



Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową

Coping with the stressful stigma of sexually transferred disease

TERESA RZEPA¹, RYSZARD ŻABA²

1. Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego
2. Pracownia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową Katedry i Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Cel. (1) sprawdzenie różnic w zakresie poziomu stresu oraz strategii radzenia sobie z nim między chorymi na kiłę i osobami zdrowymi; (2) ustalenie stylu radzenia sobie z piętnem choroby przenoszonej drogą płciową.

Metoda. W badaniu uczestniczyło 21 chorych na kiłę (14 mężczyzn i 7 kobiet) oraz 21 osób zdrowych, dobranych parami ze względu na kryterium płci i wieku. Wykorzystano kwestionariusz oceny readaptacji społecznej (SRRS) z dodatkowymi zadaniami oraz (dla pacjentów) skalę przystosowania psychicznego do choroby (Mini-MAC) w adaptacji polskiej.

Wyniki. Chorzy na kiłę doznali dotkliwszych wydarzeń stresujących niż ludzie zdrowi. Wydarzenia te są powiązane z piętnem kiły. Niemal wszyscy zdrowi radzą sobie ze stresem za pomocą aktywnej strategii zadaniowej, zaś chorzy (zwłaszcza kobiety) stosują strategię ucieczkową i „na przeczekanie”. W przypadku chorych na kiłę mężczyźni przeważa aktywny styl radzenia sobie z piętnem, zaś w przypadku kobiet – styl lękowy.

Wnioski. Piętno kiły jest przyczyną wysokiego poziomu stresu u chorych mężczyzn i kobiet. Świadomość napiętnowania i dotkliwych konsekwencji społecznych jest znaczącym hamulcem przed ujawnieniem prawdy o chorobie i może prowadzić do jej rozprzestrzeniania się.

SUMMARY

Objectives. (1) To compare syphilis patients with healthy controls for the level of experienced stress and coping strategies; (2) to investigate their ways of coping with the stigma of sexually transferred disease (STD).

Method. Participants in the study were 21 patients with syphilis (14 male and 7 female) and 21 healthy controls pair-matched for sex and age. All subjects were examined using the Social Readjustment Rating Scale (SRRS, with additional items), and the patients additionally with the Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale in the Polish adaptation.

Results. The syphilis patients as compared to healthy controls had experienced more severe stressful events, mostly associated with the stigma of syphilis. Almost all the healthy controls utilized active, task-oriented coping strategies, while the patients (particularly female) used avoidant coping and a wait-and-see strategy. Male patients with syphilis tended to utilize predominantly active ways of coping with the stigma, while females represented anxious coping.

Conclusions. The stigma of syphilis results in a high level of stress in STD patients, irrespective of gender. Their awareness of being stigmatized and exposed to noxious social consequences to a significant degree prevents them from disclosing the truth about their condition, which may lead to their spreading the disease.

Słowa kluczowe: kiła / piętno / strategia radzenia sobie ze stresem / styl radzenia sobie z chorobą

Key words: syphilis / strategies of coping with stress / style of coping with illness

Truizmem jest już dziś twierdzenie, iż choroba i jej następstwa stanowią źródło stresu psychologicznego [1, 2, 3]. A co dopiero, gdy choroba ma charakter jednoznacznie negatywnie piętnujący, jak ma to miejsce w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową [4, 5]. Niestety, w literaturze brakuje opracowań na ten temat. Z perspektywy psychospołecznej, za adekwatną i trafnie wyjaśniającą zachowania i odczucia pacjentów „naznaczonych” właśnie takimi chorobami należy uznać teorię piętna, zaproponowaną przez Ervinga Goffmana [5]. Zgodnie z nią, piętno – to: (1) dotkliwie dyskredytujący daną osobę (lub grupę społeczną) atrybut (np. wyjątkowa brzydota, kalectwo, otyłość, zaniedbanie, negatywne cechy narodowe: arogancja, poddańczość, kłótniwość itp.); (2) szczególny rodzaj relacji między piętnu-

jącym atrybutem a uznanym stereotypem (np. jasny kolor włosów ze względu na rozpowszechniony stereotyp „Każda blondynka jest głupia”; czy – wyraźne cechy antropologiczne świadczące o przynależności do danej rasy z uwagi na stereotypy narodowe: „Cygan jest kłamcą i złodziejem”, „Arab to nawet swoją matkę by sprzedał”).

Warto wyjaśnić, że nawet w takich przypadkach, kiedy piętno i świadomość jego posiadania, a tym samym – częstotliwość doświadczania niechęci, odrzucenia czy wykluczenia społecznego, wiążą się z widocznymi „na pierwszy rzut oka” oznakami, zdyskredytowanie nosiciela piętna zależy w znacznym stopniu od poziomu wiedzy i kultury obserwatorów. Ponadto, nasilenie i jakość zachowań dyskredytujących zależą także od akceptacji i ekspozycji piętna przez

samego nosiciela oraz od jego postawy wobec posiadanego piętna. Jednakże w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową, wymienione czynniki łagodzące negatywną siłę piętna odgrywają raczej niewielką rolę.

W ostatnich latach obserwuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, między innymi – kiłę. Przyjmuje się, że ma to związek z migracją ludności i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, bowiem do zakażenia dochodzi najczęściej (w około 95%) poprzez kontakty seksualne. Kiła (*sypilis, lues*) jest przewlekłą chorobą zakaźną, wywołowaną przez krętka bladego (*Treponema pallidum* albo *Spirochaeta pallidum*). Przebieg choroby cechuje się zmiennym nasileniem różnych zmian klinicznych o bogatej symptomatologii, przeplatanych okresami bezobjawowymi. Choroba ta towarzyszy człowiekowi od bardzo dawna. Pierwsze wzmianki sięgają początków XVI wieku, kiedy to została przywleczona do Europy przez marynarzy powracających z dalekich wypraw. Dane epidemiologiczne wskazują, że liczba zachorowań w ostatnich dziesięcioleciach XX wieku spadła. Jednak już w 2006 roku zgłoszono w Polsce 936 zachorowań na wszystkie postacie kiły, o 127 przypadków więcej w porównaniu z rokiem 2005. Zwiększył się wskaźnik zapadalności na kiłę utajoną wczesną. Nadal rodzą się dzieci z kiłą wrodzoną. Kiłę w czasie ciąży lub porodu stwierdzono (w 2006 roku) u 83 kobiet, w 2005 roku – u 70. Kiła u ciężarnej kobiety może być przyczyną poronienia, a u noworodka – wielu uszkodzeń narządów wewnętrznych, w tym układu nerwowego [6].

CEL BADANIA

W przypadku większości chorób o charakterze piętnującym – w tym głównie przenoszonych drogą płciową („wenerycznych”, zgodnie z wielowiekowym nazewnictwem trafnie wskazującym na ich źródło) – mamy do czynienia z nader skomplikowaną sytuacją psychospołeczną. Bowiem piętno choroby wenerycznej jest najczęściej niewidoczne dla postronnego obserwatora lub trudno rozpoznawalne, zatem – nieznanne. Tymczasem nosiciel piętna z reguły dobrze wie o tym, że je posiada i że przede wszystkim od niego zależy decyzja o ujawnieniu lub zatajeniu informacji na temat własnej choroby. Bez wątpienia, decyzja ta jest bardzo trudna i stresująca.

Wszak nosiciel piętna, wychowany w określonych warunkach społeczno-kulturowych, jest w pełni świadomy nie tylko możliwości „naznaczenia” go odpychającym określeniem (np. „zarażony”, „rozpustnik”, „weneryk”, „syfilityk”), lecz również – jawnego odwrócenia się innych ludzi, a nawet wykluczenia z grupy społecznej. Przewidywanie możliwości użycia różnych form ostracyzmu społecznego stanowi więc dla nosiciela piętna bardzo silny hamulec przed ujawnieniem informacji o swej chorobie. Ta wiedza jest dodatkowo wzmocniana niejako podwójnym wstydem połączonym z poczuciem winy. Po pierwsze, jego źródłem jest świadomość posiadania dyskredytującego atrybutu, a po drugie – wiedza o piętnującej treści samego stereotypu dotyczącego chorób wenerycznych. Głosi on bowiem (oprócz tego co już zostało powiedziane), iż „takie” choroby są świadectwem popełnienia grzechu pożądliwości, zaliczanego do siedmiu grzechów głównych i równoznacznego z prowadzeniem

wyjątkowo rozpustnego stylu życia. Ten sam stereotyp nakazuje odczytywać doświadczenie choroby wenerycznej jako karę boską, zsyłaną na rozpustników i „cudzołóżników”. Nic więc dziwnego, że ta zdroworozsądkowa i stereotypowo ugruntowana wiedza stanowi podstawę powszechnie wysokiego poziomu lęku przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, głównie – kiłą i AIDS.

Z podanych powodów nosiciel piętna choroby wenerycznej nieustannie doznaje stresującego napięcia, związanego z oczekiwaniem na potępienie i z gotowością do jego odparcia. A tym samym pozostaje w stałym konflikcie wewnętrznym, zachodzącym między wymogiem szczerości a skłonnością do stosowności pełnionej roli społecznej [5]. W różnych sytuacjach życiowych musi on dokonywać stresujących wyborów i podejmować decyzję (każdorazowo ze względu na siebie, na innych i na rodzaj sytuacji, zwłaszcza – intymnych) o tym, którą rolę powinien aktualnie pełnić: „stosowną” – osoby normalnej (bez piętna) czy też „szczerą” – osoby napiętnowanej np. kiłą. Jak można się spodziewać, większość wyborów „szczerzej roli” będzie skutkowałą porażką, bowiem w tym przypadku prawdopodobieństwo natrafienia na pełne zrozumienie i akceptację ze strony drugiej osoby jest minimalne. To oczywiste, że zdecydowanie negatywne reakcje innych ludzi będą skłaniać chorego na kiłę do stresującego zatajania informacji o piętnującej go chorobie.

CEL

Dlatego interesujące wydało się sprawdzenie różnic zarówno w odniesieniu do poziomu stresu, jak i sposobów radzenia sobie z nim u chorych na kiłę, w porównaniu do osób zdrowych.

Założyliśmy, iż w przypadku osób chorych będziemy mieli do czynienia ze znacząco wyższym (niż w przypadku osób zdrowych) poziomem stresu, powiązaniem ze wskazaniem na wydarzenia życiowe łączące się z piętnem kiły oraz z częstszym (niż u zdrowych) wyborem biernych strategii radzenia sobie ze stresem. Dodatkowo założyliśmy, iż u chorych na kiłę – ze względu na siłę posiadanego piętna – będzie przeważał lękowy styl przystosowania się do własnej choroby.

BADANE GRUPY

W celu zweryfikowania hipotezy na temat różnic w zakresie poziomu stresu i sposobów radzenia sobie z nim u chorych na kiłę i u osób zdrowych, przeprowadziliśmy (od lipca 2007 do października 2008) badania na grupie 21 pacjentów (14 mężczyzn i 7 kobiet), hospitalizowanych w Oddziale Dermatologicznym i Wenerologicznym Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Średnia wieku chorych mężczyzn wynosiła 32,5 lat, a kobiet – 32 lata. Dwie kobiety były w średnio zaawansowanej ciąży. Natomiast osoby zdrowe rekrutowały się spośród studentów, we wskazanym okresie studiujących socjologię w Uniwersytecie Szczecińskim, w ramach studiów niestacjonarnych. Stąd też bez trudności dobraliśmy celowo (do pary) 21 osób, tj. 14 mężczyzn i 7 kobiet, kierując się kryterium wieku.

METODY

Z uwagi na delikatną materię badań i wiedzę o występowaniu u chorych opisanego poczucia naznaczenia piętnem choroby wenerycznej, badania były całkowicie anonimowe i prowadzone indywidualnie przez doświadczonego psychologa. Pacjenci – typowani przez równie doświadczonego dermatologa, specjalizującego się w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową – byli informowani o tym, że badania dotyczą ustalenia związku między hospitalizacją jako jedną z sytuacji stresujących a umiejętnością radzenia sobie ze stresem.

Od razu warto się podzielić interesującą obserwacją, dodatkowo potwierdzającą siłę badanego piętna, przejawiającą się jako potężny hamulec przed jego ujawnieniem. Otóż mimo nawiązania we wszystkich przypadkach – jako że każde badanie trwało około dwóch godzin – bardzo dobrych relacji między psychologiem a chorym, mimo wytworzenia atmosfery pełnej zrozumienia i zainteresowania, mimo otwartości i dodatkowych rozmów na temat osobistych problemów pacjentów, jedynie 3 osoby z całej grupy (w tym jedna wyłącznie przez pomyłkę) wypowiedziały nazwę swej choroby („kiła”).

Do ustalenia poziomu stresu doświadczonego w ciągu ostatnich 2 lat posłużył Kwestionariusz readaptacji społecznej (SRRS, *The Social Readjustment Rating Scale*) [7], uzupełniony: (1) prośbą o wskazanie i ocenę na skalach (1–5 punktów) pięciu najbardziej stresujących wydarzeń życiowych; (2) prostym pytaniem opisowym, wymagającym wskazania na preferowaną strategię radzenia sobie ze stresem (aktywna/zadaniowa, bierna/ucieczkowo-wycofująca się, bierna/wyczekująca – „na przeczekanie”); (3) prośbą o ocenę poziomu radzenia sobie ze stresem (skala 1–5 punktów). Za pomocą tego narzędzia zostały zbadane obie grupy.

Dodatkowo, chorzy na kiłę wypełniali Skalę przystosowania psychicznego do choroby *Mini-MAC*, w polskiej adaptacji [3, 8]. Oczywiście, wyeliminowaliśmy z niej słowa dotyczące *stricte* choroby nowotworowej.

WYNIKI

W pierwszej kolejności porównaliśmy wyniki osób chorych na kiłę i zdrowych (oddzielnie – mężczyzn i kobiet) ze względu na poziom stresu doświadczonego w ciągu ostatnich 2 lat.

Różnice u mężczyzn (ryc. 1, tabl. 1) są statystycznie istotne ($\chi^2 = 17,1$; $p < 0,001$), co oznacza, iż mężczyźni chorzy na kiłę doznali w ostatnich 2 latach o wiele silniejszych

Tablica 1. Poziom stresu w ostatnich 2 latach – mężczyźni chorzy na kiłę i zdrowi

Table 1. Level of stress in the past 2 years in men – syphilis patients and healthy controls.

Poziom stresu w punktach	Chorzy	Zdrowi	Suma
Do 200	0	9	9
201–300	6	5	11
301 i więcej	8	0	8
Suma	14	14	28



Rycina 1. Poziom stresu w ostatnich 2 latach – mężczyźni chorzy na kiłę i zdrowi.

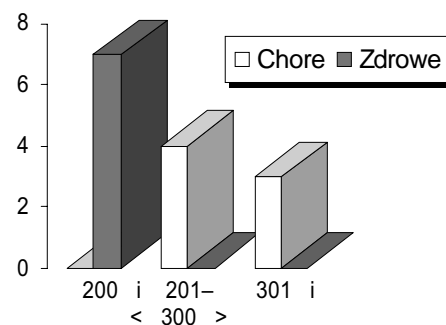
Figure 1. Stress level in the past 2 years in men – patients with syphilis and healthy controls.

stanów stresu, aniżeli zdrowi mężczyźni. Do najczęstszych i najwyżej punktowanych pięciu wydarzeń stresujących chorzy na kiłę zaliczyli kolejno: 6 – ciężka, własna choroba; 3 – separacja lub zerwanie z partnerem; 19 – zmiana pracy; 4 – śmierć w bliskiej rodzinie; 14 – problemy seksualne. Dla porządku dodajmy, iż wydarzenia stresujące wskazywane przez zdrowych mężczyzn dotyczyły najczęściej zupełnie innych spraw, np.: 21 – spłata poważnego długu; 16 – reorganizacja przedsiębiorstwa; 5 – wypadek; 31 – przeprowadzka; 4 – śmierć w bliskiej rodzinie.

Tablica 2. Poziom stresu w ostatnich 2 latach – kobiety chore na kiłę i zdrowe.

Table 2. Level of stress in the past 2 years in women – syphilis patients and healthy controls.

Poziom stresu w punktach	Chore	Zdrowe	Suma
Do 200	0	7	7
201–300	4	0	4
301 i więcej	3	0	3
Suma	7	7	14



Rycina 2. Poziom stresu w ostatnich 2 latach – kobiety chore na kiłę i zdrowe.

Figure 2. Stress level in the past 2 years in women – patients with syphilis and healthy controls.

Również u kobiet różnice (ryc. 2, tabl. 2) są statystycznie istotne ($\chi^2 = 14,0$; $p < 0,025$). Zatem kobiety chore na kiłę (podobnie jak chorzy mężczyźni) doznały w ciągu ostatnich 2 lat o wiele silniejszych stanów stresu aniżeli kobiety zdrowe. Do najczęstszych i najwyżej punktowanych pięciu

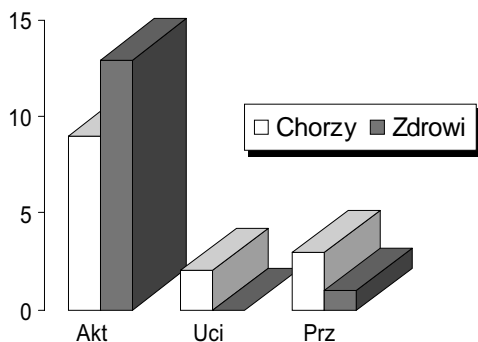
wydarzeń stresujących kobiety chore na kiłę zaliczyły kolejno: 6 – własna, ciężka choroba; 3 – separacja lub zerwanie z partnerem; 4 – śmierć w bliskiej rodzinie; 11 – poważna choroba członka rodziny; 20 – kłótnie z mężem/partnerem. Natomiast kobiety zdrowe wskazywały na odmienne przyczyny doświadczanego ostatnio stresu, tj.: 27 – przemęczenie; 28 – pogorszenie warunków życia; 8 – zwolnienie z pracy; 29 – problemy z szefem; 22 – napad, kradzież.

Przyjrzyjmy się obecnie strategiom radzenia sobie ze stresem, stosowanym przez osoby chore na kiłę i zdrowe. Jak się okazało, w przypadku preferowanej strategii radzenia sobie ze stresem (tabl. 3 i 4), różnice są, niezależnie od płci, statystycznie istotne dla ogółu chorych i zdrowych ($\chi^2 = 12,35$; $p < 0,05$). Warto dodać, że chorzy mężczyźni oceniali swą umiejętność radzenia sobie ze stresem (skala: 1–5 punktów) średnio na 3,15, a zdrowi – na 4,32. Podobnie jak chorzy mężczyźni, chore na kiłę kobiety oceniały swą umiejętność w tym zakresie o wiele niżej (średnia = 2,83) niż zdrowe (3,81).

Tablica 3. Radzenie sobie ze stresem – mężczyźni chorzy na kiłę i zdrowi

Table 3. Coping with stress in men – syphilis patients and healthy controls

Strategia	Chorzy	Zdrowi	Suma
Aktywna (zadaniowa)	9	13	22
Ucieczkowa	2	0	2
Na przeczekanie	3	1	4
Suma	14	14	28



Rycina 3. Radzenie sobie ze stresem – mężczyźni chorzy na kiłę i zdrowi.

Figure 3. Coping with stress among men – patients with syphilis and healthy controls.

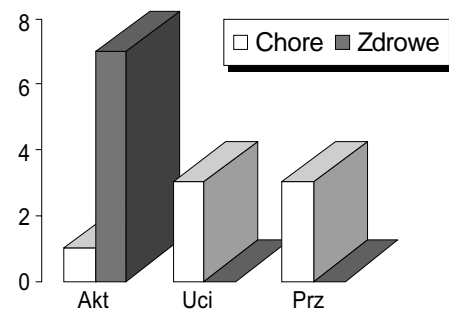
Jak widać (ryc. 3, tabl. 3), zdrowi mężczyźni zdecydowanie częściej radzą sobie ze stresem poprzez stosowanie strategii aktywnej, która jest także strategią preferowaną przez mężczyzn chorych na kiłę, choć – rzadziej. Chorzy mężczyźni wykorzystują bowiem również strategie bierne, tj. „na przeczekanie” (wskazaną tylko przez jednego zdrowego mężczyznę) oraz strategię ucieczkową (w ogóle nie wskazaną przez zdrowych mężczyzn).

Jak wynika z przedstawionych danych (ryc. 4, tabl. 4), zdrowe kobiety radzą sobie ze stresem stosując wyłącznie strategię aktywną (zadaniową), wskazaną tylko przez jedną chorą na kiłę. Chore kobiety preferują przede wszystkim bierne strategie: „na przeczekanie” i ucieczkową.

Tablica 4. Radzenie sobie ze stresem – kobiety chore na kiłę i zdrowe.

Table 4. Coping with stress in women – syphilis patients and healthy controls.

Strategia	Chore	Zdrowe	Suma
Aktywna (zadaniowa)	1	7	8
Ucieczkowa	3	0	3
Na przeczekanie	3	0	3
Suma	7	7	14



Rycina 4. Radzenie sobie ze stresem – kobiety chore na kiłę i zdrowe.

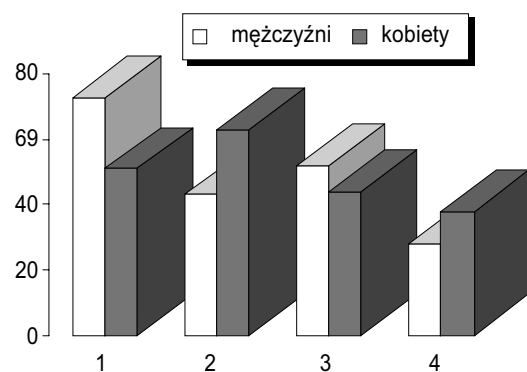
Figure 4. Coping with stress among women – patients with syphilis and healthy controls.

Poniżej (tabl. 5) prezentujemy wyniki mężczyzn i kobiet chorych na kiłę, dotyczące stylu radzenia sobie z piętnem choroby wenerycznej. Styl ten określiliśmy za pomocą Skali Mini-MAC, w polskiej adaptacji [3, 8, 9].

Tablica 5. Styl radzenia sobie z chorobą – porównanie ocen kobiet i mężczyzn chorych na kiłę.

Table 5. Styles of coping with illness in syphilis patients by gender.

Styl	Mężczyźni (średnia ocena w %)	Kobiety (średnia ocena w %)	Średnia dla stylu (w %)
Aktywny (1)	73,1	51,1	62,1
Lękowy (2)	43,3	62,9	53,1
Poznawczy (3)	52,5	43,9	48,2
Bezradny (4)	27,9	38,1	33,0



Rycina 5. Styl radzenia sobie z chorobą – porównanie ocen kobiet i mężczyzn chorych na kiłę.

Figure 5. Styles of coping with illness among syphilis patients by gender.

OMÓWIENIE

Na podstawie przeprowadzonych badań porównawczych należy nie tylko stwierdzić, iż chorzy na kiłę doznali znacząco dotkliwszych (o wiele wyżej ocenianych za pomocą pięciopunktowej skali) wydarzeń stresujących aniżeli osoby zdrowe, lecz również to, że wydarzenia te były i są w oczywisty sposób powiązane z rodzajem choroby (piętnem). Bowiem tak chorzy mężczyźni, jak i kobiety, na pierwszym miejscu wymienili ciężką, własną chorobę, oceniając to wydarzenie jako najbardziej stresujące w ciągu ostatnich 2 lat. Równie ważne diagnostycznie pozostaje – zgodne dla chorych mężczyzn i kobiet – wskazanie na drugim miejscu na fakt separacji lub zerwania z partnerem. Jak można się domyślać, głównym powodem tego typu decyzji było rozpoznanie kiły. Potwierdzeniem tego przypuszczenia są wypowiedzi wspomnianych 3 osób, które ujawniły nazwę choroby. Kobieta należąca do tego grona jednoznacznie stwierdziła, iż rozstała się z partnerem natychmiast po zdiagnozowaniu u niej kiły. Natomiast dwaj mężczyźni ujawnili, iż zostali gwałtownie porzuceni przez partnerki, gdy tylko uznali, że powinni spełnić wobec nich „szczerą” rolę i otwarcie poinformować je o swej chorobie [5].

Ponadto, chorzy mężczyźni często wskazywali na zmianę pracy jako na wydarzenie wyjątkowo stresujące. Nie można wykluczyć, iż taka decyzja wynikała z obawy przed odkryciem powodu ich hospitalizacji (w kilku przypadkach – powtórnej). Symptomatyczne i nie wymagające komentarza jest również wskazywanie przez mężczyzn na problemy seksualne jako na wydarzenie wyjątkowo stresujące.

Oprócz tego warto zauważyć, że kobiety chore na kiłę wskazywały na dwa wydarzenia, które można wprost łączyć z ich obecną sytuacją. Chodzi o kłótnie z mężem/partnerem oraz o poważną chorobę członka rodziny. Najprawdopodobniej, wybór takich wydarzeń stresujących i ich wysokie oceny dotyczą pozyskania informacji o kile męża/partnera oraz reakcji tych kobiet (kłótnie) na tak negatywną wiadomość.

Chorych na kiłę i osoby zdrowe różni (także istotnie) wybór preferowanej strategii radzenia sobie ze stresem. Niemal wszystkie osoby zdrowe (z wyjątkiem jednego mężczyzny) stosują strategię zadaniową, aktywną, traktując sytuację stresującą jako problem wymagający skutecznego rozwiązania. Wśród mężczyzn chorych na kiłę przeważa także ten rodzaj strategii (9 wskazań), lecz przy tym występuje również strategia bierna, nastawiona na przeczekanie i podbudowana złudną nadzieją, że problem rozwiąże się sam (3 wskazania) oraz strategia ucieczkowa, polegająca na wycofywaniu się i zaprzeczaniu problemowi (2 wskazania).

W tym porównaniu zdecydowanie gorzej wypadły kobiety chore na kiłę, spośród których zaledwie jedna wskazała na aktywną strategię radzenia sobie ze stresem. Pozostałe (po 3 odpowiedzi) wybrały albo strategię ucieczkową albo „na przeczekanie”. Dlatego nie dziwią oscylujące aż wokół jednego punktu (przy skali 1–5 punktów) różnice w zakresie oceny umiejętności radzenia sobie ze stresem przez osoby zdrowe i przez pacjentów, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Nie zawadzi odnotować, iż kobiety (niezależnie od stanu zdrowia) oceniły swe umiejętności w tym zakresie o wiele niżej aniżeli mężczyźni.

Niejako w zgodzie z powyżej opisanymi wyborami pozostają wskazania na dominujący styl radzenia sobie z piętnem choroby wenerycznej (przystosowania psychicznego do

choroby) [3, 4, 5, 8]. Generalnie (inaczej niż zakładaliśmy) przeważa styl aktywny, związany z uruchamianiem „ducha walki” i spostrzeganiem choroby jak osobistego wyzwania, co skłania tak funkcjonującego pacjenta do mobilizacji i aktywnego zmagania się z chorobą. Jednakże ten styl jest dominujący jedynie w przypadku mężczyzn. Natomiast w przypadku kobiet zajmuje on drugie miejsce. Na pierwszym miejscu kobiety wskazały na styl lękowy (zakładany hipotetycznie jako dominujący, a przez mężczyzn lokowany na miejscu trzecim), świadczący o niepokoju doznawanym z powodu choroby i wiedzy o jej piętnującym charakterze. Wówczas choroba jest oceniana jako zdarzenie silnie zagrożające, wzmagające wewnętrzne napięcie oraz nie podlegające osobistej kontroli.

Podobne różnice co do kolejności ocen własnego stylu radzenia sobie z piętnem kiły dotyczą stylu poznawczego (u mężczyzn na drugim, u kobiet – na trzecim miejscu). Styl poznawczy (pozytywnego przewartościowania) polega na reorganizacji obrazu własnej choroby w taki sposób, aby nie zniszczyć dotychczasowej oceny jakości własnego życia i aby nadal móc cenić jego wartość. Najczęściej wiąże się to z uruchamianiem dostępnych i wypróbowanych mechanizmów obronnych. Na ostatnim miejscu uplasował się (niezależnie od płci) styl świadczący o bezradności, rezygnacji z walki i o zagubieniu, a w konsekwencji – o biernym poddawaniu się chorobie. Przy tym trzeba zauważyć, iż wybór tego stylu dotyczy ponownie w większym stopniu kobiet niż mężczyzn.

Generalnie (na ile pozwala niewielka liczebność badanej grupy) stwierdzamy, iż piętno kiły jest źródłem permanentnego stresu, a świadomość jego posiadania i wiedza na temat konsekwencji społecznych w sytuacji ujawnienia go stanowią potężny bodziec skłaniający do utrzymywania ścisłej tajemnicy. Mamy tu zatem do czynienia z mechanizmem „błędnego koła”, który – blokując „szczerą” rolę wobec (między innymi) partnera seksualnego – może prowadzić do rozprzestrzeniania się tej groźnej choroby. Ponadto, piętno kiły jest bardziej dotkliwie przeżywane przez kobiety, które o wiele gorzej radzą sobie zarówno ze stresem doznawanym z tej przyczyny, jak i z przystosowaniem się do świadomości bycia nosicielką piętna. Można powiedzieć, iż radykalnie zmienia ono ich wizerunek siebie i ocenę własnych możliwości w zmaganiu się z chorobą. W jej obliczu jawią się jako zestresowane, zaleknione, pełne napięcia i niepokoju, zagubione i bierne.

WNIOSKI

1. Piętno kiły jako silnie stygmatyzującej choroby przenoszonej drogą płciową jest przyczyną wysokiego poziomu stresu u chorych kobiet i mężczyzn.
2. Świadomość społecznych konsekwencji napiętnowania chorobą weneryczną jest istotnym hamulcem przed ujawnieniem prawdy i może prowadzić do rozprzestrzeniania się tak groźnej choroby jak np. kiła.
3. Chorzy na kiłę (niezależnie od płci) gorzej radzą sobie ze stresem aniżeli osoby zdrowe. Rzadziej stosują bowiem strategię aktywną, preferując strategię bierne („na przeczekanie” i ucieczkową). Jednakże stwierdzona bierność w większym stopniu dotyczy chorych kobiet niż mężczyzn, podobnie jak niska ocena własnych umiejętności radzenia sobie ze stresem.

4. Chorzy na kiłę (niezależnie od płci) wskazują na aktywny styl psychicznego przystosowania do choroby. Jednakże styl ten dominuje w przypadku chorych mężczyzn. Kobiety chore na kiłę wykazują bowiem lękowy styl przystosowania (u mężczyzn znalazł się on na trzecim miejscu). Na drugim miejscu w przypadku mężczyzn, a na trzecim w przypadku kobiet lokuje się styl poznawczy. Zaś na miejscu ostatnim (niezależnie od płci) – styl świadczący o rezygnacji, bierności i poddaniu się chorobie.

PIŚMIENNICTWO

1. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. red. Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP; 2001.

2. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: WN PWN; 2007.
3. Kozińska B. Typ przywiązania a wielowymiarowa ocena stanu podmiotowego kobiet z chorobą nowotworową piersi. Gdańsk: niepubl. rozpr. dr; 2007.
4. Rzepa T, Żaba R. Psychologiczne konsekwencje piętna choroby przenoszonej drogą płciową. W druku.
5. Goffman E. Piętno. Gdańsk: GWP; 2005.
6. Mroczkowski T. red. Choroby przenoszone drogą płciową. Lublin: Wyd. Czelej; 2006.
7. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. J of Psychosom Research. 1967; 11: 213–218.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
9. Watson M, Law M, dos Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the mental adjustment to cancer scale. J of Psych Oncol. 1994; 12: 33–46.

Wpłynęło: 05.01.2009. Zrecenzowano: 09.03.2009. Przyjęto: 18.03.2009.

Adres: Prof. Teresa Rzepa, Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego, ul. Krakowska 71-79, 71-017 Szczecin