

## Zagadnienia medyczne dotyczące osób ze społeczności LGB

AGNIESZKA JAŚKOWIAK  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Stowarzyszenie Naukowe Psychologia i Seksuologia LGBT  
agnieszka.jaskowiak@snps.pl

### Abstrakt

Obecnie osoby LGB napotyka wiele przeszkód w czasie kontaktów ze służbą zdrowia. Lekarze oraz personel medyczny nie tylko nie są zapoznani z ich specyficznymi potrzebami i chorobami występującymi częściej w tych populacjach, ale także działają zgodnie ze stereotypami oraz przejawiają zachowania homofobiczne. Poniższy przegląd ma na celu zapoznanie Czytelnika z chorobami występującymi częściej u osób LGB – w szczególności chorób przenoszonych drogą płciową, nowotworów i chorób psychicznych, oraz przedstawienie obecnego stosunku personelu medycznego do osób LGB.

**Słowa kluczowe:** LGB, homoseksualizm, epidemiologia, zdrowie, HIV, kiła, rak odbytu, rak sutka, choroby psychiczne

### Abstract

Nowadays there are still many hardships that a LGB person encounters when entering a therapeutic relation with a medical doctor. Not only has medical personnel little awareness of LGB patients' specific needs and diseases that occur more frequently in this population, but also they are likely to use stereotypes and behave in ways that can be called homophobic. The purpose of this review is to familiarize the reader with diseases whose frequency is associated with non-heterosexual orientation, especially sexually transmitted diseases, tumors and psychiatric disorders, as well as to present the current attitude of medical personnel to LGB patients.

**Key words:** LGB, homosexuality, epidemiology, health, HIV, syphilis, anal cancer, breast cancer, psychiatric disorders

### Wstęp

Osoby należące do populacji LGB (ang. lesbian, gay, bisexual – lesbijki, geje i biseksualiści) przejawiają specyficzne potrzeby i problemy zdrowotne, wyróżniające je spośród populacji ogólnej. W populacji LGB występują częstsze zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, przy czym szczególną uwagę należy zwrócić na zakażenie wirusem HIV. Niektórzy badacze sugerują wprowadzenie rutynowych testów przesiewowych dotyczących niektórych chorób przenoszonych drogą płciową. Homoseksualni mężczyźni mają podwyższone ryzyko zachorowania na raka odbytu, natomiast kobiety – na raka sutka. Wykazano także, że w populacji LGB znacznie częściej występują choroby psychiczne.

Poniższy przegląd ma na celu zapoznanie Czytelnika z aktualnym stanem wiedzy naukowej dotyczącym specyfiki osoby LGB jako pacjenta.

### Materiał i metody

Przedstawiony materiał jest wynikiem przeglądu piśmiennictwa przeprowadzonego w bazach Medline/Pubmed oraz Google Scholar. Artykuły poruszające tematykę związaną ze zdrowiem LGB były włączane do przeglądu piśmiennictwa.

### Omówienie wyników

Wiele osób należących do mniejszości seksualnych obawia się stygmatyzacji oraz przejawów homofobii ze strony pracowników służby zdrowia. Takie

zachowanie powoduje, rzecz jasna, unikanie lub opóźnianie kontaktu z lekarzami w razie dolegliwości (Dahan, 2007; Smith, 1985; Trippet, 1992), co może spowodować większe zaawansowanie choroby przy pierwszej diagnozie, a w konsekwencji bardziej ograniczone możliwości leczenia. Niestety, obawy społeczności LGB nie są całkowicie bezzasadne – lekarze nie tylko nie mają wystarczającej wiedzy o specyficznych potrzebach LGB (Dahan, 2007), ale także przejawiają postawy homofobiczne (Dinkel, 2007; Gray, 1996; Richmond, 1998). W niniejszym artykule postaram się przedstawić specyfikę osoby homoseksualnej jako pacjenta. Skupię się w szczególności zakażeniach chorobami przenoszonymi drogą płciową (w tym HIV – ludzki wirus niedoboru odporności i AIDS – zespół nabytego niedoboru odporności), niektórych nowotworach, zapaleniach wątroby, problemach ze zdrowiem psychicznym oraz uzależnieniami.

Choć do zwiększonego ryzyka chorób przenoszonych drogą płciową (STD) predysponują określone zachowania seksualne, a nie orientacja, występują one częściej w populacji LGB (Catalozzi, 2004; Benson, 2006; La Ruche, 2013). Dotyczy to także bakteryjnych STD, m.in. rzeżączki i chlamydiozy, których ogólna częstość występowania maleje, zaś w populacji LGB obserwuje się wzrost liczby zachorowań (Benson, 2006). Część kobiet LB (ang. lesbian, bisexual – lesbijki, osoby biseksualne) uważa, że znajduje się w grupie niskiego ryzyka zakażenia tymi chorobami (Marazzo, 2005) – jednak one również są narażone poprzez kontakt błon śluzowych lub zabawki erotyczne (Marazzo, 2005). Niepokoi obserwowany wzrost oporności wyżej wymienionych bakterii na antybiotyki (La Ruche, 2013). Guy La Ruche (2013) obserwuje również wciąż niedostateczne użycie prezerwatyw, zwłaszcza podczas seksu oralnego. Takie zachowanie prowadzi do rozprzestrzeniania się rzeczonych chorób.

Henry De Vries (2014) postuluje, by w grupie mężczyzn uprawiających seks

z mężczyznami (MSM) w celu zredukowania powikłań STD przeprowadzać badania przesiewowe. Najważniejszym z nich, co powinno być oczywiste, jest dokładny wywiad dotyczący praktyk seksualnych. Z powodu braku odpowiedniego przeszkolenia personel medyczny może czuć się niewyposażony w odpowiednie narzędzia umożliwiające zebranie tego typu informacji. Między innymi z tego powodu w wielu krajach Unii Europejskiej wciąż brakuje danych epidemiologicznych dotyczących STD (Savage, 2009; za: De Vries, 2014).

Jak przytacza Randy Shilts (1987), problem AIDS i HIV wciąż pozostaje palący w środowiskach MSM. Obecnie mało znany jest fakt, że pierwszą nazwą dla AIDS było GRID (ang. gay-related immune deficiency - zespół niedoboru odporności gejów). Stało się to w 1982 roku, kiedy badacze w okolicach południowej Kalifornii i Nowego Jorku zaobserwowali ogniska dwóch rzadkich wcześniej chorób - mięsaka Kaposiego i pneumocystozy. Jednak jeszcze w tym samym roku badacze zaproponowali termin AIDS - zespół nabytego niedoboru odporności. Stało się to po pojawieniu się kolejnych ognisk zachorowań wśród niedawno przybyłych do Ameryki emigrantów z Tahiti, partnerek seksualnych mężczyzn z AIDS i biorców transfuzji krwi nieobciążonych dodatkowymi czynnikami ryzyka. Pierwotny stereotyp AIDS jako „choroby (wyłącznie) homoseksualistów” wciąż jest stosunkowo rozprzestrzeniony.

Należy jednak podkreślić, że, choć AIDS nie dotyczy wyłącznie tej grupy, LGB są grupą o znacznie podwyższonym ryzyku zakażenia. Odsetek homoseksualnych mężczyzn zakażonych HIV wynosi od 16 do 28% i jest najwyższy w grupie wiekowej 40-49 lat. Co więcej, 44% badanych nie było świadomych, że są nosicielami (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Dla porównania, w populacji heteroseksualnej zakażenia HIV występują wśród 0-7% osób (European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2013). W Polsce stosunki seksualne między mężczyznami są źródłem do 21% zakażeń wirusem HIV, zaś

ryzykowne zachowania heteroseksualne – 23,1% (Rosińska, 2014). Choć podane liczby wydają się być porównywalne, należy zwrócić uwagę na różnice wielkości populacji hetero- i homoseksualnych.

Wysokie ryzyko zakażenia HIV przez MSM tłumaczone jest wysokim prawdopodobieństwem transmisji wirusa w receptywnym stosunku analnym (Beyrer, 2012). Grupę najwyższego ryzyka stanowią Afroamerykanie, także po uwzględnieniu częstości podejmowania zachowań ryzykownych (Millett, 2007). Przyczyna tej korelacji pozostaje nieznana. Mężczyźni biseksualni mają dwa razy mniejszą szansę zakażenia HIV niż mężczyźni homoseksualni (OR 0,41) (Friedman, 2014).

Czynnikiem ograniczającym długość przeżycia pacjentów MSM z HIV jest ich niskie zaufanie do służby zdrowia i idące za tym rzadsze zgłaszanie się do lekarza (Beyrer, 2012). Dane dotyczące zakażeń HIV w populacji kobiet LB są bardzo ograniczone, udokumentowano jednak przypadki przeniesienia wirusa tą drogą (Marrazzo, 2004).

Choroby wirusowe przenoszone drogą płciową, które częściej występują w populacjach LGB, obejmują HAV, HBV, HDV, HCV i HPV (Jin, 2004; Lawrence, 2002; Tider, 2005). Zakażenia tymi wirusami przekładają się na częstsze występowanie przewlekłego zapalenia wątroby i marskości wątroby w tej grupie. Dodatkowymi czynnikami ryzyka zakażenia są duża liczba partnerów seksualnych, długi czas od ujawnienia homoseksualizmu, częste stosunki analne (Chow, 2014). Postuluje się szczepienie wszystkich MSM przeciwko HAV i HBV (Rhodes, 2007).

Christopher Fairley (2014) sugeruje, że rutynowe stosowanie u mężczyzn GB przesiewowych testów wykrywających kiłę, HIV i HCV mogłyby, poprzez identyfikację nosicieli, przyczynić się do zmniejszenia transmisji tych chorób.

Neoplazja śródnabłonkowa odbytu (AIN), poprzedzająca raka odbytu, występuje częściej u HIV-seronegatywnych mężczyzn

uprawiających seks z innymi mężczyznami i osób HIV-seropozytywnych. (Coutlée, 2012).

Czynnikami ryzyka dla rozwoju AIN i raka odbytu są seks analny, infekcja HPV i palenie tytoniu (Daling, 1987), a wszystkie te zachowania są powszechniejsze wśród MSM niż w populacji ogólnej. Nowotwór ten występuje w tej grupie 17 razy częściej (Herat, 2007). Ryzyko względne wystąpienia raka odbytu u gejów zakażonych HIV wynosi 59,5 (Frisch, 2010). Postuluje się wprowadzenie cytologii i wysoko rozdzielczej anoskopii jako badań przesiewowych u MSM, zwłaszcza zakażonych HIV (Chin-Hong, 2008). Obecna czułość tych testów wynosi jednak jedynie 45-70%. Brakuje także odpowiedniego leczenia dla zaawansowanego AIN. Teoretycznie wczesne wykrycie mogłoby jednak prowadzić do lepszych wyników terapeutycznych (Anderson, 2004).

Kobiety LB mają większe ryzyko zapadnięcia na raka sutka. Różnica ta występuje również w przypadku sióstr, z których jedna jest hetero-, a druga homoseksualna (Dibble, 2004). Tłumaczy się to częstszym występowaniem takich czynników ryzyka, jak mniejsza liczba ciąż, które powodują określone zmiany hormonalne zmniejszające ryzyko zachorowania (Dibble, 2004), większe spożycie alkoholu i częstsze występowanie otyłości (Case 2004).

W związku z częstszym występowaniem HIV w populacji LGB obserwuje się także zwiększoną zachorowalność na ziarnicę złośliwą, chłoniaki niezłośliwe (Koblin 1996) i mięsaka Kaposiego (Rose, 2014).

Wśród MSM częściej występują także niektóre zakaźne choroby układu pokarmowego, prawdopodobnie przenoszone podczas stosunku analnego: szigelloza, salmonella, giardozja i czerwonka (Baker, 1982).

W metaanalizie przeprowadzonej przez Michaela Kinga (2008) obejmującej w ostatecznej wersji 28 badań (ponad 210 tysięcy heteroseksualistów i prawie 12 tysięcy osób o innej orientacji seksualnej) wykazano, że zaburzenia psychiczne występują o wiele częściej u osób LGB: próby samobójcze 2,47

razu częściej, depresja i zaburzenia lękowe 1,5 raza częściej, nadużywanie alkoholu i innych substancji 1,5 raza częściej. Należy podkreślić, że jest to zależność jedynie korelacyjna – nie wykazano żadnego związku przyczynowo-skutkowego między orientacją homoseksualną a częstością występowania zaburzeń. Prawdopodobnie przyczyną jest stygmatyzacja, dyskryminacja i uprzedzenie, których doświadcza większość osób LGB (King, 2008).

Według Kelly Green (2012), kobiety LB są bardziej narażone na nadużywanie alkoholu i leków, zaś mężczyźni GB (ang. gay, bisexual – geje i osoby biseksualne) – na uzależnienie od narkotyków. Do odkrytych czynników ryzyka uzależnień należą: zakażenie wirusem HIV, płeć żeńska, wiek, orientacja biseksualna.

Mimo podobnego poziomu wiedzy dotyczącego szkodliwego wpływu palenia papierosów do populacji ogólnej (Pizacani, 2009), palenie występuje względnie częściej u osób LGB, przy czym dotyczy to zwłaszcza kobiet (Gruskin, 2001). Nie zaobserwowano jednakże różnic w częstości chęci rzucenia palenia czy niższej akceptacji nikotynowej terapii zastępczej. Powinno być to wykorzystane w kampaniach promujących rzucenie palenia (Levinson, 2012).

Jadłowstręt psychiczny i bulimia występują częściej u mężczyzn GB (Carlat, 1997). Otyłość i nadwaga są natomiast częstsze u kobiet homo- i biseksualnych niż u heteroseksualnych (Boehmer, 2007).

Z uwagi na częstsze występowanie palenia papierosów i otyłości, zwłaszcza wśród pacjentek LB, osoby z populacji LGB częściej znajdują się w grupie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

## **Wnioski**

W świetle powyższych wyników jasne jest, że lekarze i studenci medycyny powinni zapoznać się ze specyfiką społeczności LGB jako osobnej epidemiologicznie populacji pacjentów. Wiedza ta nie powinna jednak prowadzić do nierównego traktowania tych pacjentów i zachowań homofobicznych.

Konieczne są szkolenia dla personelu medycznego dotyczące wywiadu na temat

życia seksualnego pacjenta i jego ryzykownych zachowań seksualnych. Powinno być to bowiem podstawowe narzędzie w diagnostyce prawdopodobieństwa zakażenia HIV i innymi STD.

Należy rozważyć wprowadzenie badań przesiewowych wśród MSM w kierunku HIV, HCV i kiły, a także wprowadzić w tej grupie szczepienia przeciwko HBV i HAV.

Celowane badania przesiewowe MSM w kierunku raka odbytu mogłyby, poprzez wcześniejsze rozpoznanie, poprawić rokowanie pacjentów. Obecnie brak jednak odpowiednio czułych i specyficznych badań przesiewowych.

Należy zwrócić uwagę, że kobiety LB znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi. W tej grupie pacjentek powinno się zatem położyć szczególny nacisk na konieczność regularnych badań.

Z uwagi na wysokie ryzyko wystąpienia chorób psychicznych, w tym również uzależnień, u osób LGB zaleca się pogłębiony wywiad w tym kierunku u wszystkich pacjentów z mniejszości seksualnych, w celu poprawnej diagnozy u większego odsetka pacjentów.

## **Literatura**

- Anderson J. S., Vajdic C., Grulich A. E. (2004). Is screening for anal cancer warranted in homosexual men? *Sex Health*, 1, 137-40.
- Baker R. W., Peppercorn M. A. (1982). Enteric diseases of homosexual men. *Pharmacotherapy*, 2, 32-42.
- Benson, P. A., Hergenroeder, A. C. (2005). Bacterial sexually transmitted infections in gay, lesbian, and bisexual adolescents: medical and public health perspectives. *Seminars in pediatric infectious diseases*, 16, 181-91.
- Beyrer C., Baral S. D., van Griensven F., Goodreau S. M., Chariyalertsak S., Wirtz A. L., Brookmeyer R. (2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 380, 367-77.
- Boehmer U., Bowen D. J., Bauer G. R. (2007). Overweight and obesity in sexual-minority women: evidence from population-based data. *American Journal of Public Health*, 97, 1134-40.
- Carlat D. J., Camargo C. A., Herzog D. B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1127-32.
- Case P., Austin S. B., Hunter D. J., Manson J. E., Malspeis S., Willett W. C., Spiegelman D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 13, 1033-4.

- Catalozzi, M., Rudy, B. J. (2004). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, and questioning youth: the importance of a sensitive and confidential sexual history in identifying the risk and implementing treatment for sexually transmitted infections. *Adolescent Medicine Clinics*, 15, 353–67.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). Prevalence and Awareness of HIV Infection Among Men Who Have Sex With Men - 21 Cities, United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59, 1201-1207.
- Chin-Hong P. V., Berry J. M. i wsp. (2008). Comparison of patient- and clinician-collected anal cytology samples to screen for human papillomavirus-associated anal intraepithelial neoplasia in men who have sex with men. *Ann Intern Med*, 149, 300–6.
- Chow E. P., Tucker J.D., Wong F. Y., Nehl E. J., Wang Y., Zhuang X., Zhang L. (2014). Disparities and risks of sexually transmissible infections among men who have sex with men in China: a meta-analysis and data synthesis. *Plos one*, 9
- Coutlée F., De Pokomandy A., Franco E. L. (2012). Epidemiology, natural history and risk factors for anal intraepithelial neoplasia. *Sex Health*, 9, 547-55.
- Dahan, R., Feldman, R., Hermoni, D. (2007). The importance of sexual orientation in the medical consultation. *Harefuah*, 146, 626–644.
- Daling J. R., Weiss N. S., Hislop T. G., Maden C. i wsp. (1987). Sexual practices, sexually transmitted diseases, and the incidence of anal cancer. *N Engl J Med*, 317, 973–7.
- De Vries H. J. C. (2014). Sexually transmitted infections in men who have sex with men. *Clinics in Dermatology*, 32, 181–188.
- Dibble S. L., Roberts S. A., Nussey B. (2004). Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Women's Health Issues*, 14, 60–8.
- Dinkel, S., Patzel, B., McGuire, M. J., Rolfs, E., Purcell, K. (2007). Measures of homophobia among nursing students and faculty: a Midwestern perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4, 24.
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2013). HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. *European Centre for Disease Prevention and Control*.
- Fairley C. K., Law M., Chen M. Y. (2014). Eradicating syphilis, hepatitis C and HIV in MSM through frequent testing strategies. *Curr Opin Infect Dis*, 27, 56-61.
- Friedman M. R., Wei C., Klem M. L., Silvestre A. J., Markovic N., Stall R. (2014). HIV infection and sexual risk among men who have sex with men and women (MSMW): a systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 30
- Frisch M., Biggar R. J., Goedert J. J. (2000). Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *J Natl Cancer Inst*, 92, 1500–10.
- Gray, D. P., Kramer, M., Minick, P., McGehee, L., Thomas, D., Greiner, D. (1996). Heterosexism in nursing education. *The Journal of Nursing Education*, 35, 204–10.
- Green K. E., Feinstein B. A. (2012). Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: an update on empirical research and implications for treatment. *Psychol Addict Behav*, 26, 265-78.
- Gruskin E. P., Hart S., Gordon N., Ackerson L. (2001). Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. *American Journal of Public Health*, 91, 976–9.
- Herat A., Whitfeld M., Hillman R. (2007). Anal intraepithelial neoplasia and anal cancer in dermatological practice. *The Australasian Journal of Dermatology*, 48, 143–53.
- Jin, F., Prestage, G. P., Pell, C. M., Donovan, B., Van De Ven, P. G., Kippax, S. C., Kaldor, J. M., Grulich, A. E. (2004). Hepatitis A and B infection and vaccination in a cohort of homosexual men in Sydney. *Sexual Health*, 1, 227–37.
- King M., Semlyen J., Tai S. S., Killaspy H., Osborn D., Popelyuk D., Nazareth I. (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70.
- Koblin B. A., Hessel N. A. i wsp. (1996). Increased incidence of cancer among homosexual men, New York City and San Francisco, 1978-1990. *Am J Epidemiol*, 144, 916–23.
- La Ruche G., Goulet V., Bouyssou A., Sednaoui P., De Barbeyrac B., Dupin N., Semaille C. (2013). Current epidemiology of bacterial STIs in France. *Presse Med*, 42, 432-439.
- Lawrence, R., Stanberry, D., Bernstein, E. (2002). Sexually transmitted diseases: vaccines, prevention and control. *San Diego: Academic*, 22.
- Levinson A. H., Hood N., Mahajan R., Russ R. (2012). Smoking cessation treatment preferences, intentions, and behaviors among a large sample of Colorado gay, lesbian, bisexual, and transgendered smokers. *Nicotine Tob Res*, 14, 910-8.
- Marrazzo J. M., Coffey P., Bingham A. (2005). Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37 (1), 6–12.
- Marrazzo, J. M. (2004). Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerging Infectious Diseases*, 10, 1974–8.
- Millett, G. A., Flores, S. A., Peterson, J. L., Bakeman, R. (2007). Explaining disparities in HIV infection among black and white men who have sex with men: a meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS*, 21, 2083–91.
- Pizacani B. A., Rohde K., Bushore C., Stark M. J., Maher J. E., Dilley J. A., Boysun M. J. (2009). Smoking-related knowledge, attitudes and behaviors in the lesbian, gay and bisexual community: a population-based study from the U.S. Pacific Northwest. *Preventive Medicine*, 48, 555–61.

## **Psychoseksuologia**

Numer 1 (1), 2015

- Rhodes S. D., Yee L. J. (2007). Using hepatitis A and B vaccination as a paradigm for effective HIV vaccine delivery. *Sexual Health*, 4, 121–7.
- Richmond, J. P., McKenna, H. (1998). Homophobia: an evolutionary analysis of the concept as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 362–9.
- Rose L. J. (2014). Kaposi Sarcoma. *Medscape*
- Shilts, R. (1987). and the Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic. *St. Martin's Press*.
- Smith, E. M., Johnson, S. R., Guenther, S. M. (1985). Health care attitudes and experiences during gynecologic care among lesbians and bisexuals. *American Journal of Public Health*, 75, 1085–1087.
- Tider, D. S., Parsons, J. T., Bimbi, D. S. (2005). Knowledge of human papillomavirus and effects on sexual behaviour of gay/bisexual men: a brief report. *International Journal of STD & AIDS*, 16, 707–8.
- Trippet, S. E., Bain, J. (1992). Reasons American lesbians fail to seek traditional health care. *Health Care for Women International*, 13, 145–53.