

**Oliwia Jakubowicz, Sylwia
Milewska, Teresa Rzepa, Ryszard
Żaba**

**Wybrane aspekty postawy wobec
wstydlivej choroby a orientacja
seksualna : (badania wstępne)**

Miscellanea Anthropologica et Sociologica 14/2, 69-80

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Oliwia Jakubowicz, Sylwia Milewska (Skopińska)¹,
Teresa Rzepa, Ryszard Żaba

Wybrane aspekty postawy wobec wstydlivej choroby a orientacja seksualna (badania wstępne)

Zgodnie z potocznymi przekonaniemii wstyd zalicza się do skomplikowanych przeżyć i odnosi do takich sytuacji społecznych, w których dochodzi do ujawnienia skrywanych ułomności psychofizycznych lub elementów osobowości szczególnie podatnych na zranienie. O doświadczaniu wstydu mówi się także wówczas, gdy zostają odkryte dotychczas utajnione i z reguły niepoehlebne informacje o danej osobie bądź o członkach jej rodziny oraz o ich błędach, niepowodzeniach i porażkach, często związanych z hańbiącym, nagannym i podłym postępowaniem. W psychologii również podkreśla się wyjątkową złożoność emocji wstydu, z reguły uruchamiającej wyrzuty sumienia, a przez to trudno odróżnialnej od poczucia winy i ściśle z nim połączonej (Kurtz 1988; Dodziuk 1999; Dryden 2008). Nawracające przeżywanie wstydu towarzyszy każdej formie piętna (stygmatu), bowiem u jego źródeł leżą atrybuty zazwyczaj trwale i dotkliwie dyskredytujące daną osobę. Najczęściej dotyczą one wyglądu zewnętrznego, rasy, narodowości, wyznania, cech osobowości, stanu zdrowia i orientacji seksualnej (Leary 2000; Goffman 2005).

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. Do tej kategorii niemal bezwyjątkowo zalicza się choroby obejmujące intymne części ciała, przenoszone drogą płciową, a także choroby skóry o szpecących, widocznych objawach. Geneza 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. Objawy tego typu chorób są przeważnie widoczne i nieestetyczne,

¹ e-mail: sylwia.skopinska@wp.pl.



a możliwość zarażania innych ludzi utrzymuje się na wysokim poziomie (Rzepa i in. 2012a).

Aby przekonać się o słuszności powyższych stwierdzeń, w 2011 roku przeprowadzono badania, których celem było ustalenie listy najbardziej wstydlivych chorób. Najpierw zwrócono się z prośbą do kilku lekarzy o zweryfikowanie zestawu wybranych chorób, przygotowanego na podstawie podanych wyżej kryteriów. Ostateczna lista obejmowała 35 chorób, które zostały ocenione przez 314 osób za pomocą skali od 0 do 3, tj. od najniższego do najwyższego poziomu wstydlivosti. Rycina 1 przedstawia wynik przeprowadzonej analizy.



Rycina 1. Choroby uznawane za najbardziej wstydlive

Źródło: Badania własne.

Ze względu na możliwość dotarcia do osób chorych na kiłę, postanowiono skoncentrować się na zbadaniu wybranych aspektów ich postawy wobec tej choroby wenerycznej, zajmującej czwarte miejsce ze względu na poziom wstydlivosti (Rzepa i in. 2012b).

Kiła to choroba układowa, charakteryzująca się bogatą symptomatologią kliniczną oraz wieloletnim przebiegiem, z przeplatającymi się okresami objawowymi i bezobjawowymi (Chodyncka, Serwin, Klepacki 2006). Wyróżniamy kiłę wczesną, obejmującą pierwsze dwa lata zakażenia oraz trwającą dłużej – kiłę późną (Burgdorf i in. 2010). Duża zachorowalność na kiłę występowała w Polsce po II wojnie światowej. Po wprowadzeniu do leczenia penicyliny oraz zastosowaniu odpowiednich restrykcji wobec zarażonych pacjentów, zachorowalność na kiłę uległa znacznej redukcji. Niestety, w ostatnim czasie odnotowuje się wyraźny wzrost liczby zachorowań na tę chorobę. Prawdopodobnie ma to związek ze zwiększoną migracją ludności oraz zdecydowanie częściej podejmowanymi ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (Rzepa, Żaba 2009a; Rzepa, Żaba 2009b; Burgdorf i in. 2010). Przewlekły przebieg oraz charakter kiły sprawiają, że stanowi ona poważny

problem zarówno medyczny, jak i psychospołeczny (Rzepa, Żaba 2009a; Rzepa, Żaba 2010a; Rzepa, Żaba 2010b; Rzepa i in. 2012b).

Z perspektywy psychospołecznej zagrożenie ze strony kiły polega głównie na tym, że jej objawy są raczej niewidoczne bądź trudno rozpoznawalne przez innych ludzi. Tymczasem chory z reguły wie zarówno o ich występowaniu, jak i o tym, że od niego zależy decyzja o ujawnieniu lub zatajeniu informacji na temat kiły i o podjęciu jej leczenia (Crocker, Cornwell, Major 1993; Bloom, Kessler 1994; Leary 2000; Cunningham i in. 2002; Goffman 2005; Hebl, Tickle, Heatherton 2008; Blascovich i in. 2008). Jednak ta decyzja nie jest prosta, gdyż chory, wychowany w określonych warunkach społeczno-kulturowych, zdaje sobie sprawę z tego, że po ujawnieniu informacji na temat swej choroby może nie tylko być napiętnowany przez otoczenie (określeniami „rozpustnik”, „syfilityk”), lecz również doświadczyć odwrócenia się od niego innych ludzi, a nawet – wykluczenia z grupy społecznej i/lub zawodowej (Cocker, Major 1989; Lewis 1999; Leary 2000; Goffman 2005; Hebl, Tickle, Heatherton 2008). Lęk przed zdemaskowaniem i jego konsekwencjami przeplata się ze wstydem i poczuciem winy (Bradshaw 1997; Dodziuk 1999). Tak negatywne emocje stanowią dodatkowy czynnik hamujący zarażonego przed udaniem się do lekarza i podjęciem leczenia oraz przed poinformowaniem najbliższych osób o chorobie wenerycznej. To przemawia na rzecz podjęcia decyzji o zatajeniu prawdy i wyborze stosownej roli (Goffman 2005) oraz poważnie zwiększa niebezpieczeństwo zarażenia innych (Liu, Detels, Li 2002; Lichtenstein, Neal, Brodsky 2008). Oczywiście, wyjściem z tej „pułapki” byłaby abstynencja seksualna, aczkolwiek niemal niemożliwa bez kłopotliwych wyjaśnień, zwłaszcza gdy chory na kiłę pozostaje w związku partnerskim czy małżeńskim. Z kolei poinformowanie osób najbliższych, a tym samym wybór szczerzej roli (Goffman 2005), może się okazać trafny ze względu na otrzymane zrozumienie i wsparcie, choć równie dobrze może być błędny, gdy informacja o zarażeniu chorobą weneryczną wywoła negatywną, odrzucającą reakcję.

W rezultacie doświadczanego konfliktu i związanych z nim przykrych stanów emocjonalnych oraz dominujących refleksji i dokonywanych kalkulacji chory albo ujawnia, albo zataja informację o kile. Pierwszy sposób pozwala radzić sobie ze wstydem i poczuciem winy, gdyż nie tylko uruchamia takie mechanizmy obronne, jak wygadanie się, racjonalizacja, projekcja i poszukiwanie wsparcia, lecz także może wywołać u innych pożądane reakcje wynikające ze współczucia, zrozumienia i chęci niesienia pomocy. Natomiast drugi sposób potęguje negatywne emocje skierowane głównie ku sobie i aktywizuje tzw. spiralę wstydu (Bradshaw 1997; Dickerson, Gruenewald, Kemeny 2004; Harris, Darby 2009).

Ponieważ w przypadku badanej grupy chorych na kiłę można było ustalić dane dotyczące ich orientacji seksualnej, postanowiono zbadać, czy ten czynnik różnicuje wybrane aspekty (przede wszystkim emocjonalne) postawy pacjentów wobec własnej choroby. Założono, że chorzy na kiłę o orientacji heteroseksualnej będą gorzej niż chorzy o orientacji homoseksualnej radzili sobie z emocjami, a tym samym będą częściej:

- oceniali choroby przenoszone drogą płciową jako szczególnie wstydlive;
- doznawali wstydu i poczucia winy z powodu zachorowania;
- nie akceptowali swej choroby;
- zmieniali stosunek do siebie pod wpływem choroby;
- obawiali się ocen i reakcji społecznych w związku z zachorowaniem.

Z powyższych założeń wynika, że chorzy na kiłę o orientacji homoseksualnej będą częściej:

- oceniali jako szczególnie wstydlive nie tylko choroby przenoszone drogą płciową;
- doznawali zróżnicowanych uczuć z powodu zachorowania;
- akceptowali swą chorobę;
- nie zmieniali stosunku do siebie pod wpływem choroby;
- obawiali się własnych przykrych przeżyć, związanych z zachorowaniem.

Podstawą sformułowanych powyżej założeń jest przeświadczenie, że osoby homoseksualne dysponują już ukształtowanymi wzorcami zachowania, powstałymi i utrwalonymi w rezultacie podejmowanych wcześniej decyzji, koniecznych w sytuacji pokonywania wstydu i ujawniania kłopotliwych informacji o sobie, a konkretnie – o własnej orientacji seksualnej (Davies 1992; Kaufman, Raphael 1996; Halperin, Traub 2010). Zatem w ich przypadku radzenie sobie z kolejnym wstydlwym czynnikiem, tj. z zachorowaniem na kiłę, wymaga odwołania się do już wypracowanego wzorca zachowań i powielenia go w zaistniałej sytuacji życiowej (Bandura 2007; źródło internetowe 1). Natomiast pacjenci heteroseksualni, dla których ta kłopotliwa sytuacja jest nowa, muszą taki wzorzec dopiero ukształtować.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą wywiadu medycznego, rozszerzonego o listę pytań ankietowych dotyczących kwestii psychospołecznych, m.in. oceny poziomu wstydlwości różnych chorób, określenia obaw i emocji doznawanych w związku z zachorowaniem na kiłę oraz stosunku do własnej choroby i do siebie w sytuacji zachorowania i hospitalizacji. Badaniami objęto 26 pacjentów chorych na kiłę (w tym 23 mężczyzn i 3 kobiety), przyjętych do Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w okresie od września 2011 do połowy lipca 2012 roku. Średnia wieku kobiet to 36 lat, mężczyzn – 35. Wśród kobiet nie odnotowano osób o orientacji homoseksualnej. Dwie z nich były w 12- i 15-tygodniowej ciąży w dniu badania. Natomiast wśród mężczyzn było 11 homoseksualistów i 2 biseksualistów, a 10 wskazało na orientację heteroseksualną. Jak wynika z danych dotyczących miejsca zamieszkania (tabela 1), większość chorych o orientacji homoseksualnej mieszka na wsi, zaś większość chorych o orientacji heteroseksualnej – w dużym lub średnim mieście.

Tabela 1. Miejsce zamieszkania a orientacja seksualna pacjentów

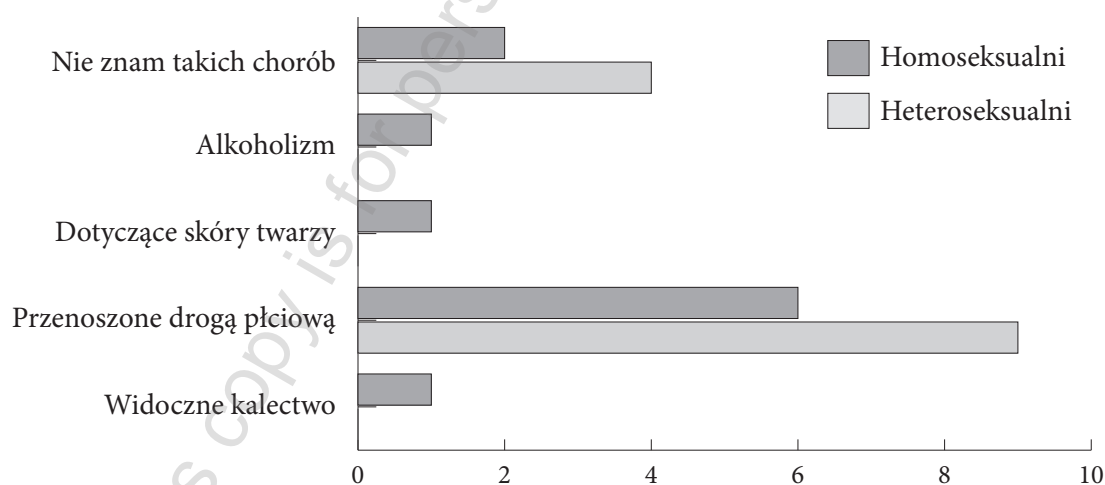
Miejsce zamieszkania \ Orientacja	Orientacja		
	Heteroseksualni	Homoseksualni	Biseksualni
Duże miasto (powyżej 150 tys.)	5	3	1
Miasto średniej wielkości (do 150 tys.)	5	2	0
Małe miasto (do 10 tys.)	2	1	1
Wieś	1	5	0
Razem	13	11	2

Źródło: Badania własne.

Ze względu na niewielką reprezentację osób o orientacji biseksualnej, postanowiono je pominąć podczas porównywania wyników. Skoncentrowano się więc na wypowiedziach hetero- i homoseksualistów z pełną świadomością, że zbadana grupa jest nieliczna, co nie pozwala na dokonanie analiz statystycznych. Dlatego poniższa prezentacja ma charakter opisowy, jedynie sygnalizujący pewne zjawiska, bez ich generalizowania i wyciągania szczegółowych wniosków.

Wyniki

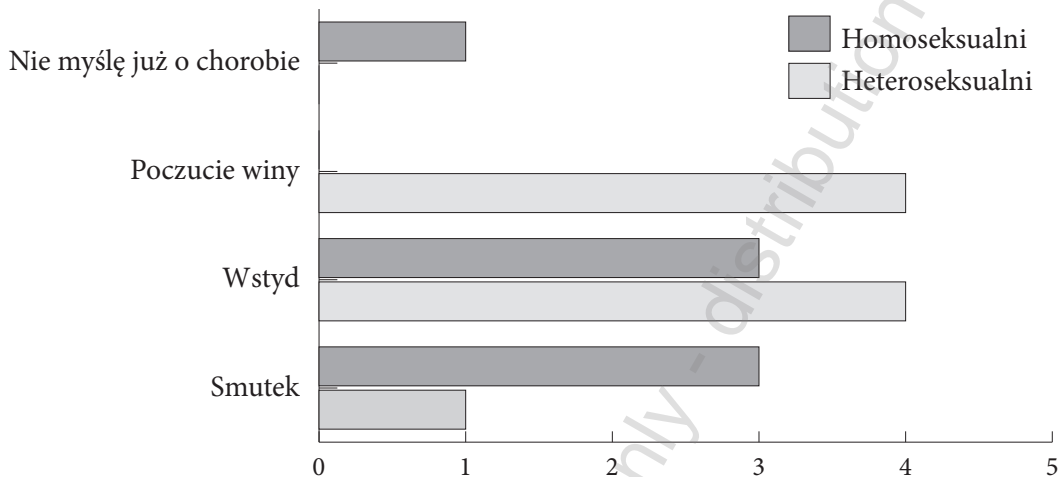
O emocjonalnym aspekcie postawy wobec kiły świadczy odpowiedź na pytanie o choroby zaliczane do kategorii wstydlivej. Pacjenci o orientacji heteroseksualnej albo wskazali na choroby przenoszone drogą płciową, albo na swą niewiedzę w tym zakresie. Natomiast homoseksualiści wykazali się zróżnicowanymi poglądami (rycina 2).



Rycina 2. Wstydlive choroby a orientacja seksualna

Źródło: Badania własne.

Kolejnym wskaźnikiem emocjonalnego aspektu postawy wobec własnej choroby były wypowiedzi dotyczące uczuć i emocji doświadczanych w związku z zachorowaniem na kiłę. Pacjenci z obu badanych grup przeważnie wskazali na poczucie winy i wstyd, choć tę opcję wybrało jednak więcej chorych o orientacji heteroseksualnej. Z kolei więcej chorych o orientacji homoseksualnej wskazało na smutek jako na emocję powiązaną z chorobą (rycina 3). Ponadto, pewien homoseksualny mężczyzna oświadczył, że nie tylko przestał przeżywać fakt zachorowania, lecz nawet przestał myśleć o chorobie.



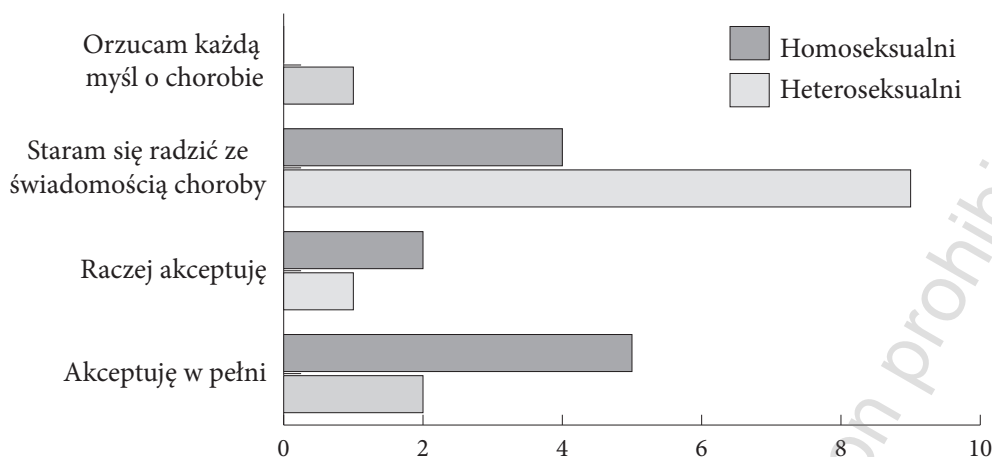
Rycina 3. Uczucia przeżywane w związku z chorobą a orientacja seksualna

Źródło: Badania własne.

Kolejnym wskaźnikiem emocjonalnego aspektu postawy wobec własnej choroby była jakościowa ocena stosunku do niej. Heteroseksualni pacjenci przede wszystkim starali się radzić sobie ze świadomością zachorowania, tj. ze zmianą własnej sytuacji życiowej. Natomiast chorzy homoseksualni w większości oświadczyli, że w pełni (bądź raczej) swą chorobę akceptują. Warto odnotować, że heteroseksualny pacjent całkowicie odrzucał myśl o kile, uruchamiając obronny mechanizm zaprzeczania (rycina 4).

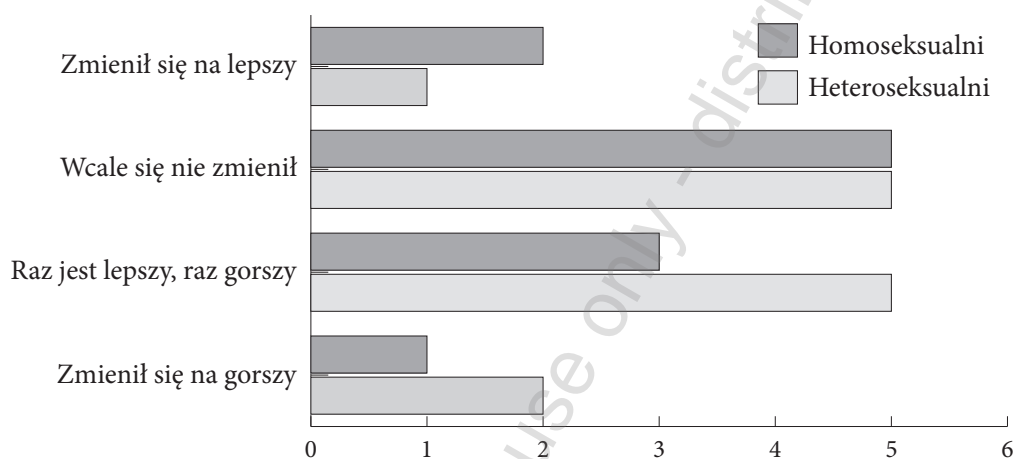
Jeszcze jednym wyznacznikiem emocjonalnego aspektu postawy wobec wstydlivej choroby jest jej wpływ na stosunek do samego siebie. U takiej samej liczby pacjentów (niezależnie od orientacji seksualnej) ten stosunek utrzymał się na dotychczasowym poziomie, choć większość chorych o orientacji heteroseksualnej zarejestrowała jego dużą chwiejność, a nawet zmianę na gorszy. Natomiast w przypadku osób homoseksualnych częściej ten stosunek zmieniał się na lepszy niż na gorszy oraz rzadziej był chwiejny (rycina 5).

Jeśli chodzi o aspekt behawioralny postawy przejawiany w postaci obawy o następstwa związane z własną chorobą, to większość osób – niezależnie od orientacji seksualnej – obawiała się ocen i reakcji ze strony otoczenia społecznego, tj. plotek, bycia ciężarem dla bliskich i kłopotów finansowych z powodu utraty pracy. Natomiast mężczyźni homoseksualni częściej niż osoby heteroseksualne obawiali się



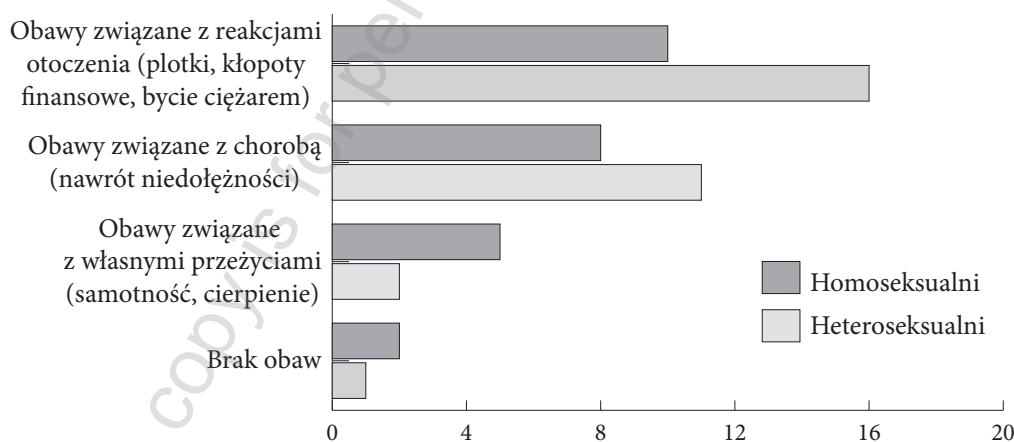
Rycina 4. Stosunek do własnej choroby a orientacja seksualna

Źródło: Badania własne.



Rycina 5. Stosunek do siebie pod wpływem choroby a orientacja seksualna

Źródło: Badania własne.



Rycina 6. Obawy związane z zachorowaniem na kiłę a orientacja seksualna

Źródło: Badania własne.

samotności, cierpienia i bólu emocjonalnego z powodu opuszczenia ich przez osoby bliskie. Pacjenci z obu grup zgłosili też obawy związane z nawrotem choroby oraz z możliwą niedołążnością doznaną z tego powodu. Dwóch pacjentów homo- i jeden heteroseksualny uznało, że nie doświadcza szczególnych obaw w związku z zachorowaniem na kiłę (rycina 6).

Dyskusja

Warto podkreślić, że połowa hospitalizowanych z powodu kiły ujawniła swą orientację bi- lub homoseksualną. Jeśli analizować skład grupy badanych mężczyzn, to we wskazanym okresie hospitalizowano więcej pacjentów homo- i biseksualnych (13 osób) aniżeli heteroseksualnych (10 osób). Jak się okazuje, tak niekorzystne dla osób (zwłaszcza mężczyzn) o orientacji homoseksualnej proporcje wśród chorych na syfisy są typowe niemal na całym świecie. Przykładowo, w USA (w 2007 roku) wśród 12 tys. przypadków zachorowania na kiłę odnotowano 65% homoseksualistów (źródło internetowe 2), a ich średni udział w tej kategorii chorób za lata 1993–2003 wyniósł 62% (Heffelfinger i in. 2007). W publikacjach bazujących na danych statystycznych z USA, Peru, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji i innych krajów podaje się, że związek zachorowań na syfisy z populacją homoseksualnych mężczyzn wykazuje rosnący trend, mimo że ta choroba jest przez nich spostrzegana jako zarazem rzadka i „brudna” (Lambert i in. 2006). Oblicza się, że kiła pierwotna i wtórna występuje w tej populacji 46 razy częściej niż wśród mężczyzn heteroseksualnych, a dokładniej: na 100 tys. mężczyzn o orientacji homoseksualnej przypada od 91 do 173 zachorowań na kiłę, podczas gdy w odniesieniu do mężczyzn o orientacji heteroseksualnej są to 2 przypadki (źródło internetowe 3).

Mimo że badania własne objęły niezbyt liczną grupę pacjentów, to jednak pozwoliły na odnotowanie kilku wyraźnych różnic, zależnych od orientacji seksualnej. Okazało się, że pacjenci homoseksualni traktują kiłę jako jedną z kilku chorób zaliczanych do kategorii wstydlivych, podczas gdy osoby o orientacji heteroseksualnej niemal jednomyślnie traktują tę chorobę jako najbardziej wstydlivą. Może to świadczyć o ich surowszym i bardziej emocjonalnym podejściu do kiły oraz o koncentracji na zachorowaniu jak na poważnym problemie przekraczającym osobiste granice m.in. ze względu na stwarzanie zagrożenia dla innych osób oraz przysparzanie dotkliwych konsekwencji społecznych sobie i najbliższym. Dlatego też osoby heteroseksualne najbardziej obawiały się reakcji otoczenia społecznego na wiadomość o chorobie wenerycznej oraz o jej ewentualnym nawrocie, przewidując konieczność konfrontacji z plotkami oraz z zarzutami i oskarżeniami ze strony bliskich osób. Takie myśli i przewidywania wzbudzały silne poczucie winy i wstydu jako najbardziej charakterystycznych emocji dla tej grupy pacjentów (Crocker, Cornwell, Major 1993; Cunningham i in. 2002; Liu, Detels, Li 2002;

Rzepa, Żaba 2009a; Rzepa, Żaba 2010b; Rzepa i in. 2012b). Nic więc dziwnego, że osoby heteroseksualne przede wszystkim starały się radzić sobie z „karzącą” i przykrą świadomością zachorowania na wstydlivą, zmieniającą ich sytuację życiową i budzącą trudne emocje chorobę, co w efekcie wpływało na ich stosunek do samych siebie. Stał się on przeważnie chwiejny, a nawet zmienił się na gorszy, niż był przed zachorowaniem.

Natomiast chorzy na kiłę o orientacji homoseksualnej również obawiali się negatywnych reakcji ze strony otoczenia społecznego, lecz jeszcze bardziej niepokoiła ich możliwość osamotnienia z powodu odejścia partnerów oraz ewentualny nawrót choroby, kojarzący się z ponownym wystąpieniem negatywnych przeżyć. Pacjenci z tej grupy równie często jak osoby heteroseksualne doświadczali poczucia winy i wstydu z powodu zachorowania, lecz nieco częściej niż one doznawali smutku. Co interesujące, ich stosunek do siebie przeważnie nie zmienił się pod wpływem choroby, a nawet zmienił się na lepszy, niż był przed zachorowaniem. I co jeszcze bardziej interesujące, większość chorych o orientacji homoseksualnej albo w pełni, albo raczej zaakceptowała swą chorobę. Najprawdopodobniej stało się tak dlatego, że – zgodnie z przedstawionymi założeniami teoretycznymi oraz w odwołaniu do uzyskanych wyników badań – chorzy o orientacji homoseksualnej wykazali się łagodniejszym i bardziej wyrozumiałym niż heteroseksualiści stosunkiem emocjonalnym do tego, co wstydlive, więc także – do kiły jako wstydlivej choroby. Homoseksualiści przeważnie dysponują już wypracowanym wzorem zachowania, przetrenowanym podczas uczestnictwa we wcześniejszych sytuacjach społecznych, wymagających ujawnienia swej orientacji i związanych z pokonywaniem wstydu (Davies 1992; Kaufman, Raphael 1996; Bandura 2007; Halperin, Traub 2010; źródło internetowe 1). Tak więc poradzenie sobie z kłopotliwą sytuacją zachorowania i hospitalizacji z powodu kiły nie stanowiło dla nich tak trudnego problemu, jak dla osób o orientacji heteroseksualnej (Bradshaw 1997; Lewis 1999; Goffman 2005; Blascovich i in. 2008; Hebl, Tickle, Heatherton 2008).

Podsumowując, należy stwierdzić, że orientacja seksualna wyraźnie różnicowała badanych pacjentów. Nowa sytuacja życiowa, powstała w związku z zachorowaniem na kiłę jako wstydlivą chorobę, wzbudziła u pacjentów heteroseksualnych silniejsze emocje negatywne i surowszą, „karzącą” ocenę własnego położenia niż u pacjentów homoseksualnych, a tym samym zmieniła ich stosunek do siebie na chwiejny lub gorszy niż przed zachorowaniem. W przypadku osób o orientacji heteroseksualnej, zaobserwowane różnice wiązały się najprawdopodobniej z brakiem przystosowawczych doświadczeń życiowych i określonych wzorów zachowania, które należy uruchomić w sytuacjach wyjątkowo kłopotliwych, budzących wstyd i poczucie winy oraz prowokujących negatywne reakcje ze strony otoczenia społecznego. Natomiast osoby o orientacji homoseksualnej nie tylko posiadały wypracowane i przetestowane wzory zachowań, lecz również potrafiły je uruchomić adekwatnie do zaistniałych okoliczności. Stąd też ich adaptacja do nowej i kłopotliwej sytuacji życiowej była łatwiejsza niż osób o orientacji heteroseksualnej.

Słowa kluczowe: orientacja seksualna, wstydliva choroba, syphilis/kiła.

Key words: sexual orientation, embarrassing illnesses, syphilis.

Streszczenie

Jako że przypadku badanej grupy chorych na kiłę można było ustalić dane dotyczące ich orientacji seksualnej, postanowiono zbadać, czy ten czynnik różnicuje wybrane aspekty (przede wszystkim emocjonalne) postawy pacjentów wobec własnej choroby. Badania przeprowadzono metodą wywiadu medycznego, rozszerzonego o listę pytań ankietowych dotyczących kwestii psychospołecznych. Grupę badaną stanowiło 26 pacjentów chorych na kiłę (w tym 23 mężczyzn i 3 kobiety), przyjętych do Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w okresie od września 2011 do połowy lipca 2012 roku. Średnia wieku badanych kobiet to 36, mężczyzn – 35 lat. Wśród kobiet nie odnotowano osób o orientacji homoseksualnej, natomiast dwie z nich były w 12- i 15-tygodniowej ciąży w dniu badania. W grupie mężczyzn było 11 homoseksualistów i 2 biseksualistów, a 10 wskazało na orientację heteroseksualną. Ze względu na niewielką reprezentację osób o orientacji biseksualnej, postanowiono je pominąć podczas porównywania wyników. Skoncentrowano się więc na wypowiedziach hetero- i homoseksualistów z pełną świadomością, że zbadana grupa nie jest liczna, co nie pozwala na dokonanie analiz statystycznych. Poniższa prezentacja sygnalizuje samo zjawisko, bez generalizowania i wyciągania szczegółowych wniosków.

Selected Aspects of Attitudes towards an Embarrassing Illness versus Sexual Orientation (Preliminary Study)

The authors aimed to investigate whether individuals' sexual orientation determined selected aspects (especially emotional) of patients' attitudes towards their disease. The assumption was that heterosexual syphilis cases would find it more difficult to deal with their emotions than homosexual syphilis patients. The investigation tools comprised of a combination of medical history and an additional questionnaire about psychosocial aspects. The study group included 26 syphilis patients (23 men and 3 women) hospitalized at the Dermatology Clinic, Poznan University of Medical Sciences, between September 2011 and mid-July 2012. The female participants were all heterosexual; 2 of them were 12 and 15 weeks pregnant on the day of the interview. There were 11 homosexuals, 2 bisexuals and 10 heterosexuals among the male subjects.

Literatura

- Bandura A., 2007, *Teoria społecznego uczenia się*, przeł. J. Kowalczevska, J. Radzicki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Blascovich J., Mendes W.B., Hunter S.B., Lickel B., 2008, *Piętno, zagrożenie a interakcje społeczne*, [w:] *Společna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, przeł. J. Radzicki, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Bloom J.R., Kessler L., 1994, *Emotional support following cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses*, "Journal of Health and Social Behavior", nr 35.
- Bradshaw J., 1997, *Toksyczny wstyd. Jak uzdrowić wstyd, który cię zniewala*, przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska, Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Chodynicka B., Serwin B.A., Klepacki J., 2006, *Kiła*, [w:] *Choroby przenoszone drogą płciową*, Lublin: Czelej.
- Cocker J., Major B., 1989, *Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma*, "Psychological Review", nr 96.
- Crocker J., Cornwell B., Major B., 1993, *The stigma of overweight: affective consequences of attributional ambiguity*, "Journal of Personality and Social Psychology", nr 64.
- Cunningham S.D., Tschann J., Gurvey J.E., Fortenberry J.D., Ellen J.M., 2002, *Attitude about sexual disclosure and perceptions of stigma and shame*, "Sexually Transmitted Infections", nr 78.
- Davies P., 1992, *The role of disclosure in coming out*, [w:] *Modern homosexualities*, red. K. Plummer, Londyn: Routledge.
- Dickerson S.S., Gruenewald T.L., Kemeny M.E., 2004, *When the social self is threatened: shame, physiology, and health*, "Journal of Personality", nr 72.
- Dodziuk A., 1999, *Wstyd*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Dryden W., 2008, *Jak pokonać wstyd*, Łódź: Wydawnictwo JK.
- Goffman E., 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, przeł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Halperin D.M., Traub V., 2010, *Gay shame*, Chicago: University of Chicago Press.
- Harris C.R., Darby R.S., 2009, *Shame in physician-patient interactions: patient perspectives*, "Basic and Applied Social Psychology", nr 31.
- Hebl M.R., Tickle J., Heatherton T.F., 2008, *Kłopotliwe momenty w interakcjach między jednostkami niestygmatyzowanymi i stygmatyzowanymi*, przeł. J. Radzicki, [w:] *Społeczna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heffelfinger J.D., Swint E.B., Berman S.M., Weinstock H.S., 2007, *Trends in primary and secondary syphilis among men who have sex with men in the United States*, "American Journal of Public Health", nr 97(6).
- Kaufman G., Raphael L., 1996, *Coming out of shame: transforming gay and lesbians lives*, New York: Doubleday.
- Kurtz E., 1988, *Wstyd i poczucie winy*, przeł. A. Dodziuk, M. Waksmundzka, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Lambert N.L., Imrie J., Fisher M.J., Phillips A., Watson R., Dean G., 2006, *Making sense of syphilis: beliefs, behaviours and disclosure among gay men recently diagnosed with infectious syphilis and the implications for prevention*, "Sexual Health", nr 3.
- Leary M., 2000, *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*, przeł. A. Kacmajor, M. Kacmajor, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lewis M., 1999, *Shame and stigma*, [w:] *Shame: interpersonal behavior, psychopathology, and culture*, red. P. Gilbert, B. Andrews, New York: Oxford University Press Inc.
- Lichtenstein B., Neal T.M., Brodsky S.L., 2008, *The stigma of sexually transmitted infections: knowledge, attitudes, and an educationally-based intervention*, "Health Education Monograph Series", nr 25(2).

- Liu H., Detels R., Li X., 2002, *Stigma, delayed treatment, and spousal notification among male patients with sexually transmitted diseases in China*, "Sexually Transmitted Diseases Journal", nr 29.
- Rzepa T., Żaba R., 2009a, *Radzenie sobie ze stresującym piętnem choroby przenoszonej drogą płciową*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 18(2).
- Rzepa T., Żaba R., 2009b, „*Wielka piątka*” a doświadczenie choroby przenoszonej drogą płciową, [w:] *Psychologiczne i środowiskowe konteksty zachowań człowieka*, red. T. Rzepa, Szczecin: Print Group.
- Rzepa T., Żaba R., 2010a, *Wizerunek siebie a spostrzeganie świata społecznego u chorych na kiłę (doniesienie z badań)*, [w:] *Kultury, subkultury i światy społeczne w badaniach jakościowych*, red. J. Leoński, M. Fiternicka-Gorzko, Szczecin: Volumina Daniel Krzanowski.
- Rzepa T., Żaba R., 2010b, *Piętno choroby przenoszonej drogą płciową a funkcjonowanie społeczne*, „Studia Sociologica”, nr 20.
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Skopińska S., 2012a, *Wstydliva choroba a orientacja seksualna (badania wstępne)*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(3).
- Rzepa T., Żaba R., Jakubowicz O., Szramka-Pawlak B., 2012b, *Kiła i jej konsekwencje jako zapomniany problem zdrowia publicznego*, „Polityka Społeczna”, nr 39.

Źródła internetowe

1. <http://argentwall.blogspot.com/2009/01/homosexuality-and-shame-how-shame-turns.html> (data dostępu: 29.05.2012).
2. <http://www.cnsnews.com/public/content/article.aspx?RsrcID=41975> (data dostępu: 17.04.2012).
3. www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/msmpressrelease.html (data dostępu: 29.05.2012).