

Teresa Rzepa

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Ryszard Żaba

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Oliwia Jakubowicz

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Rozumienie wstydu oraz ocena jego źródeł przez osoby zdrowe i pacjentów z wstydliwymi chorobami

STRESZCZENIE Przeprowadzone badania miały na celu weryfikację: 1) współczesnego rozumienia wstydu; 2) sytuacji społecznych uznawanych za zewnętrzne źródło wstydu; 3) postępów osobistych ocenianych jako wewnętrzne źródło wstydu. Dodatkowo założono, że zmienną różnicującą jest brak bądź występowanie u osób badanych przewlekłych schorzeń, zaliczanych do chorób wstydliwych. Badania przeprowadzono od października 2012 roku do lutego 2013 roku w trzech grupach chorych, leczonych w tym czasie w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W skład grupy badawczej weszło 111 pacjentów: 1) osoby chore na schorzenia niezakaźne, tj. 43 osoby z łuszczycą i 43 z trądzikiem; 2) osoby chore na schorzenia zakaźne, tj. 25 chorych na kiłę. Do grupy kontrolnej weszły natomiast 103 osoby studiujące i pracujące w tym okresie w poznańskich uczelniach wyższych.

Obie grupy wypełniły autorską ankietę, złożoną z 9 (grupa badawcza) i z 8 (grupa kontrolna) półotwartych zadań. Zadania ankietowe opracowano na podstawie doświadczeń medycznych i terapeutycznych zespołu badawczego. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu χ^2 oraz testu „U” Manna-Whitneya, zakładając poziom istotności $p < 0,05$.

SŁOWA KLUCZOWE

WSTYDLIWE CHOROBY,
WSTYD, KIŁA, TRĄDZIK,
ŁUSZCZYCA

Wprowadzenie

W literaturze naukowej przyjmuje się, że wielowymiarowa emocja wstydu może wywierać silny – zarazem pozytywny i negatywny – wpływ na rozwój jednostki oraz na jej funkcjonowanie społeczne (Kurtz 1988; Lewis 1992, 2000; Kaufman 1996; Bradshaw 1997; Dodziuk 1999; Leary 2000; Miller 2000; Tangney, Dearing 2002; Erikson 2004; Goffman 2005; Jakubowska 2009). Pozytywne oddziaływanie wstydu polega na społecznie sankcjonowanej ochronie cielesności i prywatności człowieka oraz pozwala na budowanie i prezentację kontrolowanego autowizerunku. Z tych powodów wstyd odgrywa ważną rolę w procesie formowania norm społecznych i wzorców zachowań, a w odniesieniu do jednostki – poczucia tożsamości społecznej i osobistej (Kaufman 1996; Erikson 2004; Kurczewski i in. 2006; Jakubowska 2012). Jednocześnie w większości źródeł podkreśla się, że wstyd należy ujmować raczej w rozumieniu bliższym potocznego, czyli jako samoświadomą emocję negatywną pełniącą złożone funkcje przez uruchamianie wyrzutów sumienia i przez to ściśle powiązaną z poczuciem winy i doświadczeniem osobistej gorszości. Wstydu doznaje się wskutek negatywnej oceny własnego postępowania przez otoczenie społeczne lub przez samego siebie w odniesieniu do zinternalizowanych standardów zachowań i norm społecznych, co wzbudza dotkliwe poczucie niższości i prowadzi do postrzegania siebie jako osoby złej, niegodnej, bezwartościowej (Kurtz 1988; Lewis 1992, 2000; Tangney 1995; Kaufman 1996; Bradshaw 1997; Dodziuk 1999; Miller 2000; Tangney, Dearing 2002; Deblinger, Runyon 2005; Stuewig, McCloskey 2005; Attachment 2010; Heyes Grieco 2012).

Za obserwowalne wskaźniki wstydu uznaje się symptomy niewerbalne, m.in. unikanie kontaktu wzrokowego, nagłe zarumienienie się, nienaturalną mimikę, „przyklejony” uśmiech, ukrywanie twarzy w dłoniach, kulenie się w sobie; a także - zmianę stylu dotychczasowych relacji, polegającą na wycofywaniu się z kontaktów i na skłonności do alienacji (Leary 2000; Miller 2000; Kroll, Egan 2004; Deblinger, Runyon 2005; Rahm, Renck, Ringsberg 2006; Ekman 2011). Wskaźnikom behawioralnym towarzyszą złożone i trudne do wyeliminowania psychiczne objawy wstydu, takie jak: lęk, niepokój, cierpienia duchowe, wyrzuty sumienia, poczucie bezwartościowości, utrata wiary w siebie, zaniżona samoocena, poczucie winy, gniew, złość. Prowadzą one do licznych form psychopatologii, a zwłaszcza do fobii społecznych i depresji, do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i zaburzeń odżywiania, do podejmowania zachowań ryzykownych, a także do wszelkich uzależnień oraz substytutów relacji międzyludzkich, złudnie traktowanych jako pomocne w przewyżnianiu negatywnych przeżyć i stanów wewnętrznych (Lewis 1992, 2000; Kaufman 1996; Miller 2000; Tangney, Dearing 2002; Stuewig, McCloskey 2005; Zayfert, DeViva, Hofmann 2005).

Długotrwałe doświadczany wstyd prowadzi do wyjątkowo negatywnych następstw oraz zarówno towarzyszy, jak i może uruchamiać każdą formę piętna. U jego źródeł leżą bowiem te same atrybuty dotkliwie dyskredytujące daną osobę i dotyczące (m.in.) wyglądu fizycznego, rasy, narodowości, wyznania, pochodzenia, cech osobowości, niepełnosprawności, orientacji seksualnej, stanu zdrowia (Ekman 1998; Leary 2000; Goffman, 2005). Wstyd łączy się przecież z odkrywaniem siebie, własnych niedostatków, ułomności fizycznych lub podatnych na zranienie aspektów Ja. Wstydu doświadcza się także wówczas, gdy nastąpi ujawnienie niepoehlebnych informacji o sobie czy rodzinie, o własnych błędach i porażkach czy o hańbiącym postępowaniu (Kurtz 1988; Kaufman 1996; Bradshaw 1997; Dodziuk 1999; Miller 2000; Tangney, Dearing 2002; Kroll, Egan 2004; Dryden 2008). Wstyd pojawia się również w określonych sytuacjach społecznych, zazwyczaj w związku z nieznanomością, przekroczeniem czy złamaniem obowiązujących norm społecznych i standardów zachowań (Leary 2000; McFall, Johnson 2006).

Źródła wstydu jest więc nieskończenie wiele, a mogą one – jak widać – być stymulowane zarówno wewnątrz, jak i zewnątrz. Na przykład wykazano, że ludzie doświadczają wstydu z powodu swego wyglądu (Leary 2000; Miller 2000; Kurczewski i in. 2006; Jakubowska 2009; Rzepa 2011), na samą wieść o zdiagnozowaniu bulimicznych zaburzeń odżywiania (Muscari 2002; McFall, Johnson 2006) czy choroby przenoszonej drogą płciową (Rzepa i in. 2012a, 2012b). Wstydu można także doświadczyć z powodu widocznych trudności z rozumieniem informacji o przyczynach bezpłodności (Myerscough, Ford 2002), o planowanym sposobie leczenia (Pawlun i in. 2006) bądź o umiejscowieniu choroby we „wstydlivej” części ciała (Ostrowska 2010; Stanisic, Rzepa 2012). Wstydu doznają osoby, które doświadczyły przemocy i były molestowane seksualnie w dzieciństwie (Deblinger, Runyon 2005; Rahm, Renck, Ringsberg 2006). Wstydzą się niedoszli samobójcy (Lester 1997), narkomani, alkoholicy i inni uzależnieni – gdyż nimi są i dobrze znają konsekwencje swego piętna oraz równie dobrze wiedzą, jak trudno się go pozbyć. Z powodu ich uzależnienia i społecznie nieakceptowanych zachowań doświadczają wstydu całe rodziny (Dodziuk 1999; Mikuła 2006; Sztander 2006; Derwich-Nowak 2010). Wstyd jest ponadto udziałem niemal każdej osoby i jej rodzinnego środowiska, jeśli ta osoba: popełniła przestępstwo, jest chora psychicznie, niezrównoważona, awanturująca się, pozostaje pod stałą opieką psychiatryczną, została dyscyplinarnie zwolniona z pracy, wykluczona z grupy, uznana za fałszywą, podstępą, niemoralną, podłą, brzydką, jąkającą się itp. (Zupancic, Kreidler 1998; Daniels, Gabel 2004; Sjöblom, Pejler, Asplund 2005; Soest i in. 2006; Hasson-Ohayon i in. 2012). Odnotowano nawet przypadek próby samobójczej motywowanej głównie przez wstyd (Kalafat, Lester 2000).

Do szczególnie stygmatyzujących, wstydlivych i budzących lęk społeczny zalicza się niektóre choroby, zwłaszcza powiązane z negatywnie ocenianą etiologią schorzenia, jego umiejscowieniem i objawami oraz możliwością zarażenia innych ludzi (Saylor, Yoder, Mann 2002; Rzepa i in. 2012c). Do tej kategorii niemal bezwyjątkowo zalicza się choroby przewlekłe, obejmujące intymne części ciała, przenoszone drogą płciową, a także choroby skóry o szpecących, widocznych objawach. Genezę większości tych chorób wiąże się z brakiem lub niedostatecznym przestrzeganiem zasad higieny, z prowadzeniem niezdrowego lub rozpustnego trybu życia czy z podejmowaniem ryzykownych zachowań seksualnych.

Cele badawcze

Wobec wyzwania sformułowanego z wyraźnym przekąsem zarówno przez Kaufmana (1996), jak i Millera (2006), że wstyd jest często traktowany przez badaczy jak temat tabu z uwagi na znaczny poziom wstydu przed wstydem, postanowiono zbadać: 1) jak ta emocja jest obecnie rozumiana; 2) jakie sytuacje społeczne są uznawane za szczególne (zewnątrzne) źródło wstydu; 3) jakie postępy osobiste są oceniane jako wyjątkowe (wewnętrzne) źródło wstydu. Dodatkowo założono, że zmienną różnicującą wypowiedzi w zakresie wymienionych problemów jest brak bądź występowanie u osób badanych przewlekłych schorzeń, zaliczanych do kategorii chorób wstydlivych¹.

¹ Badano pacjentów z łuszczycą i trądzikiem (choroby niezakaźne) oraz z kiłą (choroba zakaźna). Trądzik jest jedną z najczęściej występujących chorób dermatologicznych (ponad 80% populacji w wieku 11–30 lat). Cechuje się łojotokiem, nieprawidłowym rogowaceniem mieszków włosowych z obecnością zaskórników, zmianami zapalnymi i bliznowaceniami. Zmiany skórne lokalizują się w okolicach bogatych w gruczoły łojowe (skóra twarzy, górna część klatki piersiowej, plecy) i u niektórych pacjentów mogą utrzymywać się do 40. roku życia lub dłużej. Zapadalność u obu płci jest zbliżona, choć cięższe postaci choroby dotyczą mężczyzn (por. Webster, Rawlings 2009). Łuszczycą – to zapalna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry, o niejasnej patogenezie, charakteryzująca się występowaniem dobrze odgraniczonych, żywo czerwonych grudek i blaszek pokrytych srebrzystymi łuskami. Zmiany chorobowe najczęściej lokalizują się na wyprostnej powierzchni łokci i kolan, w okolicy krzyżowej oraz w obrębie owłosionej skóry głowy. Szczyt zachorowań na łuszczycę

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono od początku października 2012 roku do końca lutego 2013 roku w trzech grupach chorych, leczonych w tym czasie w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W skład grupy badawczej weszły: 1) osoby chore na schorzenia niezakaźne, tj. 43 osoby z łuszczycą i 43 z trądzikiem; 2) osoby chore na schorzenia zakaźne, tj. 25 chorych na kiłę. Grupę badawczą stanowiło zatem 111 pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, zaliczane do wstydlivych (Rzepa i in. 2012c). Do grupy kontrolnej weszły natomiast 103 osoby studiujące i pracujące w tym okresie w poznańskich uczelniach wyższych.

Obie grupy wypełniły autorską ankietę, złożoną z dziewięciu (grupa badawcza) i z ośmiu (grupa kontrolna) półotwartych zadań. Zadania ankietowe opracowano zarówno na podstawie dotychczasowych ustaleń empirycznych dotyczących zagadnienia wstydu (Rzepa i in. 2012c), jak i własnych doświadczeń medycznych i terapeutycznych, wynikających z pracy z osobami borykającymi się ze wstydem. Część zadań, dotyczących oceny stopnia wstydlivoci różnych chorób, sytuacji społecznych i osobistych postępów, wymagała rangowania odpowiedzi zgodnie z własnymi poglądami oraz z podaną skalą. W pozostałych zadaniach (rozumienie wstydu, powody zaliczania chorób do kategorii wstydlivych, postępowanie w wypadku zarażenia się wstydlivą chorobą, zachowanie wobec osoby świadomie zarażającej innych, najważniejsze przyczyny zarażenia chorobami wstydlivymi) należało zakreślić wskazaną liczbę odpowiedzi bądź wpisać własną. Dodatkowo pacjenci oceniali procentowo poziom wstydu doznawany z powodu własnej choroby w porównaniu z chorobą ocenioną indywidualnie jako obarczoną stuprocentowym wstydem.

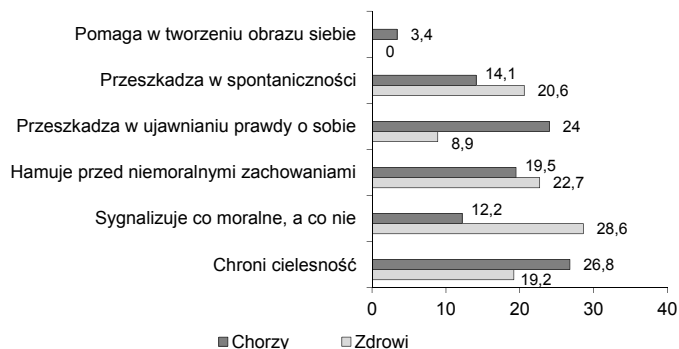
W niniejszym artykule wykorzystano odpowiedzi na trzy zadania, adekwatne do sformułowanych powyżej problemów badawczych. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu χ^2 oraz testu „U” Manna-Whitneya, zakładając poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Porównanie sposobu rozumienia wstydu przez osoby chore i zdrowe wykazało statystycznie istotne różnice (test χ^2) między tymi grupami, $p < 0,001$. Osoby chore przypisały emocji wstydu funkcję chronienia własnej cielesności i prywatności (26,8%), przeszkadzania w ujawnianiu prawdy o sobie (24,0%) i hamowania przed niemoralnymi zachowaniami (19,5%). Osoby zdrowe uznały natomiast, że funkcja wstydu polega na sygnalizowaniu tego, co jest moralne, a co nie (28,6%) oraz na hamowaniu niemoralnych zachowań (22,7%), jak również na hamowaniu spontaniczności (20,6%) – rysunek 1.

Z uwagi na znaczące różnice w zakresie pojmowania wstydu przez porównywane grupy osób postanowiono przeprowadzić pogłębioną analizę, tj. uwzględnić podział grupy badawczej zgodnie z kryterium rodzaju choroby. Analiza wykazała, że to przeważnie chorzy na łuszczycę (34,6%) przypisali emocji wstydu funkcję ochrony własnej cielesności i prywatności. W wypadku chorych na kiłę dominowały (41,3%) wskazania na wstyd jako przeszkodę w ujawnianiu prawdy o sobie, natomiast chorzy z trądzikiem uznali wstyd przede wszystkim (24,1%) za hamulec przed niemoralnymi zachowaniami (tab. 1).

przypada na okres dojrzewania i wiek 50–60 lat, lecz choroba może ujawnić się w każdym momencie życia. Łuszczycza dotyczy 1–3% populacji krajów strefy umiarkowanej (por. Kaszuba, Adamski 2012). Kiła - to groźna, układowa choroba zakaźna, przenoszona głównie drogą kontaktów płciowych za sprawą bakterii (krętek bład). Chorobę cechuje wieloletni przebieg, z długimi okresami bezobjawowymi. Różnorodność obrazu klinicznego często utrudnia diagnostykę, dlatego kiła zyskała miano „wielkiego naśladowcy”. W zależności od drogi zakażenia wyróżnia się kiłę wrodzoną i nabytą. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie zakażonych kiłą jest ponad 30 mln osób w przedziale wiekowym 15–49 lat (por. Mroczkowski 2012).



Rysunek 1. Porównanie rozumienia wstydu przez osoby chore i zdrowe

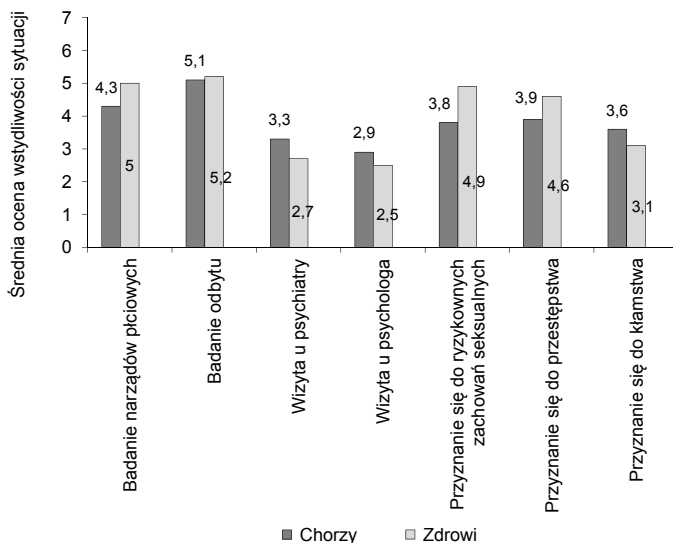
Tabela 1

Porównanie rozumienia wstydu w trzech grupach chorych

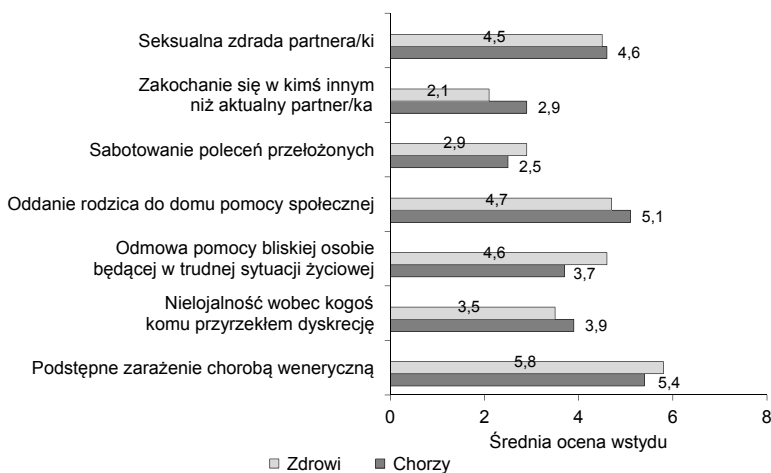
Wstyd jest uczuciem, które:	Łuszczycyca		Trądzik		Kiła	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Chroni moją cielesność	28	34,6	17	21,8	10	21,7
Sygnalizuje, co jest moralne, a co nie	8	9,9	12	15,4	5	10,8
Hamuje przed niemoralnymi zachowaniami	13	16,0	20	24,1	7	15,2
Przeszkadza w ujawnianiu prawdy o sobie	14	17,3	16	22,1	19	41,3
Przeszkadza w byciu spontanicznym	13	16,0	12	15,4	4	8,7
Pomaga w tworzeniu wizerunku siebie u innych ludzi	5	6,2	1	1,2	1	2,2
Suma	81	100,0	78	100,0	46	100,0

Następnie analizowano oceny, jakie badani przypisali poszczególnym sytuacjom społecznym ze względu na poziom ich wstydlivosti (zewnętrzne źródła wstydu). Okazało się, że zarówno osoby chore, jak i zdrowe za najbardziej wstydlive uznały: 1) wizytę u lekarza powiązaną z badaniem odbytu (średnie oceny wynosiły odpowiednio: 5,1 i 5,2 przy 7-stopniowej skali) oraz 2) wizytę u lekarza związaną z badaniem narządów płciowych (średnie: 4,3 i 5,0). Oceny różniły się co do trzeciego miejsca, ponieważ badani pacjenci za odpowiadającą tej lokacie wstydliwą sytuację uznali wizytę na policji związaną z przyznaniem się do popełnienia przestępstwa (średnia = 3,9), natomiast osoby zdrowe – wizytę u lekarza połączoną z przyznaniem się do ryzykownych zachowań seksualnych (średnia = 4,9) – rysunek 2. Różnice między porównywanymi średnimi z obu grup (test „U”) okazały się statystycznie nieistotne.

Warto dodać, że chorzy na łuszczycę i trądzik za najbardziej wstydliwą uznali wizytę u lekarza powiązaną z badaniem odbytu (odpowiednio: 5,3 i 5,2), zaś chorzy na kiłę – wizytę u lekarza połączoną z przyznaniem się do ryzykownych zachowań seksualnych (4,4).



Rysunek 2. Porównanie średnich ocen najbardziej wstydlivych sytuacji społecznych przez osoby chore i zdrowe (w skali 1-7)



Rysunek 3. Porównanie średnich ocen najbardziej wstydlivych postępów osobistych przez osoby chore i zdrowe (w skali 1-7)

Analiza wewnętrznych źródeł wstydu, związanych z własnymi czynami, wykazała, że zarówno osoby chore, jak i zdrowe za najbardziej wstydlive postęпки uznają: 1) zarażenie partnera (partnerki) chorobą weneryczną bez poinformowania go (jej) o własnej chorobie (średnie oceny wynosiły odpowiednio: 5,4 i 5,8, przy 7-stopniowej skali) oraz 2) oddanie kogoś z rodziców do domu pomocy społecznej (średnie: 5,1 i 4,7). Różnice w ocenach

wstydlivych czynów dotyczyły trzeciego miejsca, gdyż chorzy ulokowali tu seksualną zdradę partnera (partnerki) (średnia = 4,6), zaś osoby zdrowe – odmowę udzielenia pomocy komuś bliskiemu będącemu w trudnej sytuacji życiowej (średnia = 4,6). Różnice między porównywanymi średnimi z obu grup (test „U”) okazały się statystycznie nieistotne.

Warto dodać, że chorzy na łuszczycę i na kiłę za najbardziej wstydlivy czyn uznali podstępne zarażenie partnera (partnerki) chorobą przenoszoną drogą płciową (odpowiednio: 5,5 i 6,3), natomiast chorzy na trądzik – oddanie któregoś z rodziców do domu pomocy społecznej (5,3).

Dyskusja

Wstyd jest emocją nie tylko bardzo złożoną, lecz również często występującą i bardzo dotkliwą, a jednocześnie dość rzadko badaną – być może z powodu przewidywania negatywnych reakcji respondentów ze względu na sam przedmiot badań. W czasach rosnącej otwartości relacji interpersonalnych, drażliwe problemy stają się jednak coraz bardziej dostępne empirycznie. W przeprowadzonych badaniach, mimo trudności związanych z koniecznością rangowania, osoby badane przejawiały zainteresowanie zagadnieniem wstydu i nie miały problemu z udzieleniem odpowiedzi na intymne pytania, co wskazuje na społeczne zapotrzebowanie na tego typu wiedzę.

Przeprowadzone badania ujawniły, że osoby zdrowe pojmują wstyd jako emocjonalne narzędzie ukształtowane dzięki funkcjonowaniu w świecie społecznym, które umożliwia im odróżnianie dobra od zła, tj. tego co moralne od tego, co moralnym nie jest. Wstyd pełni zatem u większości (51,3%) badanych osób zdrowych pozytywne funkcje społeczne, gdyż uruchamia wyrzuty sumienia hamujące przed niemoralnymi zachowaniami, a tym samym umożliwia sprawowanie kontroli behawioralnej. Jednocześnie – i niejako w konsekwencji – wstyd przeszkadza osobom zdrowym w ujawnianiu pełnej spontaniczności (20,6%), gdyż stawia przed nimi barierę norm i ról społecznych oraz akceptowanych wzorców zachowań. Definiowanie emocji wstydu przez przypisywanie jej wymienionych funkcji społecznych zbliża takie rozumienie pojęcia do stanowiska tych badaczy problemu, którzy zwracają uwagę zarówno na pozytywne, jak i negatywne aspekty wstydu (Kurtz 1988; Lewis 1992, 2000; Tangney 1995; Kaufman 1996; Bradshaw 1997; Miller 2000; Tangney, Dearing 2002; McFall, Johnson 2006; Kurczewski i in. 2006; Attachment 2010; Heyes Grieco 2012; Jakubowska 2009, 2012).

Rozumieniu wstydu przez osoby chore należy natomiast przypisać wątpliwe, pod względem terapeutycznym, funkcje adaptacyjne, związane z przewlekłym rodzajem chorób i ich negatywnym odbiorem społecznym. Osoby z łuszczycą i trądzikiem – schorzeniami, których objawy są często bardzo widoczne i wywołujące negatywne emocje i zachowania, niejednokrotnie mogły się przekonać jak bolesne jest piętno ich choroby (Miniszewska 2011; Rzepa 2011; Sampogna, Tabolli, Abeni 2012), dlatego w ich wypadku wstyd był pojmowany głównie defensywnie (56,4%), tj. jako swoista tarcza chroniąca własną cielesność i intymność oraz uzasadniająca staranny kamuflaż widocznych symptomów choroby. Tym samym wstyd przeszkadzał badanym pacjentom w ujawnianiu prawdy o sobie (39,4%), a przez to – paradoksalnie aczkolwiek nadal obronnie – umożliwiawał zaprzeczanie chorobie i fałszowanie jej objawów. W dłuższej perspektywie takie radzenie sobie ze wstydem może prowadzić do wskazanych negatywnych następstw, jak lęki, depresja, fobie, ograniczanie kontaktów społecznych, a nawet izolowanie się od innych ludzi (Kurtz 1988; Lewis 1992, 2000; Kaufman 1996; Tangney 1995; Bradshaw 1997; Dodziuk 1999; Leary 2000; Miller 2000; Tangney, Dearing 2002; Rzepa 2011).

Na szczególną uwagę zasługuje rozumienie wstydu przez chorych na kiłę, które okazało się na tyle szczere, co niepokojące. Najwięcej wskazań (41,3%) świadczyło o tym, że wstyd przeszkadza pacjentom w ujawnianiu prawdy o sobie, co w sytuacji przebywania w klinice z powodu kiły należy interpretować jako obronną barierę przed ujawnianiem prawdy o swojej chorobie. Jeśli do tej interpretacji dołączyć dane informujące o najwyższym (w porównaniu z pozostałymi grupami badawczymi) poziomie wstydlivości przypisanym przez tych pacjentów wizycie u lekarza, związanej z przyznaniem się do ryzykownych zachowań seksualnych, to przy takim podejściu należy bardzo poważnie liczyć się z zagrożeniem rozprzestrzeniania się choroby. Pacjenci z kiłą wskazali bowiem szczerze na hamującą, obronną funkcję wstydu, który w przypadku zakaźnej choroby bez widocznych objawów stanowi poważne niebezpieczeństwo dla zdrowych ludzi.

Pewną nadzieję na to, że tak rozumiana funkcja wstydu jest odnoszona przez chorych na kiłę wyłącznie do osób z dalszych kręgów społecznych, z którymi nie przewidują kontaktów seksualnych, daje wysoka ocena (6,3 przy maksimum wynoszącym 7,0) wstydlivości czynu, polegającego na podstępnyim zarażeniu bliskiej osoby chorobą przenoszoną drogą płciową. Jednocześnie omawiane wyniki można potraktować jako wskaźnik wewnętrzne-go konfliktu między tendencją do uczciwości i prawdowości a dążeniem do ochrony swego wizerunku przez chorych na kiłę (Goffman 2005; Jeynes, Chung, Challenor 2009; Rzepa i in. 2012a, 2012b).

Jeśli zaś chodzi o niemal zgodne stanowiska ogółu osób badanych, dotyczące czy to oceny wstydlivości sytuacji społecznych jako zewnętrznych źródeł wstydu, czy też oceny wstydlivości postępów osobistych jako jego źródeł wewnętrznych, to można je potraktować jako ustalenie ważne dla lekarzy (proktologów, ginekologów i dermatologów) oraz dla policji. Przedstawiciele tych służb powinni bowiem się liczyć z hamującą funkcją wstydu, która może poważnie zaburzać zachowania człowieka, a której uruchamianie jest związane z czynnościami właściwymi dla zawodów medycznych czy dla policjantów. O powszechności zachowań podyktowanych wstydem świadczy brak różnic co do ich ocen sformułowanych przez osoby chore i zdrowe. To ustalenie jest zgodne z informacjami zawartymi w literaturze przedmiotu (Kurtz 1988; Myerscough, Ford 2002; Goffman 2005; Tangney, Dearing 2002; Dryden 2008; Ekman 2011; Stanisic, Rzepa 2012; Hasson-Ohayon i in. 2012).

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie sposobów rozumienia wstydu przez osoby zdrowe i chore na przewlekłe a zarazem wstydlive schorzenia oraz oceny poziomu wstydlivości różnych sytuacji społecznych i osobistych postępów. O ile choroba czy jej brak zasadniczo nie różnicują oceny poziomu wstydlivości możliwych źródeł tej wieloaspektowej emocji, o tyle jej rozumienie zróżnicowało badanych z uwagi na funkcje przypisywane wstydlivości w zależności nie tylko od stanu zdrowia, lecz także – od rodzaju choroby. Opisane ustalenia mogą być pomocne w profilaktyce i terapii wstydu oraz jego patologicznych skutków, związanych z większością relacji międzyludzkich, szczególnie zaś z relacją „lekarz/terapeuta–pacjent”.

LITERATURA

- Attachment 2010, www.attachmentdisordermaryland.com/shame+attachment.htm (9.03.2013).
- Bradshaw J. 1997, *Toksyczny wstyd. Jak uzdrowić wstyd, który cię zniewala*, Akuracik, Warszawa.
- Daniels D., Gabel R. 2004, *The impact of stuttering on identity construction*, „Topics in Language Disorders”, nr 24.

- Deblinger E., Runyon M.K. 2005, *Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment*, „Child Maltreatment”, nr 10.
- Derwich-Nowak A. 2010, *Patologiczny hazard*, Difin, Warszawa.
- Dodziuk A. 1999, *Wstyd*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Dryden W. 2008, *Jak pokonać wstyd*, Wydawnictwo JK, Łódź.
- Ekman P. 1998, *Wszystkie emocje są podstawowe*, w: *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R.J. Davidson, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Ekman P. 2011, *Emocje ujawnione. Odkryj, co ludzie chcą przed Tobą zataić i dowiedz się czegoś więcej o sobie*, Sensus, Gliwice.
- Erikson E.H. 2004, *Tożsamość a cykl życia*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Goffman E. 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Hasson-Ohayon I., Ehrlich-Ben Or S., Vahab K., Amiaz R., Weiser M., Roe D. 2012, *Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness*, „Psychiatry Research”, nr 2–3.
- Hayes Grieco, M. 2012, <http://innerself.com/content/self-help/behavior-modification/attitudes-transformed/perfectionism/7894-about-unhealthy-self-destructive-shame.html> (15.03.2013).
- Jakubowska H. 2009, *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- Jakubowska H. 2012, www.przehladsocjologiijakosciowejorg/Volume19/PSJ_8_2_Jakubowska.pdf (13.05.2013).
- Jeynes C., Chung M.C, Challenor R. 2009, *Shame on you' – the psychosocial impact of genital warts*, „International Journal STD/ AIDS”, nr 8.
- Kalafat J., Lester D. 2000, *Shame and suicide: a case study*, „Death Studies”, nr 2.
- Kaszuba A., Adamski Z. 2012, *Poradnik lekarza praktyka. Dermatologia*, Czelej, Lublin.
- Kaufman G. 1996, *The psychology of shame: theory and treatment of shame-based syndromes*, Springer, New York.
- Kroll J., Egan E. 2004, *Psychiatry, moral worry, and the moral emotions*, „Journal of Psychiatric Practice”, nr 10.
- Kurczewski J.M., Łaciak B., Herman A., Dzido D., Suflida A. 2006, *Praktyki cielesne*, Trio, Warszawa.
- Kurtz E. 1988, *Wstyd i poczucie winy*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Leary M. 2000, *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Lester D. 1997, *The role of shame in suicide*, „Suicide and Life-Threatening Behavior”, nr 4.
- Lewis M. 1992, *Shame. The exposed self*, Free Press, New York.
- Lewis M. 2000, *The emergence of human emotions*, w: *Handbook of emotions*, red. M. Lewis, J. Haviland-Jones, Guilford Press, New York.
- McFall L., Johnson V. 2006, *Shame: concept analysis*, „The Journal of Theory Construction and Testing”, nr 13 (2).

- Mikuła J. 2006, *Rodzina z problemem alkoholowym*, PARPA, Warszawa.
- Miller M. 2006, Shame and psychotherapy. www.columbiapsych.com/shame_miller.html (14.03.2013).
- Miller R.S. 2000, *Niepewność i zakłopotanie. O pokonywaniu niechcianych uczuć*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Miniszewska J. 2011, *Jakość życia i poziom zasobów osobistych u osób chorych na łuszczycę*, w: *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, red. T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba, Cornetis, Wrocław.
- Mroczkowski T.F. 2012, *Choroby przenoszone drogą płciową*, Czelej, Lublin.
- Muscari M. 2002, *Effective management of adolescents with anorexia and bulimia*, „Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services”, nr 40.
- Myerscough Ph.R., Ford M. 2002, *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Ostrowska A. 2010, www.fzk.org.pl/publikacja-profilaktyka-raka-szyjki-macicy-i-raka-piersi--wiedza-postawy-i-zachowania-kobiet-9.html (13.03.2013).
- Pawlun M., Dzieciuchowicz Ł., Brzuzgo K., Brzeziński J.J., Wysocki J. 2006, *Wiedza chorych o planowanym leczeniu operacyjnym*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, nr 9.
- Rahm G.B., Renck B., Ringsberg K.C. 2006, *Disgust, disgust beyond description – shame cues to detect shame in disguise, in interviews with women who were sexually abused during childhood*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, nr 13.
- Rzepa T. 2011, *Choroby skóry jako niszczące piętno*, w: *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, red. T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba, Cornetis, Wrocław.
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Szramka-Pawlak B. 2012a, *Kiła i jej konsekwencje jako zapomniany problem zdrowia publicznego*, „Polityka Społeczna”, nr 3.
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Szramka-Pawlak B. 2012b, *Świadomość stygmatu własnej choroby a wizerunek samego siebie*, „Opuscula Sociologica”, nr 1.
- Rzepa T., Jakubowicz O., Skopińska S., Żaba R. 2012c, *Wstydliva choroba a orientacja seksualna – badania wstępne*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 3.
- Sampogna F., Tabolli S., Abeni D. 2012, *Living with psoriasis: prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life*, „Acta Dermato-Venereologica”, nr 92.
- Saylor C., Yoder M., Mann R.J. 2002, *Stigma*, w: *Chronic illness: impact and interventions*, red. I.M. Lubkin, P.D. Larsen, Jones & Bartlett, Boston.
- Sjöblom L.M., Pejler A., Asplund K. 2005, *Nurses' view of the family in psychiatric care*, „Journal of Clinical Nursing”, nr 14.
- Soest T. von, Kvaalem I.L., Skolleborg K.C., Roald H.E. 2006, *Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, nr 117.
- Stanisic M., Rzepa T. 2012, *Attitude towards one's illness vs. attitude towards a surgical operation, displayed by patients diagnosed with asymptomatic abdominal aortic aneurysm and asymptomatic internal carotid artery stenosis*, „International Angiology”, nr 4.
- Stuewig J., McCloskey L.A. 2005, *The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency*, „Child Maltreatment”, nr 10.

- Sztander W. 2006, *Poza kontrolą*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Tangney J.P. 1995, *Shame and guilt in interpersonal relationships*, w: *Self-conscious emotions. The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*, red. J.P. Tangney, K.W. Fisher, Guilford Press, New York.
- Tangney J.P., Dearing R.L. 2002, *Shame and guilt (emotions and social behavior)*, Guilford Press, New York.
- Webster G.F., Rawlings A.V. 2009, *Trądzik. Diagnostyka i leczenie*, Czelej, Lublin.
- Zayfert C., DeViva J.C., Hofmann S.G. 2005, *Co-morbid PTSD and social phobia in a treatment-seeking population: an exploratory study*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, nr 193.
- Zupancic M.K., Kreidler M.C. 1998, *Shame and the fear of feeling*, „Perspectives in Psychiatric Care”, nr 34.

PERCEPTION OF SHAME AND ASSESSMENT OF ITS SOURCES BY HEALTHY POPULATIONS AND PATIENTS SUFFERING FROM EMBARRASSING ILLNESSES

SUMMARY The study aims at investigating the following: 1) contemporary perception of shame; 2) social situations that are perceived as external sources of shame; 3) individual actions that are perceived as internal sources of shame. It was assumed that the differentiation variable would be the absence or presence of chronic embarrassing conditions in the studied population. The study was conducted between October 2012 and March 2013 in three subgroups of patients treated at the Department of Dermatology and Venereology, Poznan University of Medical Sciences. In total, 111 patients were included into the study group (43 acne, 43 psoriasis and 25 syphilis cases), while 103 students and/or employees of Poznań colleges comprised the control group. The respondents filled in an original questionnaire, designed especially for the purpose of the study, consisting of 9 and 8 half-open tasks for the study group and the control group, respectively. The questionnaires were designed on the basis of medical and psychotherapeutic experiences of the investigating team. The χ^2 test and U Mann-Whitney test were used for statistical analysis with $p < 0.05$ as statistically significant.

KEYWORDS EMBARRASSING ILLNESSES, SHAME, SYPHILIS, ACNE, PSORIASIS