

*TERESA RZEPA*

Uniwersytet Szczeciński

*RYSZARD ŻABA*

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

## **PIĘTNO CHOROBY PRZENOSZONEJ DROGĄ PŁCIOWĄ A FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE**

Za trafnie wyjaśniającą zachowania i odczucia pacjentów „naznaczonych” negatywnym znamieniem kiły uznaliśmy teorię piętna zaproponowaną przez Ervinga Goffmana (2005). W jego rozumieniu piętno to: (1) dotkliwie dyskredytujący daną osobę (lub grupę społeczną) atrybut (np. brzydota, wyraźne kalectwo, nadwaga, zniszczony ubiór, negatywne cechy narodowe: arogancja, służalczość, swarliwość, agresywność itp.); (2) szczególny rodzaj relacji między piętnującym atrybutem a uznanym stereotypem (np. rudy lub jasny kolor włosów stymulujący rozpowszechnione stereotypy: „Każdy rudy jest fałszywy” lub „Każda blondynka jest głupia”). Jak można zauważyć, oba te znaczenia nakładają się wówczas, gdy obserwowalny atrybut niejako automatycznie uruchamia określony stereotyp wraz z przypisywanym mu piętnem (wszak niekoniecznie prawdziwym). Na przykład u wielu osób sam widok nad wyraz kuso ubranej damy, z jaskrawym i przesadnym makijażem, wywołuje skojarzenie z prostytutką, uruchamiając jednocześnie stereotyp dotyczący rozwiązłości i niewłaściwego „prowadzenia się”.

W odwołaniu do Goffmanowskich ustaleń postanowiliśmy zbadać, jak działa mechanizm piętna w przypadku chorych na kiłę, przewlekłą chorobę zakaźną wywoływaną przez krętka błędnego. Przebieg choroby cechuje się zmiennym nasileniem różnych zmian klinicznych o bogatej symptomatologii, przeplatanych

okresami bezobjawowymi. W ostatnich latach obserwuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań na tę chorobę. Przyjmuje się, że ma to związek z migracją ludności i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, bowiem do zakażenia dochodzi najczęściej (w około 95%) poprzez kontakty seksualne. Choroba ta towarzyszy człowiekowi od bardzo dawna. Pierwsze wzmianki o kile sięgają początków XVI wieku, kiedy to została przywleczona do Europy przez marynarzy powracających z dalekich wypraw. Dane epidemiologiczne wskazują na to, 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: w 2006 roku – czternaścioro, w 2005 – ośmioro. Kiłę w czasie ciąży lub porodu stwierdzono w 2006 roku u 83 kobiet, w 2005 roku – u 70. Obecnie kiłę w czasie ciąży stwierdza się u podobnej liczby ciężarnych jak w latach, gdy w Polsce rodziło się ponad 100 tysięcy dzieci więcej. Kiła u ciężarnej kobiety może być przyczyną poronienia, a u noworodka – wielu uszkodzeń narządów wewnętrznych, w tym układu nerwowego (Mroczkowski 2006).

W przypadku większości chorób przenoszonych drogą płciową mamy do czynienia z nader skomplikowaną sytuacją psychologiczną i psychospołeczną. Piętno choroby wenerycznej jest bowiem najczęściej niewidoczne lub trudno rozpoznawalne. Tymczasem jego nosiciel wie, że je posiada i że od niego zależy decyzja o ujawnieniu lub zatajeniu informacji na temat własnej choroby. Tym samym pozostaje w ustawicznym konflikcie, który Goffman (2005) określa jako zachodzący między szczerością a stosownością. W wielu sytuacjach społecznych chory musi bowiem dokonać stresującego wyboru i podjąć decyzję (ze względu na siebie, na innych i na rodzaj sytuacji) o tym, którą rolę powinien aktualnie pełnić: „stosowną” – osoby normalnej (bez piętna) czy też „szczerą” – osoby napiętnowanej chorobą weneryczną. Bez wątplenia decyzja ta jest bardzo trudna, a konsekwencje zarówno ujawnienia, jak i zatajenia prawdy – stresujące, nader ryzykowne i społecznie zagrażające (Rzepa, Żaba 2009). Wszak chory, wychowany w określonych warunkach społeczno-kulturowych, jest w pełni świadomy nie tylko możliwości „naznaczenia” go (np. „zarażony”, „rozpustnik”, „syfilietyk”), lecz również jawnego odwrócenia się innych ludzi, a nawet wykluczenia go z grupy społecznej. Przewidywanie możliwości użycia różnych form ostracyzmu społecznego stanowi więc bardzo silny hamulec przed ujawnieniem in-

formacji o „takiej” chorobie. Ponadto w świadomości potocznej stereotyp „syfilityka” zakłada popełnienie grzechu pożądliwości (jednego z siedmiu grzechów głównych), równoznacznego z prowadzeniem wyjątkowo rozwiązłego stylu życia. Nie mówiąc już o tym, że światopogląd katolicki nakazuje odczytywać chorobę weneryczną jako karę boską, zsyłaną na rozpustników i cudzołóżników. Te dodatkowe powody również przemawiają na rzecz wyboru „stosownej” roli i zatajania prawdy o piętnującej chorobie. Jednakże wówczas każdy akt seksualny jest równoznaczny z (w pełni świadomym) zarażaniem nie poinformowanych, niczego niespodziewających się osób bliskich, więc – ze skazywaniem ich na wszelkie cierpienia związane z chorobą i jej leczeniem oraz na zmaganie się z trudnymi dylematami natury psychicznej i społecznej. Oczywiście, wyjściem z tej „pułapki” jest abstynencja seksualna, aczkolwiek zazwyczaj niemal niemożliwa bez (niechcianych i piętnujących) wyjaśnień, zwłaszcza gdy chory pozostaje w związku uczuciowym.

Z kolei decyzja o wyborze „szczerzej” roli wobec osób ocenionych jako te, które rozumieją sytuację chorego i które go nie odrzuca, może nieoczekiwanie okazać się błędna. Trudna do zaakceptowania informacja o odwiecznie piętnowanej chorobie może bowiem spotkać się z dramatyczną reakcją. Nie mówiąc już o tym, że wkrótce chory przestanie sprawować kontrolę nad rozprzestrzenianiem się wiedzy na temat jego piętna, gdyż nie jest w stanie przewidzieć, kto z kim się spotyka i jakie informacje o nim przekazuje. Po jakimś czasie jego otoczenie społeczne podzieli się na osoby, które znają prawdę i na osoby prawdy tej pozbawione. Nic więc dziwnego, że tego typu trudności i niepokoje prowadzą do ograniczania kontaktów społecznych, dystansowania się wobec innych i zawężania grona znajomych do wtajemniczonych w problem.

Postanowiliśmy sprawdzić słuszność tych rozważań i sformułowaliśmy hipotezę, że wiedza o byciu chorym na syfilis skutkuje licznymi zmianami w zakresie funkcjonowania społecznego. Zmiany te dotyczą: (1) ograniczenia kontaktów społecznych; (2) ich niższej oceny; (3) spadku własnej pozycji w znaczących grupach społecznych (rodzina, miejsce pracy, bliscy znajomi); (4) zróżnicowania typów relacji z innymi (Lyddon, Sherry 2001; Bowlby 2007).

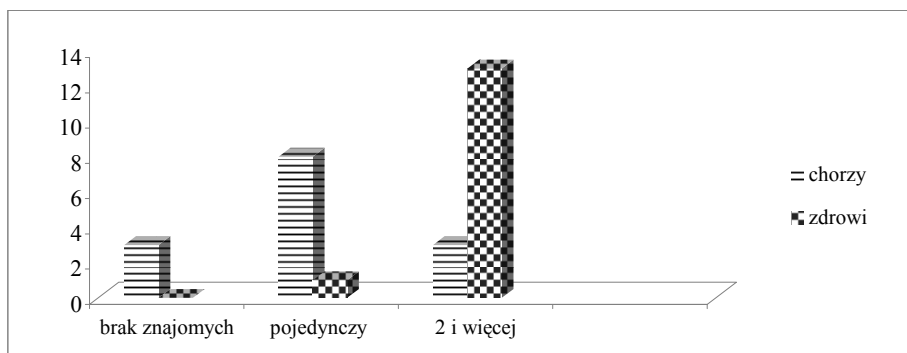
W celu sprawdzenia sformułowanej powyżej hipotezy przeprowadziliśmy (od lipca 2007 do października 2008) badania porównawcze dotyczące osób chorych na kiłę i osób zdrowych. W tym czasie w Oddziale Dermatologicznym i Wenerologicznym Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Ka-

rola Marcinkowskiego w Poznaniu było hospitalizowanych 21 chorych na kiłę (14 mężczyzn i 7 kobiet), stanowiących grupę badawczą. Średnia wieku chorych mężczyzn wynosiła 32,5 lat, a kobiet – 32 lata. Dwie kobiety były w średnio zaawansowanej ciąży.

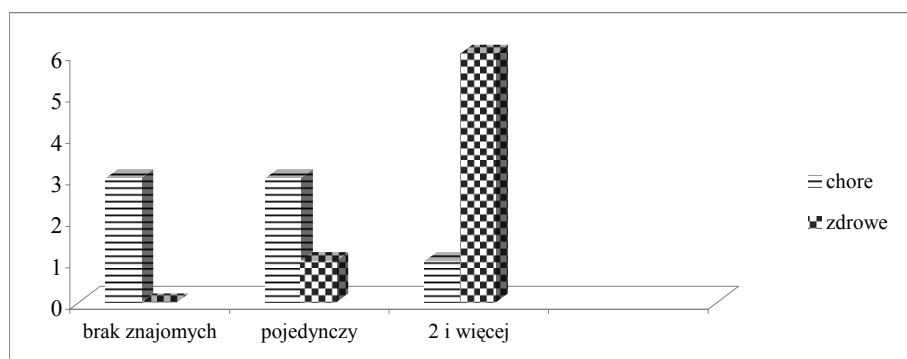
Z uwagi na bardzo delikatną materię badania były całkowicie anonimowe i prowadzone indywidualnie przez doświadczonego psychologa. Pacjenci – typowani przez równie doświadczonego dermatologa, specjalizującego się w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową – byli informowani o tym, że badania dotyczą ustalenia związku między hospitalizacją jako sytuacją stresującą a umiejętnością radzenia sobie ze stresem. Już w tym miejscu warto się podzielić interesującą obserwacją, potwierdzającą hamującą siłę badanego piętna i skłaniającą do wyboru „stosownej” roli społecznej. Otóż mimo nawiązania we wszystkich przypadkach udanych relacji między psychologiem a chorymi, mimo ich otwartości na temat różnych problemów osobistych, zaledwie trzy osoby z całej grupy (w tym jedna wyłącznie przez pomyłkę) przyznały się do kiły.

Wyniki badań chorych na kiłę porównaliśmy z wynikami osób zdrowych, dobranych odpowiednio ze względu na kryterium płci i wieku. Osoby należące do grupy kontrolnej studiowały (we wskazanym okresie) socjologię w Uniwersytecie Szczecińskim, w ramach studiów niestacjonarnych. Do ustalenia liczby i oceny bliskości aktualnych kontaktów społecznych oraz własnej pozycji w znaczących grupach społecznych, a także preferowanego typu podstawowych relacji z innymi ludźmi (Kościńska 2007), posłużył specjalnie skonstruowany kwestionariusz.

Zgodnie z założeniami, osoby chore na kiłę ze względu na konflikt ról: (1) mają mniejsze grono znajomych aniżeli osoby zdrowe; (2) niżej oceniają swoje relacje z innymi ludźmi; (3) niżej oceniają swą pozycję w znaczących grupach społecznych; (4) wykazują zróżnicowane typy relacji z innymi. W celu sprawdzenia tych założeń kolejno porównamy wyniki uzyskane przez chorych i zdrowych mężczyzn (wykres 1) oraz przez chore i zdrowe kobiety (wykres 2).



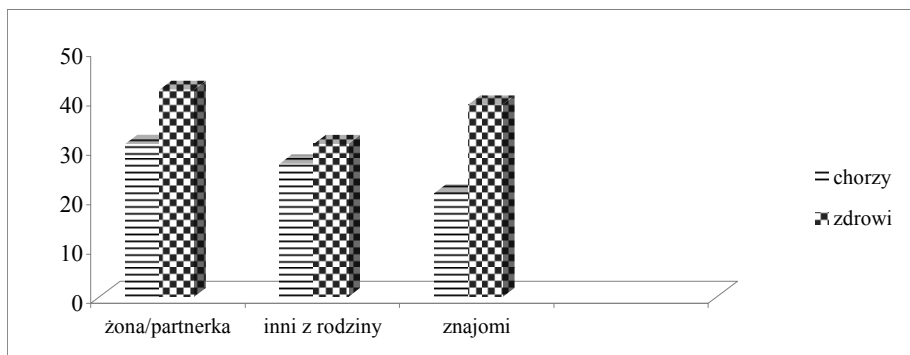
Wykres 1. Liczba bliskich znajomych – mężczyźni chorzy na kiłę i mężczyźni zdrowi  
Źródło: badania własne.



Wykres 2. Liczba bliskich znajomych – kobiety chore na kiłę i kobiety zdrowe  
Źródło: badania własne.

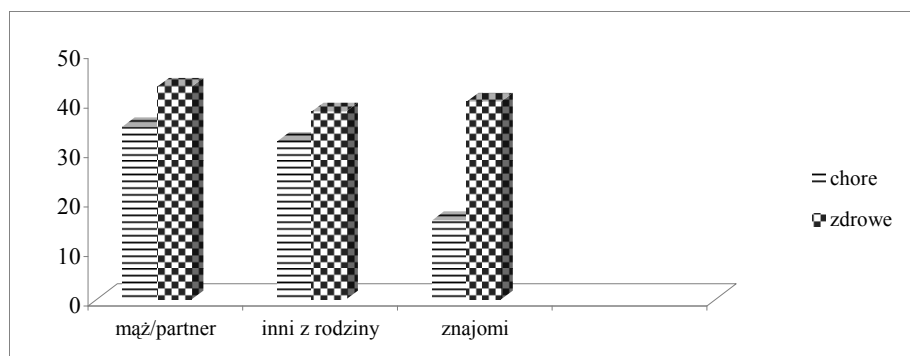
Porównanie liczby bliskich znajomych posiadanych przez chorych na kiłę do deklaracji złożonych przez osoby zdrowe wskazuje na bardzo znaczące różnice, zachodzące na  $p.i. = 0,001$  ( $\chi^2$  obliczone = 21,62;  $\chi^2$  odczytane z tablic = 20,5). Rzeczywiście, krąg bliskich znajomych w przypadku chorych na kiłę jest ograniczony i dotyczy z reguły jednej osoby. Ponadto sześciu pacjentów (3 kobiety i 3 mężczyzn) oświadczyło, że obecnie wokół nich nie ma osób, które mogłyby zaliczyć do bliskich znajomych. Tymczasem spośród osób zdrowych nikt nie zadeklarował „pustego” grona znajomych.

Jeśli chodzi o ocenę bliskości najważniejszych relacji społecznych, to przeprowadzone porównania przedstawiają się podobnie (wykresy 3 i 4), gdyż oceny dokonane przez chorych na kiłę mężczyzn (średnia = 2,6) i kobiety (średnia = 2,8) są zdecydowanie niższe aniżeli wystawione przez zdrowych mężczyzn (średnia = 3,7) i kobiety (średnia = 4,0). Przy tym średnia dla chorych na kiłę wynosi 2,7, natomiast dla osób zdrowych – 3,88. Te różnice są nieistotne statystycznie.



Wykres 3. Ocena bliskości relacji społecznych (skala 1–5) – mężczyźni chorzy na kiłę i mężczyźni zdrowi

Źródło: badania własne.

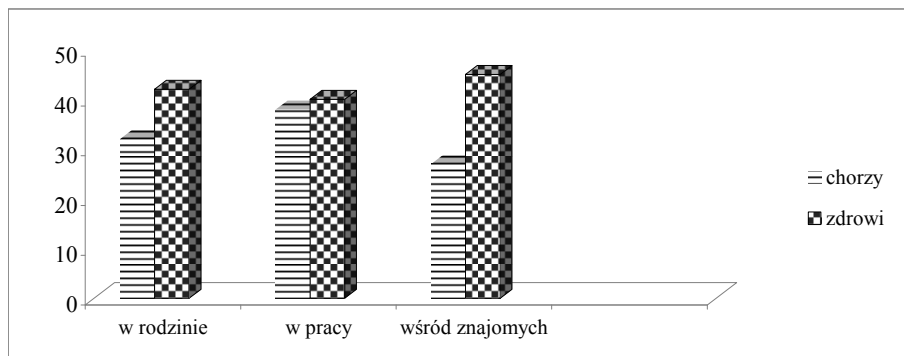


Wykres 4. Ocena bliskości relacji społecznych (skala 1–5) – kobiety chore na kiłę i kobiety zdrowe

Źródło: badania własne.

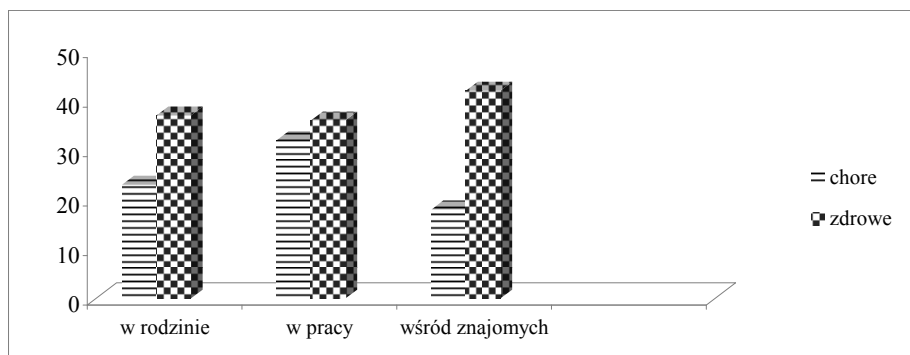
Warto zauważyć, że najbardziej wyraźne różnice (zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn) dotyczą oceny bliskości relacji ze znajomymi. Zwłaszcza kobiety chore na kiłę – jak potwierdzały podczas rozmowy – najbardziej obawiają się wścibstwa i niezdrowej ciekawości przejawianych zazwyczaj przez ich (kiedyś bardzo bliskie) koleżanki. Dlatego wołały, aby o pobycie w szpitalu wiedziały wyłącznie osoby z najbliższej rodziny i aby tylko one odwiedzały je w tym miejscu. Ponadto zastanawia niższa ocena stopnia bliskości relacji z żoną/partnerką niż z mężem/partnerem. Otóż podczas bezpośrednich rozmów chore na kiłę sugerowały, jakoby mąż/partner od czasu ich zachorowania, a zwłaszcza hospitalizacji, starał się łagodzić negatywne przeżycia swą szczególną troskliwością i opiekuńczością.

Wobec obniżenia oceny bliskości relacji społecznych, charakterystycznego dla chorych z piętnem kiły, ciekawe wydało się sprawdzenie oceny ich własnej pozycji w znaczących grupach (wykresy 5 i 6). Jak można było oczekiwać, również w tym przypadku porównania z ocenami dokonanymi przez osoby zdrowe okazały się poważnie zaniżone, choć statystycznie nieistotne (średnie dla mężczyzn chorych i zdrowych równają się 3,2 i 4,2; dla kobiet chorych i zdrowych – 2,4 i 3,8). Natomiast średnia dla ogółu chorych wynosi 2,83, a dla osób zdrowych – 4,03.



Wykres 5. Ocena aktualnej pozycji społecznej (skala 1–5) – mężczyźni chorzy na kiłę i mężczyźni zdrowi

Źródło: badania własne.



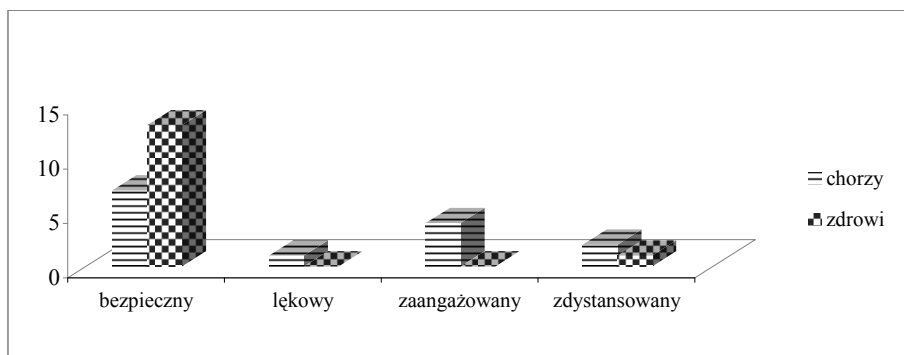
Wykres 6. Ocena aktualnej pozycji społecznej (skala 1–5) – kobiety chore na kiłę i kobiety zdrowe

Źródło: badania własne.

Największe różnice dotyczą znów środowiska bliskich znajomych, co po raz kolejny potwierdza hipotezę o sile piętna kiły, hamującej aktywność społeczną i skłaniającej raczej do zerwania lub radykalnego ograniczenia kontaktów społecznych niż do szczerego przyznania się do swej choroby. Zdecydowanie niższą ocenę własnej pozycji w rodzinie można wyjaśniać długotrwałą hospitalizacją, która w oczywisty sposób zaburza uczestnictwo w codziennym życiu rodzinnym. Interesujący wyjątek w ramach prezentowanych porównań stanowi środowisko pracy, bowiem oceny własnej pozycji społecznej, zadeklarowane zarówno przez osoby chore i zdrowe, jak i kobiety oraz mężczyzn, specjalnie się nie różnią. Jakie jest podłoże tego zjawiska? Podczas rozmów dowiadaliśmy się, że chorzy wszelkimi sposobami starali się ukryć przed pracodawcami i współpracownikami fakt hospitalizacji. Jako główny argument podawali ten, że w obecnych czasach nie warto ujawniać jakichkolwiek chorób czy niedomagań, gdyż można stracić pracę. Dlatego woleli na czas pobytu w szpitalu wziąć urlop wypoczynkowy lub bezpłatny, rzekomo przeznaczony na przykład na remont mieszkania.

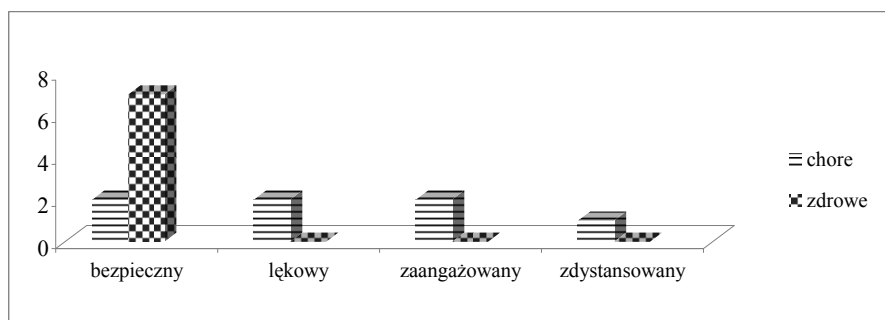
Przypuszczaliśmy także, że osoby chore na kiłę – zmuszane do częstego podejmowania stresujących wyborów między „szczerą” a „stosowną” rolą społeczną i z tego powodu pozostające w konflikcie wewnętrznym – przejawiają zaburzenia w zakresie typu relacji z innymi. Zatem (obok wskazanego jako dominujący) będą pojawiały się u nich inne spośród trzech pozostałych typów relacji. Poniżej zamieszczamy wyniki uzyskane w tym zakresie przez osoby chore i zdrowe (wykresy 7 i 8).





Wykres 7. Dominujący typ relacji z innymi – mężczyźni chorzy na kiłę i mężczyźni zdrowi

Źródło: badania własne.



Wykres 8. Dominujący typ relacji z innymi – kobiety chore na kiłę i kobiety zdrowe

Źródło: badania własne.

Jak wynika z przedstawionych danych, zarówno chore kobiety, jak i chorzy mężczyźni znacząco częściej wskazują na inne typy relacji (oprócz bezpiecznego, optymalnego dla osób dorosłych). To różni ich od deklaracji złożonych przez kobiety i mężczyzn z grupy kontrolnej, a różnice te są statystycznie istotne na p.i. = 0,05 ( $\chi^2$  obliczone = 14,2, zaś  $\chi^2$  odczytane z tablic = 14,1). Warto zauważyć, że z największym rozproszeniem typów relacji mamy do czynienia w przypadku kobiet chorych na kiłę.

Podsumowując uzyskane wyniki, należy stwierdzić, że – ze względu na świadomość posiadanego piętna – konflikt ról („stosowna” versus „szczera”) i jego konsekwencje społeczne (od niechęci i naznaczenia do wykluczenia i in-

nych drastycznych form ostracyzmu), osoby chore na kiłę wykazują wyraźne zaburzenia w zakresie funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Zaburzenia te przejawiają się następująco.

1. Chorzy na kiłę zawężają grono bliskich znajomych. Ta prawidłowość jest bardziej wyraźna w przypadku kobiet niż mężczyzn. Jednak niezależnie od płci krąg towarzyski staje się ograniczony w porównaniu z liczbą bliskich znajomych w przypadku osób zdrowych.

2. Podobnie, niezależnie od płci, chorzy na kiłę o wiele niżej aniżeli osoby zdrowe oceniają swe relacje z innymi ludźmi. Niższe oceny dotyczą zarówno więzi z żoną/mężem (partnerką/partnerem), jak i z innymi członkami najbliższej rodziny. Natomiast najniżej chorzy oceniają (i w tym zakresie najbardziej różnią się od osób zdrowych) swe relacje z bliskimi znajomymi.

3. Ponadto, niezależnie od płci, chorzy na kiłę niżej od osób zdrowych oceniają swą pozycję w dwóch znaczących grupach społecznych. Najniższą pozycję przypisują sobie w gronie bliskich znajomych i w tym zakresie najbardziej różnią się od ludzi zdrowych. Nisko oceniają także swą pozycję w rodzinie. Jedynie podobnie do osób zdrowych oceniają swą pozycję społeczną w środowisku zawodowym. Ten wynik można wyjaśnić w odwołaniu do motywu lęku przed utratą pracy. Chorzy dochowują ścisłej tajemnicy i podejmują wszelkie „maskujące” działania po to, aby w miejscu pracy nie dowiedziano się ani o chorobie, ani o pobycie w szpitalu.

4. Osoby z piętnem kiły – zmuszane do podejmowania stresujących wyborów między „szczerą” a „stosowną” rolą społeczną – przejawiają zaburzenia w zakresie dominującego typu relacji z innymi. Trudno im bowiem konsekwentnie trwać przy typie bezpiecznym, prawidłowym dla okresu dorosłości. Zaburzenia te polegają na tym, że chorzy na kiłę znacząco częściej aniżeli osoby zdrowe nawiązują i utrzymują uznawane za nieprawidłowe (Bowlby 2007) typy relacji (lękowy, zaangażowany, zdystansowany). Natomiast osoby zdrowe zdecydowanie częściej posługują się – jako dominującym – bezpiecznym typem relacji. Przy tym warto podkreślić, że największe zróżnicowanie typów relacji występuje u kobiet chorych na kiłę, co wskazuje na szczególne trudności w zakresie ich funkcjonowania w relacjach interpersonalnych.

**Literatura**

- Bowlby J. 2007, *Przywiązanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Goffman E. 2005, *Piętno*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kozińska B. 2007, *Typ przywiązania a wielowymiarowa ocena stanu podmiotowego kobiet z chorobą nowotworową piersi*, niepublikowana praca doktorska, Gdański Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu.
- Lyddon W.J., Sherry A. 2001, *Development Personality Styles: An Attachment Theory Conceptualization of Personality Disorders*, „Journal of Counseling and Development” 79, s. 405–414.
- Mroczkowski T. (red.) 2006, *Choroby przenoszone drogą płciową*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Rzepa T., Żaba R. 2009, *Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 18 (2), s. 143–148.

**PIĘTNO CHOROBY PRZENOSZONEJ DROGĄ PŁCIOWĄ  
A FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE****Streszczenie**

W odwołaniu do teorii piętna, sformułowanej przez Ervinga Goffmana, autorzy sprawdzili hipotezę dotyczącą funkcjonowania w relacjach interpersonalnych w przypadku chorych z piętnem syfilisu. Badania miały charakter porównawczy (grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe) i pozwoliły na stwierdzenie zmian w zakresie: (1) ograniczenia kontaktów społecznych; (2) ich niższej oceny; (3) spadku pozycji w znaczących grupach społecznych; (4) zróżnicowania typów relacji z innymi.

**Słowa kluczowe:** piętno kiły, kontakty społeczne, pozycja w grupie, typ relacji, konflikt ról

**THE STIGMA OF SEXUALLY TRANSFERRED DISEASE  
AND SOCIAL FUNCTIONING**

**Summary**

Referring to the theory of stigma formulated by Erving Goffman, the article verifies the hypothesis concerning ways people affected by the stigma of syphilis function in their interpersonal relations. The research is a comparative one (healthy people constitute the control group). The following changes were found: (1) reduction of social relations; (2) decrease of self-esteem; (3) decrease of social status (in significant social groups); (4) differentiation of types of relations with other people.

**Keywords:** stigma of syphilis, social relations, social status, types of relations, role conflict