social Behaviour”, nr 35, s. 118–133.

- Bowlby J. 2007, *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M. 2010, *Choroby przenoszone drogą płciową. Kiła*, w: *Braun-Falco Dermatologia. T. 1*, red. W. Glišński, Wydawnictwo Czelej, Lublin, s. 263–282.
- Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. 1989, *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*, „Journal of Personality and Social Psychology”, nr 56, s. 267–283.
- Celum C.L. 2010, *Sexually transmitted infections and HIV: epidemiology and interventions*, „Topics in HIV Medicine”, nr 18 (4), s. 138–142.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Congenital syphilis – United States, 2003–2008*, 2010, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, nr 59 (14), s. 413–417.
- Chodyncka B., Serwin B.A., Klepacki J. 2006, *Kiła*, w: *Choroby przenoszone drogą płciową*, red. T.F. Mroczkowski, Wydawnictwo Czelej, Lublin, s. 245–326.
- Crandall C.S., Moriarty D. 1995, *Physical illness stigma and social rejection*, „British Journal of Social Psychology”, nr 34, s. 67–83.
- Crocker J., Cornwell B., Major B. 1993, *The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity*, „Journal of Personality and Social Psychology”, nr 64, s. 60–80.
- Cunningham S.D., Tschann J., Gurvey J.E., Fortenberry J.D., Ellen J.M. 2002, *Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame*, „Sexually Transmitted Infections”, nr 78, s. 334–338.
- Cunningham S.D., Kerrigan D.L., Jennings J.M., Ellen J.M. 2009, *Relationships between perceived STD-related stigma, STD-related shame and STD screening among a household sample of adolescents*, „Perspectives on Sexual and Reproductive Health”, nr 41 (4), s. 225–230.
- Dickerson S.S., Gruenewald T.L., Kemeny M.E. 2004, *When the social self is threatened: Shame, physiology, and health*, „Journal of Personality”, nr 72, s. 1192–1216.
- Eubanks C., Lafferty W.E., Kimball A.M., MacCornack R., Kassler W.J. 1999, *Privatization of STD services in Tacoma, Washington: a quality review*, „Sexually Transmitted Diseases”, nr 26 (9), s. 537–542.
- Fenton K.A., Breban R., Vardavas R., Okano J.T., Martin T., Aral S., Blower S. 2008, *Infectious syphilis in high income settings in the 21st century*, „Lancet Infectious Diseases”, nr 8 (4), s. 244–253.
- Fortenberry J.D., McFarlane M., Bleakley A., Bull S., Fishbein M., Grimley D.M., Malotte C.K., Stoner B.P. 2002, *Relationships of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening*, „American Journal of Public Health”, nr 92 (3), s. 378–381.
- Freud A. 2004, *Ego i mechanizmy obronne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Goffman E. 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Goh B.T. 2005, *Syphilis in adults*, „Sexually Transmitted Infection”, nr 81 (6), s. 448–452.
- Hebl M.R., Tickle J., Heatherton T.F. 2008, *Kłopotliwe momenty w interakcjach między jednostkami niestygmatyzowanymi i stygmatyzowanymi*, w: *Spoleczna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 253–280.
- Heszen I., Sęk H. 2007, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Jakubowicz O. 2009, *Kiła – realne zagrożenie. Część pierwsza*, „Nowiny Lekarskie”, nr 78 (5–6), s. 335–338.
- Juczyński Z. 2001, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Karp G., Schlaeffer F., Jotkowitz A., Riesenberg K. 2009, *Syphilis and HIV co-infection*, „European Journal of Internal Medicine”, nr 20 (1), s. 9–13.
- Kozińska B. 2007, *Typ przywiązania a wielowymiarowa ocena stanu podmiotowego kobiet z chorobą nowotworową piersi*, niepublikowana rozprawa doktorska, Gdańsk.
- Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T.M. 2005, *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Lambert N.L., Imrie J., Fisher M.J., Phillips A., Watson R., Dean G. 2006, *Making sense of syphilis: beliefs, behaviours and disclosure among gay men recently diagnosed with infectious syphilis and the implications for prevention*, „Sexual Health”, nr 3 (3), s. 155–161.
- Leary M. 2000, *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Lee J.D., Craft E.A. 2002, *Protecting one's self from a stigmatized disease... Once one has it*, „Deviant Behavior”, nr 23 (3), s. 267–299.
- Leoński T. 2011, *Wizerunek „prawdziwych” kobiet i mężczyzn, czyli Marquard Media atakuje, w: Wokół problemu płci i gender*, red. T. Rzepa, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 141–148.
- Leiber E., Li L., Wu Z., Rotheram-Borus M.J., Guan J. 2006, *HIV/STD stigmatization fears as health-seeking barriers in China*, „AIDS and Behavior”, nr 10 (5), s. 463–471.
- Lewis M. 1999, *Shame and stigma*, w: *Shame: interpersonal behavior, psychopathology, and culture*, red. P. Gilbert, B. Andrews, Oxford University Press, New York, s. 126–140.
- Lichtenstein B., Neal T.M., Brodsky S.L. 2008, *The stigma of sexually transmitted infections: Knowledge, attitudes, and an educationally-based intervention*, „Health Education Monograph Series”, nr 25 (2), s. 28–33.
- Liu H., Detels R., Li X. 2002, *Stigma, delayed treatment, and spousal notification among male patients with sexually transmitted diseases in China*, „Sexually Transmitted Diseases. Journal ASTDA”, nr 29, s. 335–343.
- Majewski S., Rudnicka I. 2010, *Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2008 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 64 (2), s. 281–285.
- Majewski S., Rudnicka I. 2011, *Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2009 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 65 (2), s. 307–311.
- Mertens T.E., Smith G.D., Kantharaj K., Murgditchian D., Radhakrishnan K.M. 1998, *Observations of sexually transmitted disease consultations in India*, „Public Health”, nr 112 (2), s. 123–128.
- Mikołajczyk K., Żaba R. 2011, *Kiła*. w: *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, red. T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba, Cornetis, Wrocław, s. 272–279.
- Miller C.T., Major B. 2008, *Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem*, w: *Społeczna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 225–250.
- Reynolds S.J., Risbud A.R., Shepherd M.E., Rompalo A.M., Ghate M.V., Godbole S.V., Joshi S.N., Divekar A.D., Gangakhedkar R.R., Bollinger R.C., Mehendale S.M. 2006, *High rates of*

- syphilis among STI patients are contributing to the spread of HIV-1 in India*, „Sexually Transmitted Infection”, nr 82 (2), s. 121–126.
- Rusch M., Shoveller J., Burgess S., Stancer K., Patrick D., Tyndall M. 2008, *Association of sexually transmitted disease – related stigma with sexual health care among women attending a community clinic program*, „Sexually Transmitted Diseases”, nr 35 (6), s. 553–557.
- Rzepa T., Żaba R. 2009a, *Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 18 (2), s. 143–148.
- Rzepa T., Żaba R. 2009b, *„Wielka piętnka” a doświadczenie choroby przenoszonej drogą płciową*, w: *Psychologiczne i środowiskowe konteksty zachowań człowieka*, red. T. Rzepa, Print Group, Szczecin, s. 137–145.
- Rzepa T., Żaba R. 2010a, *Wizerunek siebie a spostrzeganie świata społecznego u chorych na kiłę (doniesienie z badań)*, w: *Kultury, subkultury i światy społeczne w badaniach jakościowych*, red. J. Leoński, M. Fiternicka-Gorzko, Wydawnictwo Volumina, Szczecin, s. 289–300.
- Rzepa T., Żaba R. 2010b, *Piętno choroby przenoszonej drogą płciową a funkcjonowanie społeczne*, „Studia Sociologica”, nr 20, s. 141–152.
- Rzepa T., Stanišić M.G. 2011, *Niektóre determinanty przekazywania nieoczekiwanej informacji o chorobie zagrażającej życiu*, „Czasopismo Psychologiczne”, t. 17, nr 2, s. 199–206.
- Rzepa T., Żaba R., Silny W. 2011a, *Management of the stressful stigma attached to sexually transmitted disease (preliminary report)*, „Ginekologia Polska”, nr 82, s. 675–679.
- Rzepa T., Żaba R. 2011b, *Psychologiczne konsekwencje piętna kily - badania wstępne*, w: *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, red. T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba, Cornetis, Wrocław, s. 105–110.
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Szramka-Pawlak B. 2012a, *Kiła i jej konsekwencje jako zapomniany problem zdrowia publicznego*, „Polityka Społeczna”, R. XXXIX (456), nr 3, s. 19–23.
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Szramka-Pawlak B. 2012b, *Styl przywiązania a radzenie sobie ze stresem u chorych na kiłę*, „Wiadomości Psychiatryczne”, nr 15 (1), s. 11–16.
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Skopińska S. (2013), *Wstydliva choroba a orientacja seksualna (badania wstępne)*, „Miscellanea. Anthropologica et Sociologica”, 14 (2), s. 69–80.
- Stangor C., Crandall C.S. 2008, *Zagrożenie i społeczna konstrukcja piętna*, w: *Społeczna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 74–94.
- Taylor S.E., Sherman D.K. 2007, *Psychologia pozytywna i psychologia zdrowia: owocny związek*, w: *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 194–210.
- Thiruvalluvan E., Shenbagavalli R., Mohana M. 2008, *Influence of stigma and shame in HIV screening among women in prostitution*, „Saarc Journal Tuberculosis, Lung Diseases and HIV/AIDS”, nr V(II), s. 15–21.
- Voeten H.A., Otido J.M., O'Hara H.B., Kuperus A.G., Borsboom G.J., Ndinya-Achola J.O., Bwayo J.J., Habbema J.D. 2001, *Quality of sexually transmitted disease case management in Nairobi, Kenya: a comparison among different types of healthcare facilities*, „Sexually Transmitted Diseases”, nr 28 (11), s. 633–642.
- Wojtyński B., Goryński P. 2008, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, w: *Zachorowania na choroby zakaźne*, red. M. Czarkowski, A. Zieliński, M. Rosińska, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, s. 151–154.

DEFENSE MECHANISMS AGAINST THE SOCIO-CULTURAL CONSEQUENCES OF STIGMA (FOR EXAMPLE, PATIENTS WITH SYPHILIS)

KEYWORDS SYPHILIS, STRESS, EMOTIONS, COPING WITH STRESS STRATEGIES

SUMMARY The epidemiological rates of syphilis have increased in the past decade, warranting renewed attention to the diagnosis, treatment and psychological aspects of this disease. The purpose of the study was to determine the differences in stress level and stress coping strategies between patients infected with syphilis and healthy controls.

The study was conducted among 87 patients with syphilis hospitalized at the Department of Dermatology, University of Medical Sciences in 2007-2012. The group of patients were compared to the population of healthy people properly matched for age and sex. The diagnosis was made based upon the clinical features and positive syphilis serology tests. The study used both psychological tests, as well as a questionnaire developed by the author and in-depth psychological interview. The study helped to gather a lot of interesting data on the lives of patients, how they cope with the situation of being infected and their relationship to the disease and to each other. It turned out that the first four places in the list of 35 most embarrassing diseases were taken by those that are sexually transmitted. Research on the strategy of defense against the stigma and its consequences include the following areas: stress and defense against stress, dealing with negative emotions and feelings, dealing with the social environment, defense against the negative self-convictions. Patients with syphilis primarily sought to free themselves from negative emotions, i.e., chose a way to deal with stress which is rather unusual for a secure attachment style.