

# Wstyd doświadczany z powodu własnej choroby a satysfakcja życiowa

Teresa Rzepa\*

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Ryszard Żaba, Oliwia Jakubowicz

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## SHAME EXPERIENCED DUE TO ILLNESS VERSUS LIFE SATISFACTION

The study aimed at investigating the following: 1) shame level of patients concerning illnesses commonly perceived as “embarrassing”; 2) how these patients evaluate their life satisfaction – assuming that its low level correlates with the high level of shame. Material and methods: The study was conducted in years 2011-2013. Three groups of patients were included into the study, these were: 43 with acne, 43 with psoriasis, 25 with syphilis. The Satisfaction Life Scale (SWLS) by Z. Juczyński (2001) was used in the studies. Moreover, for the purposes of the study our original questionnaire was used. A Kruskal-Wallis test, a  $\chi^2$  test, a test comparing two indicators of structure, and a Spearman’s rank correlation coefficient were used in the statistical analysis, with  $p < .05$  considered as statistically significant. Results: Acne patients found syphilis the most embarrassing, while syphilis and psoriatic patients found AIDS the most embarrassing. Syphilis patients claimed the highest level of shame, while the lowest level was presented by acne patients. Statistically significant differences in the average level of satisfaction with one’s life were not observed. Conclusions: These results may be useful in everyday psychological and medical practice, especially in the prevention and therapy of shame, as well as in its pathological consequences.

**Key words:** shame, shameful disease, life satisfaction

## WPROWADZENIE

Wstyd – to dotycząca „ja” emocja wielowymiarowa, której przypisuje się silny (pozytywny i negatywny) wpływ na rozwój człowieka oraz na jego funkcjonowanie społeczne (Tomkins, 1963; Lewis, 1971; Kurtz, 1988; Kaufman, 1996; Leary, 2000; Miller, 2000; Tangney i Dearing, 2002; Goffman, 2005). Pozytywne oddziaływanie wstydu polega na społecznie i kulturowo usankcjonowanej ochronie cielesności i prywatności człowieka oraz pozwala na tworzenie i prezentację kontrolowanego obrazu siebie (Leary, 2000; Jakubowska, 2009). Tym samym wstyd odgrywa ważną rolę w procesie formowania i nabywania wzorów zachowań i norm społecznych, kształtując poczucie tożsamości społecznej i osobistej (Kaufman, 1996; Erikson, 2004; Czub i Brzezińska, 2013).

W większości naukowych źródeł podkreśla się, iż wstyd należy ujmować w rozumieniu bliższym potocznego, czyli jako złożoną emocję negatywną uruchamiającą poczucie osobistej gorszości i bezwartościowości, bezsilność, a nawet pogardę i złość wskutek niekorzystnej oceny samego

siebie (Lewis, 1971; Tangney i Dearing, 2002; Jakubik, 2003; Strus, 2012) lub swego postępowania w odniesieniu do zinternalizowanych standardów oraz norm i ocen społecznych (Buss, 2003; Kroll i Egan, 2004; Stuewig i McCloskey, 2005; Strus, 2012). W literaturze naukowej wstyd jest konsekwentnie odróżniany od częściej badanej i „bardziej moralnej” emocji, jaką jest poczucie winy powiązane z wyrzutami sumienia, żalem, potrzebą zadośćuczynienia i skruchą. Chociaż podkreśla się trudności z ustaleniem jasnych kryteriów owego rozróżnienia, to – w odwołaniu m.in. do teorii samoświadomości prywatnej i publicznej (Buss, 1980) – zwykło się przyjmować, że poczucie winy jest związane ze świadomością prywatną, zaś wstyd – z publiczną. Zatem wstyd to przeżycie generowane społecznie, wynikające z porównawczej oceny własnej pozycji w hierarchii społecznej jako „gorszej” niż innych ludzi oraz łączące się z dążeniem do poprawy i utrzymania pozytywnego wizerunku siebie w środowisku społecznym (Harwas-Napierała i Trempała, 1991; Leary, 2000; Buss, 2003; Jakubik, 2003; Strus, 2012).

Doświadczanie wstydu prowadzi do spadku samooceny, wiary w siebie i poczucia własnej wartości, a tym samym do spostrzegania siebie jako osoby niegodnej, złej, beznadziejnej – z określonymi konsekwencjami generowania takich sądów o sobie (Tangney i Dearing, 2002; Attachment, 2010; Heyes Grieco, 2012; Strus, 2012).

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Teresa Rzepa, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu, ul. gen. Tadeusza Kutrzeby 10, 61-719 Poznań. trz@data.pl

Przeżywanie wstydu ma bowiem zarówno intrapsycho-  
niczny charakter, jak i jest źródłem problemów interpersonal-  
nych związanych z różnymi formami psychopatologii  
towarzyszącymi tej emocji. Zaobserwowano bowiem dwa  
sposoby reagowania na doświadczanie wstydu, tj. albo  
wycofanie się i przygnębienie albo wzbudzenie agre-  
sji i gniewu skierowanych na innych ludzi (Tangney  
i Dearing, 2002; Lewis, 2005). W następstwie tego typu  
reakcji mogą się pojawić fobie społeczne i depresja, za-  
burzenia obsesyjno-kompulsywne i zaburzenia odżywiania,  
a także do uzależnień złudnie traktowanych jako pomoc-  
ne w przezwyciężaniu negatywnych przeżyć (Kaufman,  
1996; Dodziuk, 1999; Miller, 2000; Tangney i Dearing,  
2002; Lewis, 2005; Stuewig i McCloskey, 2005; Derwich-  
Nowak, 2010).

Źródeł wstydu jest nieskończenie wiele i zasadniczo  
mają one charakter społeczny. Na przykład wykazano,  
że ludzie doświadczają wstydu z powodu swego wyglą-  
du, ułomności czy niedostatków fizycznych (Leary, 2000;  
Miller, 2000; Jakubowska, 2009), po zdiagnozowaniu  
bulimicznych zaburzeń odżywiania (McFall i Johnson,  
2006) czy chorób przenoszonych drogą płciową (Rzepa  
i in., 2012a, 2012b, 2012c). Wstydu można także do-  
świadczyć z powodu trudności z rozumieniem informacji  
medycznych (Myerscough i Ford, 2002), bądź na wiadomo-  
ść o umiejscowieniu choroby we „wstydlivej” części  
ciała (Stanisic i Rzepa 2012). Wstydu doznają osoby,  
które ujawniają doświadczenia związane z przemocą  
i molestowaniem seksualnym w dzieciństwie (Deblinger  
i Runyon, 2005; Rahm i in., 2006). Wstydem się niedo-  
szli samobójcy (Lester, 1997), narkomani, alkoholicy  
i inni uzależnieni oraz członkowie ich rodzin (Dodziuk,  
1999; Mięka, 2006; Sztander, 2006; Derwich-Nowak,  
2010). Wstyd jest ponadto udziałem niemal każdej oso-  
by i jej rodziny, jeśli ta osoba: popełniła przestępstwo,  
jest chora psychicznie, została dyscyplinarnie zwolniona  
z pracy, uznana za fałszywą czy podstępną itp. (Zupan-  
cic i Kreidler, 1998; Hasson-Ohayon i in., 2012). Wstydu  
doświadcza się także wskutek ujawnienia niepocheb-  
nych informacji o sobie i swojej rodzinie, o popełnionych  
błędach i doznanych porażkach (Kurtz, 1988; Kaufman,  
1996; Bradshaw 1997; Miller, 2000; Kroll i Egan 2004;  
Dryden, 2008).

Jeśli wstyd jest doświadczany przez dłuższy czas, to  
może przybrać formę piętna, u którego źródeł leżą te  
same atrybuty dyskredytujące daną osobę. Najczęściej  
dotyczą one wyglądu fizycznego, narodowości, wyznania,  
pochodzenia, niepełnosprawności, orientacji seksualnej,  
stanu zdrowia (Leary, 2000; Goffman, 2005). Do szcze-  
gólnie stygmatyzujących, wstydlivych i budzących lęk  
społeczny zalicza się niektóre choroby, zwłaszcza powią-  
zane z negatywnie ocenianą etiologią schorzenia, jego  
 umiejscowieniem i objawami oraz możliwością zarażenia  
innych ludzi (Saylor i in., 2002; Goffman, 2005; Stangor  
i Crandall, 2008; Rzepa i in., 2012c). Genezę większo-  
ści tych chorób wiąże się z niedostatecznym przestrze-  
ganiem zasad higieny, z prowadzeniem niezdrowego lub

rozpustnego trybu życia czy z podejmowaniem ryzykow-  
nych zachowań seksualnych. Do tej kategorii niemal bez-  
wyjątkowo zalicza się choroby przewlekłe, obejmujące  
intymne części ciała, przenoszone drogą płciową, a także  
choroby skóry o szpecących, trudnych do ukrycia obja-  
wach (Biernat i Dovidio, 2008). Osobiste doświadczenie  
tego rodzaju chorób może prowadzić do spadku satysfak-  
cji z życia (Heszen i Sęk, 2007; Hebl i in., 2008).

W potocznym rozumieniu, pojęcie satysfakcji z życia  
odnosi się do oceny całokształtu egzystencji człowieka  
w kontekście zadowolenia z aktualnej sytuacji życio-  
wej, z realizacji założonych celów czy długoterminowych  
planów. W literaturze naukowej to pojęcie traktuje się  
jako synonimiczne lub zbliżone zakresowo do poczucia  
szczęścia, zadowolenia z życia, dobrostanu psychicznego,  
pozytywnej postawy życiowej, poczucia wysokiej jakości  
życia itp. (Czapiński, 2001). Najczęściej jednak satysfak-  
cja z życia jest traktowana jako proces poznawczo-afek-  
tywny ukierunkowany na analizę i ocenę dokonywaną w  
odniesieniu do standardów osobistych i dotyczącą aktu-  
alnej sytuacji życiowej (Juczyński, 2001).

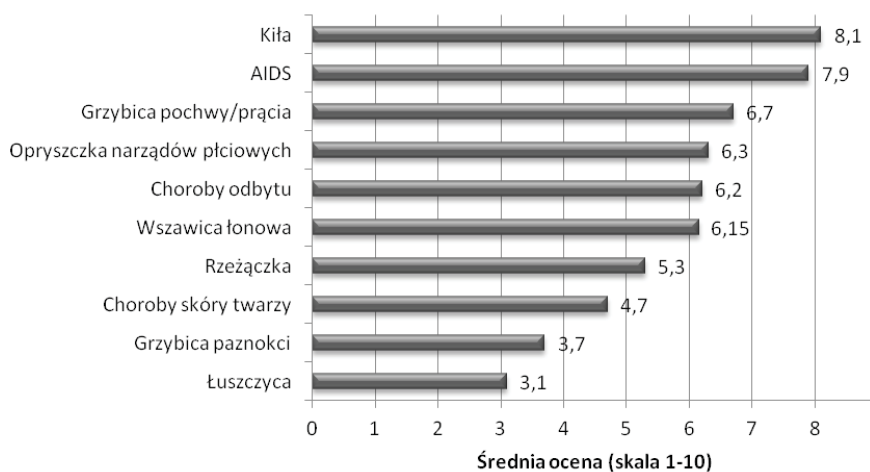
## CELE

Wobec wyzwania sformułowanego przez badaczy zaj-  
mujących się problemem wstydu (Kaufman, 1996; Mil-  
ler, 2006), iż często jest on traktowany jak temat tabu,  
postanowiono zbadać: 1) jaki poziom wstydu przypisu-  
ją własnym chorobom pacjenci ze schorzeniami zaliczany-  
mi do wstydlivych; 2) jak chorzy oceniają satysfakcję  
z własnego życia oraz czy jej niski poziom koreluje z wy-  
sokim poziomem wstydu przypisywanym własnej choro-  
bie.

## METODY BADAWCZE

Dwuetapeowe badania przeprowadzono w latach 2011-  
2013. Najpierw 4 lekarzy różnych specjalności (dermato-  
log/wenerolog, psychiatra, internista, neurolog) ustaliło  
wyjściową listę 35 chorób powszechnie kojarzonych (ich  
zdaniem) z przeżywanym wstydem. Po badaniach pilota-  
żowych, polegających na sporządzeniu przez 23 lekarzy  
różnych specjalności listy rankingowej wyłonionych 35  
chorób w układzie od najbardziej do najmniej wstydliv-  
wych, ustalono zestaw dziesięciu chorób, które uzyskały  
najwięcej wskazań ze względu na kryterium wstydlivo-  
ści. Następnie, zestaw dziesięciu najbardziej wstydliv-  
wych chorób został oceniony przez 533 osoby (368 kobiet  
i 165 mężczyzn w wieku od 21 do 68 lat, studiujących lub  
zatrudnionych w Uniwersytecie Szczecińskim). Zada-  
niem osób badanych było uporządkowanie podanego ze-  
stawu chorób za pomocą skali od 1 do 10, przy czym „10”  
oznaczało chorobę najbardziej, a „1” – najmniej wsty-  
dlivą. Ostateczną listę najbardziej wstydlivych chorób  
ustalono na podstawie średnich ocen przypisanych każ-  
demu schorzeniu (Rycina 1).

Za zgodą Komisji Etycznej Uniwersytetu Medycznego  
w Poznaniu, do drugiego etapu badań dobrano trzy grupy



Ryc. 1. Zestawienie chorób ocenionych jako najbardziej wstydlive w pierwszej fazie badań

pacjentów ze schorzeniami mieszczącymi się w pierwszej dziesiątce chorób uznanych za najbardziej wstydlive, tj. 111 pacjentów leczonych od pierwszych dni września 2012 do połowy marca 2013 roku w Klinice Dermatologii i Wenerologii UM. Były to: 1) osoby chore na niezakaźne schorzenia skórne, tj. 43 osoby z trądzikiem i 43 z łuszczycą; 2) osoby chore na schorzenia zakaźne, tj. 25 chorych na kiłę.

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 osób mogą utrzymywać się do 40. roku życia lub dłużej. Zapadalność u obu płci jest zbliżona, choć cięższe postaci choroby dotyczą mężczyzn (Żaba, 2011).

Łuszczyca – to zapalna, przewlekła i nawrotowa choroba skóry, o niejasnej patogenecie. Cechuje 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 przypada na okres dojrzewania i wiek 50-60 lat, lecz choroba może ujawnić się w każdym momencie życia. Łuszczyca dotyczy 1-3% ludzi zamieszkujących w strefie umiarkowanej (Kaszuba i Adamski, 2012).

Kiła – to groźna, układowa choroba zakaźna, przenoszona głównie drogą kontaktów płciowych za sprawą bakterii (krętek błady). 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 ca-

łym świecie zakażonych kiłą jest ponad 30 milionów osób w wieku 15-49 lat (Mroczkowski, 2012).

W badaniach wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) w adaptacji Z. Juczyńskiego (2009). Wskaźnik rzetelności skali wynosi .81, a wskaźnik jej stałości .86. Skala służy do oceny satysfakcji z życia, rozumianej jako rezultat porównania aktualnej sytuacji życiowej z własnymi standardami oraz składa się z pięciu twierdzeń ocenianych na siedmiopunktowej skali.

Ponadto w badaniach wykorzystano autorską ankietę, złożoną z dziewięciu półotwartych zadań z rozbudowanym zestawem odpowiedzi. Ankietę opracował zespół badaczy na podstawie kilkuletnich doświadczeń medycznych i psychoterapeutycznych w pracy z pacjentami doświadczającymi wstydu z powodu własnych chorób. Pierwsze pytanie dotyczyło rozumienia wstydu i polegało na wskazaniu maksymalnie dwóch spośród sześciu definicji wstydu. Dwa kolejne wymagały uporządkowania – ze względu na kryterium siły doświadczanego wstydu oraz za pomocą skali od 7 do 1 – różnych sytuacji społecznych (np.: przyznanie się do ryzykownych zachowań seksualnych, do zaburzeń psychicznych, do świadomego zarażenia drugiej osoby chorobą przenoszoną drogą płciową). Czwarte zadanie polegało na uporządkowaniu (skala od 10 do 1) listy dziesięciu najbardziej wstydlivych chorób, ustalonej w pierwszym etapie badań (Rycina 1). Po czym (zadanie 5) należało określić za pomocą skali procentowej (od 1 do 100), na ile osoba badana ocenia wstydlivość własnej choroby, jeśli poziom tej wstydlivości odnieść do schorzenia uznanego przez nią za najbardziej wstydlive, tj. do tego, któremu przypisała 10 punktów w poprzednim zadaniu. Następne pytanie odnosiło się do przyczyn wstydlivości dziesięciu chorób porządkowanych w zadaniu czwartym. Z podanej listy (np. budzą wstępną, łatwo się nimi zarazić, chorzy nie przyznają się do takich chorób) należało wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi. Zadanie siódme dotyczyło własnej

reakcji na wiadomość o chorobie (np.: udałem/-am się do odpowiedniego lekarza, przejrzałem/-am internetowe informacje na temat tej choroby, kompletnie zlekceważyłem/-am objawy). Natomiast w zadaniu ósmym należało opisać reakcję osoby najbliższej pacjentowi na informację o chorobie (np.: natychmiast zapisał/-a się do odpowiedniego lekarza, zerwał/-a ze mną wszelkie więzi, nic nie zrobił/-a). Ostatnie zadanie polegało na wskazaniu dowolnej liczby odpowiedzi dotyczących możliwych niebezpieczeństw rozprzestrzeniania się chorób uznanych za najbardziej wstydlive (np.: brak dbałości o codzienną higienę, bagatelizowanie objawów choroby, lekceważenie wymogu starannego mycia rąk, przygodne stosunki seksualne, niedostateczna edukacja). W niniejszym tekście wykorzystano odpowiedzi na pytania 4 i 5.

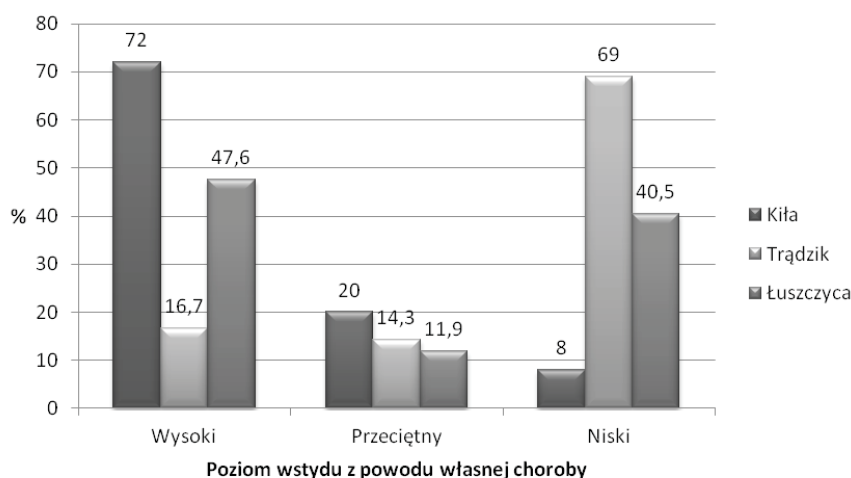
Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, testu do porównań dwóch wskaźników struktury oraz współczynnika korelacji rang Spearmana, zakładając poziom istotności  $p < .05$ .

## REZULTATY

Zestawienie chorób ocenionych w pierwszym etapie badań jako obarczonych największym wstydem zaprezentowano na Rycinie 1.

Analiza procentowych wskaźników dotyczących oceny wstydlivosti przypisanej przez pacjentów własnej chorobie w porównaniu do schorzenia ocenionego jako najbardziej wstydlive wykazała, że najwyższy poziom wstydu przypisali swej chorobie pacjenci z kiłą (średnio 75%), a najniższy – pacjenci z trądzikiem (średnio 30%). Chorzy na łuszczycę ocenili wstyd doświadczony wskutek swej choroby jako odpowiadający 52%. Różnice w zakresie poziomu wstydu doznawanego przez badane grupy pacjentów okazały się istotne statystycznie (test Kruskala-Wallisa,  $p = .0001$ ). Test wielokrotnych porównań wykazał, że różnice te zachodzą między średnią oceną wstydu we wszystkich porównywanych grupach, tj.: 1) chorych na kiłę i trądzik ( $p = .0001$ ); 2) chorych na kiłę i łuszczycę ( $p = .02$ ); 3) chorych na trądzik i łuszczycę ( $p = .0135$ ).

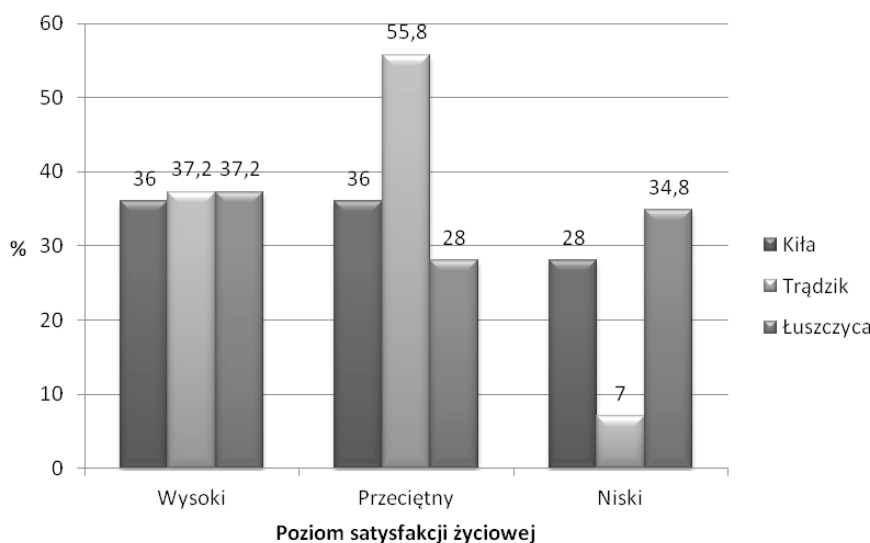
Wyniki uzyskane przez poszczególne grupy pacjentów skategoryzowano na trzech poziomach. Wysoki poziom wstydu ujawniło najwięcej chorych na kiłę. Większość chorych na trądzik oceniła poziom wstydu z powodu własnej choroby jako niski. Pacjenci z łuszczycą ocenili swą chorobę jako niemal na równi obciążoną wysokim albo niskim wstydem. Jako przeciętnie wstydlivą najczęściej oceniali swą chorobę pacjenci z kiłą, następnie – chorzy na trądzik i łuszczycę (Rycina 2).



Ryc. 2. Poziom wstydu z powodu własnej choroby w ocenie badanych pacjentów

Odpowiedzi osób badanych w drugim etapie pozwoliły na ustalenie, że za obciążoną największym wstydem chorzy na trądzik uznali kiłę (średnia ocena = 7.6), a pacjenci z kiłą i łuszczycą – AIDS (odpowiednio: 9.0 i 7.9). U chorych na kiłę i łuszczycę kiła znajdowała się na miejscu drugim (odpowiednio: 7.5 i 7.7), zaś chorzy na trądzik na drugim miejscu ulokowali choroby odbytu (średnia ocena = 6.6).

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi grupami pacjentów w zakresie średniej oceny satysfakcji z życia. Porównanie wyników skategoryzowanych na trzech poziomach wykazało, że chorzy na trądzik, łuszczycę i kiłę w podobnych odsetkach (36-37%) ocenili swą satysfakcję życiową jako wysoką. Jako przeciętną ocenili ją przeważnie pacjenci z trądzikiem, którzy zarazem najrzadziej wskazali na niskie oceny.



Ryc. 3. Porównanie poziomu satysfakcji życiowej w trzech grupach pacjentów

Przeciętnie i nisko ułokowali oceny swej satysfakcji życiowej chorzy na kiłę i łuszczycę, z tym, że pacjenci z kiłą częściej oceniali swą satysfakcję życiową jako przeciętną, a pacjenci z łuszczycą – jako niską (Rycina 3).

Następnie dokonano analizy zależności między poziomami wstydu przypisanego własnej chorobie a poziomami satysfakcji życiowej (Tabela 1), wykazując przeciętną ujemną korelację analizowanych zmiennych w grupie chorych na kiłę.

**Tabela 1**  
Poziom wstydu przypisanego własnej chorobie a poziom satysfakcji życiowej

Pacjenci	N	Wsp. kor. r	p
kiła	25	-.4587*	.0211*
trądzik	43	-.2621	.0936
łuszczyca	43	-.0118	.9407

\* – poziom istotny statystycznie  
Źródło: badania własne

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Według 533 osób uczestniczących w pierwszej fazie badań, kiła, choroby skóry twarzy oraz łuszczyca znalazły się wśród dziesięciu najbardziej wstydlivych chorób. Ustalona lista raczej różni się niż jest zbliżona do międzynarodowego zestawienia dziesięciu najbardziej napiętnowanych schorzeń, ponieważ wyznacznikiem piętna nie musi (lecz może) być wstyd (Pappas, 2011). Dlatego na porównywanej liście znalazły się choroby nowotworowe

(rak odbytu i płuc) oraz otyłość, ale i zaburzenia erekcji, choroby psychiczne, AIDS i łuszczyca. Zaistniałe różnice można wyjaśnić w odwołaniu zarówno do metodologii konstruowania listy napiętnowanych chorób, jak i do poziomu potocznej wiedzy na temat stygmatyzowanych schorzeń, a także w odwołaniu do częstości ich występowania na danym obszarze.

Przeciętnie satysfakcję z własnego życia oceniło blisko 56% pacjentów z trądzikiem, zarazem najrzadziej oceniających ją nisko (7%) oraz w odsetku podobnym do pozostałych badanych jako wysoką (37.2%). Chorzy na trądzik odczuwali również najmniejszy (średnio 30%) wstyd z powodu swej choroby oraz najczęściej (69%) przypisywali jej niski poziom wstydu, gdy odnosili swą ocenę do kiły, obciążanej przez nich największym wstydem. Ponadto okazało się, że w przypadku tej grupy chorych zależność między obu zmiennymi jest statystycznie nieistotna, choć wartość współczynnika korelacji (-.26) wskazuje, że im wyższy poziom doznawanego wstydu, tym niższy poziom satysfakcji życiowej, i odwrotnie.

Te korzystne wyniki sugerują, że pacjenci z trądzikiem skutecznie stosują technikę „porównań w dół” (Aronson i in., 1997), minimalizując doświadczany wstyd i tym samym podwyższając swą satysfakcję życiową poprzez uświadamianie sobie istnienia chorób o wiele bardziej wstydlivych i groźnych niż trądzik, jak np. zakaźna i przenoszona drogą płciową kiła. Wyniki badań uzyskane przez tę grupę chorych i potwierdzone przez nader liczne wypowiedzi zamieszczane na forach internetowych wskazują także na hamującą negatywny wpływ wstydu siłę potocznego przekonania o przemijającym i niegroźnym charakterze ich przypadłości. To przekonanie warto uwzględnić w procesie leczenia. Może ono bowiem pomóc

pozostającym w mniejszości pacjentom, którzy ocenili poziom satysfakcji życiowej jako niski, a doświadczany wstyd wskutek trądziku jako wysoki i którzy najprawdopodobniej doznali już różnych form ostracyzmu i dyskryminacji z powodu widocznych (zwłaszcza na twarzy) objawów choroby oraz usłyszeli często niesprawiedliwe osądzenia o brak higieny czy niezdrowy styl życia (Cunliffe, 2004; Żaba, 2011; Rzepa, 2012).

Pacjenci z łuszczycą ocenili swą satysfakcję życiową przeważnie albo jako niską (prawie 35%), albo jako wysoką (37.2%). Najmniej oceniło ją jako przeciętną (blisko 28%). Natomiast przeciętny (średnio 52%) okazał się doznawany przez nich wstyd. Porównanie własnych przeżyć związanych z łuszczycą do AIDS, którą to chorobę pacjenci ocenili jako najbardziej wstydlivą, pozwoliło im ocenić wstyd doświadczony wskutek swej choroby jako albo wysoki (47.6% chorych na łuszczycę), albo niski (40.5%). Zatem wyniki tej grupy okazały się najbardziej spolaryzowane. Ponadto, w przypadku chorych na łuszczycę zależność między oceną satysfakcji życiowej a wstydem doświadczanym wskutek swej przypadłości jest nieistotna statystycznie.

Polaryzację oceny poziomu wstydu doświadczanego z powodu własnej choroby przez pacjentów z łuszczycą należy łączyć z mniej lub bardziej korzystnym umiejscowieniem zmian chorobowych oraz z niedostateczną lub odpowiednią wiedzą społeczną na temat niezakaźności tego schorzenia. Bowiem negatywne aspekty tych czynników mogą zadecydować o tym, iż chorzy spotkają się z przejawami dyskryminacji i stygmatyzacji. Widoczne zmiany skórne typowe dla łuszczycy zazwyczaj wywołują u innych ludzi, a nawet u samych pacjentów, tak negatywne emocje, jak wstręt, odrazę czy obrzydzenie. Ponadto, u osób nieorientowanych medycznie mogą wzbudzać poważne obawy o możliwość zarażenia się i z tego powodu potęgować ekspresję negatywnych odczuć, dostrzeganie której może jeszcze bardziej podwyższać poziom wstydu u chorych. Ten dotkliwy mechanizm opisują pacjenci z łuszczycą na forach internetowych, przyznając się do takich reakcji obronnych, jak usprawiedliwianie się przed innymi czy unikanie kontaktów interpersonalnych (Schmid-Ott i in., 2007; Ogłodek i in., 2009; Hawro i in., 2011; Sampogna i in., 2012). Jeśli jednak zmiany skórne są zlokalizowane w miejscach łatwych do zakrycia lub/i osoby je obserwujące dysponują odpowiednim poziomem wiedzy o łuszczycy oraz rozumieją problemy chorych, to ci będą doświadczali nisko wartościowanego wstydu oraz wysoko oceniać satysfakcję z własnego życia.

28% pacjentów z kiłą oceniło nisko swoją satysfakcję życiową oraz po 36% oceniło ją wysoko i przeciętnie. Chorzy na kiłę wskazali na najwyższy (średnio 75%) wstyd z powodu własnej choroby. Porównanie doświadczanego wstydu do punktu odniesienia, jakim dla chorych na kiłę było AIDS, pozwoliło 72% pacjentów ocenić go jako wysoki, 20% jako przeciętny oraz 8% jako niski. Wyraźna i statystycznie istotna różnica w zakresie wstydu doznawanego przez chorych na kiłę jest zgodna z najwyższą lokatą tej choroby na liście schorzeń obciążonych naj-

większym wstydem (średnia ocena = 8.1 w skali 1-10). Ponadto okazało się, że w przypadku tej grupy pacjentów zależność między oceną satysfakcji życiowej a oceną doświadczanego wstydu z powodu własnej choroby jest istotna statystycznie. Wartość współczynnika korelacji (-.46) oznacza, że im wyższy poziom wstydu doświadczanego wskutek kiły, tym niższy poziom satysfakcji życiowej, i odwrotnie.

Z jednej strony to ustalenie pozwala na sformułowanie pozytywnego wniosku, ponieważ wysoki poziom wstydu z powodu kiły może pełnić funkcję motywującą chorych do natychmiastowego podjęcia leczenia i pełnej współpracy z lekarzem, a także – do poinformowania o swej chorobie partnerów seksualnych. Te niełatwe czynności, bo powiązane z koniecznością ujawnienia trudnej prawdy o stygmatyzowanej chorobie, w zrozumiały sposób prowadzą do spadku satysfakcji życiowej. Z drugiej strony, to ustalenie może budzić poważne obawy związane z niebezpieczeństwem rozprzestrzeniania się kiły. Bowiem jeśli wstyd doznawany przez chorych wpływa negatywnie na ocenę satysfakcji życiowej, to może funkcjonować jako mechanizm hamujący przed ujawnieniem trudnej prawdy o swej przypadłości, a tym samym chroniący przed spodziewanym napiętnowaniem, ostracyzmem, a nawet wykluczeniem z grupy społecznej. To przypuszczenie potwierdza, iż w tym wypadku wstyd – zgodnie z podejściem ewolucyjnym (Buss, 2003) – pełni funkcje przystosowawcze, niejako ostrzegając chorych na kiłę przed społeczną degradacją oraz przed możliwością utraty akceptacji ze strony innych ludzi. Tym samym wstyd można rzeczywiście potraktować jako „mniej moralną” emocję niż poczucie winy (Tangney i Dearing, 2002; Lewis, 2005). Prawdopodobnie ta interpretacja jest trafna w odniesieniu do 9 pacjentów z kiłą, którzy wysoko ocenili swą satysfakcję życiową. Wszak tacy chorzy mogą zaprzeczać chorobie i tym samym pełnić stosowną rolę społeczną, tj. osoby bez piętna choroby przenoszonej drogą płciową (Goffman, 2005). Tej roli może nie zmienić na przeciwstawianą jej przez Goffmana rolę szczerą nawet fakt przebywania w szpitalu z powodu poważnej choroby zakaźnej, wyjątkowo niebezpiecznej dla innych ludzi. Chorzy na kiłę niejednokrotnie przyznawali podczas rozmów z badaczami, że nie tylko przełożonych czy współpracowników, lecz również najbliższą rodzinę informowali przeważnie o urlopie czy pilnym wyjeździe służbowym, a nie – o koniecznej hospitalizacji i jej przyczynie. Wśród pacjentów z kiłą były też dwie kobiety w zaawansowanej ciąży, które dowiedziały się o zarażeniu i chorobie małżonków dopiero podczas badań krwi zaleconych z powodu odmiennego stanu. Jednak to nie wyklucza doświadczania poczucia winy przez chorych na kiłę i wysoko oceniających satysfakcję z własnego życia, ponieważ związane z tą emocją wyrzuty sumienia pojawiają się nawet wówczas, gdy nikt nie wie o niewłaściwym i z reguły społecznie napiętnowanym, niemoralnym postępowaniu danej osoby (Buss, 1980; Kurtz, 1988; Goffman, 2005; Lewis, 2005; Rzepa i in., 2012a, 2012b; Strus, 2012). Sprawdzenie tego przypuszczenia wymaga dalszych, pogłębionych badań.

Tym niemniej konsekwencje wyboru stosownej roli społecznej – opartej na zatajeniu prawdy bądź na przekazaniu fałszywej informacji – są ryzykowne i społecznie zagrożające (Cunningham i in., 2002; Lee i Craft, 2002; Lieber i in., 2006; Jeynes i in., 2009; Rzepa i Żaba, 2009). Najwięcej danych na temat tego typu zachowań dostarczają badania prowadzone w Chinach, gdzie z roku na rok wzrasta liczba zachorowań na kiłę. Przykładowo, chociaż 80% spośród 406 mężczyzn chorych na kiłę czuło się napiętnowanymi z powodu własnej choroby, to 77% deklarowało niechęć do poinformowania partnerki o możliwości jej zarażenia, a 40% uprawiało seks z pełną świadomością, iż ją zaraża (Liu i in., 2002).

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie poziomu wstydu doświadczanego z powodu własnej choroby oraz ocena satysfakcji z własnego życia, a także – korelacyjne porównanie obu zmiennych. Założony kierunek zależności okazał się trafny, bowiem w odniesieniu do pacjentów z trądzikiem, łuszczycą i kiłą – chorób mieszczących się w pierwszej dziesiątce najbardziej wstydlivych przypadłości – stwierdzono, że wysoki poziom satysfakcji życiowej wiąże się z niskim poziomem wstydu odczuwanego z powodu własnej choroby, i odwrotnie. Jednak wyłącznie w przypadku chorych na kiłę ten związek jest istotny statystycznie. W odniesieniu do tej grupy pacjentów ponadto ustalono, że wstyd może pełnić funkcję przystosowawczą, hamującą wybór szczerzej roli społecznej i skłaniającą do wyboru roli stosownej, która stwarza poważne zagrożenie w postaci możliwości rozprzestrzeniania się tak poważnej choroby zakaźnej, jaką jest kiła.

Ustalenia empiryczne mogą być pomocne w codziennej praktyce medycznej i psychologicznej, a zwłaszcza w profilaktyce i psychoterapii wstydu oraz jego patologicznych skutków, odbijających się negatywnie na poczuciu satysfakcji życiowej, a tym samym – na psychospołecznym funkcjonowaniu pacjentów z chorobami zaliczanymi do wstydlivych. Już sama informacja o tej zależności powinna uczyć osoby, których praca polega na częstym kontakcie z drugim człowiekiem, na problem wstydu i jego złożonych funkcji. Wszak wstyd jest niemal nieodłącznym elementem sytuacji społecznych związanych z relacją „lekarz/psychoterapeuta-pacjent” i to nie tylko w przypadku tzw. chorób wstydlivych. Odpowiednie podejście do problemu związanego z doświadczaniem wstydu i podjęcie działań mających na celu jego zmniejszenie ma rangę narzędzia służącego poprawie relacji interpersonalnych w sytuacjach związanych z udzielaniem pomocy i wsparcia.

## LITERATURA

- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Biernat, M., Dovidio, J.N. (2008). Piętno i stereotypy. W: W: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *Spółeczna psychologia piętna* (s. 94-125). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Buss, D.M. (2003). *Psychologia ewolucyjna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bradshaw, J. (1997). *Toksyczny wstyd. Jak uzdrowić wstyd, który cię zniewala*. Warszawa: Akuracik.
- 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*, 78, 334-338.
- Czapiński, J. (2001). Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. W: M. Kofta i T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć* (s. 266-306). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czub, T., Brzezińska, A. (2013). Regulacyjna wartość emocji wstydu w procesie kształtowania się tożsamości. *Psychologia Rozwojowa*, 1, 18, 27-43.
- Deblinger, E., Runyon, M.K. (2005). Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*, 10, 364-376.
- Derwich-Nowak, A. (2010). *Patologiczny hazard*. Warszawa: Difin.
- Dodziuk, A. (1999). *Wstyd*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Dryden, W. (2008). *Jak pokonać wstyd*. Łódź: Wydawnictwo JK.
- Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Goffman, E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (1991). Wina i wstyd u dzieci w starszym wieku szkolnym. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 311-329.
- Hasson-Ohayon, I., Ehrlich-Ben O.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*, 200, 2-3, 802-806.
- Hawro, T., Janusz, I., Zalewska, A., Miniszewska, J. (2011). Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świadomości u osób chorych na łuszczycę. W: T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 42-51). Wrocław: Cornetis.
- Hebl, M.R., Tickle, J., Heatherton, T.F. (2008). Kłopotliwe momenty w interakcjach między jednostkami niestygmatyzowanymi i stygmatyzowanymi. W: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *Spółeczna psychologia piętna* (s. 253-280). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jakubowska, H. (2009). *Socjologia ciała*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jeynes, C., Chung, M.C, Challenor, R. (2009). Shame on you' – the psychosocial impact of genital warts. *International Journal STD/ AIDS*, 20, 8, 557-560.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kaszuba, A., Adamski, Z. (2012). *Poradnik lekarza praktyka. Dermatologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

- Kaufman, G. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Springer.
- Kroll, J., Egan, E. (2004). Psychiatry, moral worry, and the moral emotions. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 352-360.
- Kurtz, E. (1988). *Wstyd i poczucie winy*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Leary, M. (2000). *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lee, J.D., Craft, E.A. (2002). Protecting one's self from a stigmatized disease... Once one has it. *Deviant Behavior*, 23, 267-299.
- Lester, D. (1997). The role of shame in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 4, 352-361.
- Lewis, H. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International University Press.
- Lewis, M. (2005). Emocje samoświadomościowe: zażenowanie, duma, wstyd, poczucie winy. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 780-798). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lieber, E., Li, L., Wu, Z., Rotheram-Borus, M.J., Guan, J. (2006). HIV/STD stigmatization fears as health-seeking barriers in China. *AIDS Behavior*, 10, 463-471.
- Liu, H., Detels, R., Li, X., Ma, E., Yin, Y. (2002). Stigma, delayed treatment, and spousal notification among male patients with sexually transmitted disease in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 335-343.
- McFall, L., Johnson, V. (2006). Shame: Concept analysis. *The Journal of Theory Construction and Testing*, 13, 2, 57-63.
- Mikula, J. (2006). *Rodzina z problemem alkoholowym*. Warszawa: PARPA.
- Miller, R.S. (2000). *Niepewność i zaktopotanie. O pokonywaniu niechcianych uczuć*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mroczkowski, T.F. (2012). *Choroby przenoszone drogą płciową*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Myerscough, Ph.R., Ford M. (2002). *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ogłodek, E., Araszkiwicz, A., Placek, J. (2009). Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę. *Zdrowie Publiczne*, 119, 3, 335-337.
- 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*, 13, 100-109.
- Rzepa, T. (2012). Trądzik jako „przekleństwo” okresu dojrzewania. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 29, 2, 50-56.
- Rzepa, T., Żaba, R. (2009). Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18, 143-148.
- Rzepa, T., Żaba, R., Jakubowicz, O., Szramka-Pawlak, B. (2012a). Kiła i jej konsekwencje jako zapomniany problem zdrowia publicznego. *Polityka Społeczna*, 39, 456, 3, 19-23.
- Rzepa, T., Żaba, R., Jakubowicz, O., Szramka-Pawlak, B. (2012b). Selected aspects of the living situation of persons suffering from syphilis – Poznan Study. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 20, 3, 157-164.
- Rzepa, T., Jakubowicz, O., Skopińska, S., Żaba, R. (2012c). Wstydliva choroba a orientacja seksualna – badania wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 3, 519-524.
- 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-Venerologica*, 92, 299-303.
- Saylor, C., Yoder, M., Mann, R.J. (2002). Stigma. W: I.M. Lubkin, P.D. Larsen (red.), *Chronic illness: Impact and interventions* (s. 53-76). Boston: Jones & Bartlett.
- Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.W., Jecht, E., Shimshoni, R., Lazaroff, I., Schallmayer, S., Callies, I.T., Malewski, P., Lamprecht, F., Gotz, A. (2007). Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 456-461.
- Stangor, Ch., Crandall, Ch.S., (2008). Zagrożenie i społeczna konstrukcja piętna. W: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *Społeczna psychologia piętna* (s. 74-94). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 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*, 31, 4, 376-385.
- Strus, W. (2012). *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Liberi Libri.
- 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*, 10, 324-336.
- Sztander, W. (2006). *Poza kontrolą*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Tangney, J.P., Dearing, R.L. (2002). *Shame and guilt (emotions and social behavior)*. New York: Guilford Press.
- Tomkins, S.S. (1963). Affect, imagery, consciousness. Vol. II. *The negative affects*. New York: Springer.
- Zupancic, M.K., Kreidler, M.C. (1998). Shame and the fear of feeling. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34, 29-34.
- Żaba, R. (2011). Trądzik zwyczajny. W: T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 173-180). Wrocław: Cornetis.

#### Źródła internetowe:

- Attachment*. (2010). <http://www.attachmentdisordermaryland.com/shame+attachment.htm> (dostęp: 9.03.2013).
- Cunliffe, W. (2004). <http://www.thefreelibrary.com/Teenagers+with+acne+cite+shame,+embarrassment+about+condition+of+skin.-a0114129448> Teenagers with acne cite shame, embarrassment about condition of skin. (dostęp: 6.04.2013).
- Hayes Grieco, M. (2012). <http://innerself.com/content/self-help/behavior-modification/attitudes-transformed/perfectionism/7894-about-unhealthy-self-destructive-shame.html> (dostęp: 15.03.2013).
- Miller, M. (2006). Shame and psychotherapy. [http://www.columbiapsych.com/shame\\_miller.html](http://www.columbiapsych.com/shame_miller.html) (dostęp: 14.03.2013).
- Pappas, S. (2011). Top 10 stigmatized health disorders. <http://www.livescience.com/14424-top-10-stigmatized-health-disorders.html> (dostęp 5.04.2013).