

## **Zdrowie psychiczne osób homoseksualnych i biseksualnych – przegląd badań i prezentacja zjawiska**

### **Mental health of homosexual and bisexual people – review of research and presentation of phenomenon**

Bartosz Grabski <sup>1</sup>, Grzegorz Iniewicz <sup>2,3</sup>, Magdalena Mijas <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. J. K. Gierowski

<sup>2</sup>Oddział Kliniczny Klinik Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży  
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr n. med. M. Pilecki

<sup>3</sup>Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński

Dyrektor: prof. dr hab. n. hum. M. Kossowska

#### **Summary**

The issues of mental health and psychological well-being of sexual minorities have become one of the ponderable scientific questions in recent years. Not only do they attract the attention of psychiatrists, psychologists or sexologists, but also of public health professionals. It is because psychiatric disorders in sexual minorities are not only the source of individual suffering and dysfunction, but also a big and so far unappreciated social problem. The research results in this field were mostly unreliable in the past, because they were based on the false paradigm, assuming that homosexuality unquestionably belongs in the realms of psychopathology. This became a major selection bias in which researchers tried to draw conclusion upon the mental status of the whole population of homosexual people only from studies of clinical populations. New studies analyse the mental status of this relatively big social group implementing data from epidemiological population-based studies, which allows the more realistic assessment of the problem. In this work we presented new data indicating the elevated risk of psychiatric disorders within the sexual minorities. The problem was discussed in the context of living in the reluctant and hostile environment (minority stress exposure).

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, mniejszości seksualne, homoseksualność, stres mniejszościowy, LGBT

**Key word:** psychiatric disorders, sexual minorities, homosexuality, minority stress, LGBT

#### **Wstęp**

Badania nad związkami orientacji seksualnej z zaburzeniami psychicznymi przeszły w ostatnim półwieczu przynajmniej trzy przemiany [1]. W czasach, gdy homoseksualność uznawana była przez większość za wyraz psychopatologii (do lat

70. XX wieku), badacze rekrutowali do badań przede wszystkim osoby homoseksualne korzystające z opieki psychiatrycznej, w przekonaniu, iż w dużym stopniu tak dobrane próby będą reprezentatywne dla całej populacji LGB (lesbijek, gejów i osób biseksualnych). Badania z tego okresu (badania pierwszej fali) nad związkami homoseksualności z chorobami psychicznymi wykazywały, iż zaburzenia psychiczne w populacji gejów i lesbijek są powszechne, a otrzymane wyniki, choć z punktu widzenia naszej współczesnej wiedzy zupełnie niemiernodajne, publikowane były w uznanych periodykach i nadal są często bezkrytycznie cytowane, szczególnie przez zwolenników tzw. terapii reparatywnych. Niechlubny przykład stanowić może badanie Biebera [2], opublikowane w 1962 roku, z którego wynikać miało, że 1/3 osób homoseksualnych to schizofrenicy, 1/3 neurotycy, a kolejna trzecia część cierpi na zaburzenia osobowości. Przyjmując te wyniki bezkrytycznie, należałoby stwierdzić, że homoseksualizm jest jedyną kondycją, w której odsetek zaburzeń psychicznych sięga 100%. Wiedza i doświadczenie kliniczne zdecydowanie przeczą takiemu pogładowi. Jednak nawet w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, kiedy homoseksualizm uznawany był za chorobę – i kiedy obserwowany był szczyt różnorodnych oddziaływań medycznych zmierzających do zmiany orientacji na heteroseksualną – brano również pod uwagę, że homoseksualność może towarzyszyć „normalnej osobowości”, bez zaburzeń psychicznych [3].

W drugiej fali badań, rozpoczętej w latach 70., po oficjalnym usunięciu homoseksualności z listy zaburzeń psychicznych przez APA (American Psychiatric Association – Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne), zaczęto rekrutować badanych z populacji nieklinicznych. Ograniczona dostępność osób LGB mogących uczestniczyć w badaniach, wynikająca z niechęci do ujawniania się, zmuszała jednak badaczy do rekrutacji badanych z mało reprezentatywnych środowisk i miejsc. Były to bary, łaźnie, okolicznościowe spotkania polityczne i społeczne gromadzące osoby homoseksualne [1]. Jak podają Ochran i Mays [1], uzyskane z tych badań wyniki w większości nie ujawniały większego rozpowszechnienia chorób i zaburzeń psychicznych wśród gejów i lesbijek. Powtarzający się problem braku porównawczej grupy kontrolnej osób heteroseksualnych w dużym stopniu zmniejszał jednak wartość w ten sposób uzyskiwanych rezultatów. W badaniach tych wykazywano jedynie większe rozpowszechnienie problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu i substancji psychoaktywnych, jednak w związku ze wspomnianym powyżej brakiem grup porównawczych oraz źródłem rekrutacji (np. bary i kluby) wydaje się, iż otrzymywane wyniki były jedynie reprezentatywne dla populacji, z której pochodzili badani.

W trwającej od ponad piętnastu lat trzeciej fali zainteresowania problematyką zdrowia psychicznego osób LGB naukowcy podjęli próbę dalszej eliminacji błędów wcześniejszych badań. Do głównych zmian w stosowanej metodzie Ochran i Mays [1] zaliczają: wybór strategii rekrutacji opartej na wielu źródłach (w celu ograniczenia błędu próby i zwiększenia możliwości uogólniania wyników), zwiększenie liczebności badanych grup (w celu podwyższenia mocy statystycznej) oraz poszukiwanie odpowiednich danych porównawczych dotyczących rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. Do tej grupy badań należą także duże badania epidemiologiczne uwzględniające tematykę orientacji seksualnej (i jej związków z zaburzeniami zdrowia psychicznego)

przeprowadzone w grupach reprezentatywnych dla populacji ogólnej. Z powodu przedstawionej argumentacji w pracy uwzględniono wyniki badań ze wspomnianej tzw. trzeciej fali.

### Przegląd badań

W klasycznym już badaniu National Comorbidity Survey (NCS) (tabela 1) [4] uwzględniono szereg kategorii diagnostycznych. Ocenie poddano występowanie: zaburzeń lękowych (agorafobii, fobii społecznej i fobii prostych, zaburzenia lękowego uogólnionego i panicznego, zaburzenia stresowego pourazowego), zaburzeń nastroju (dużej depresji i dystymii), nadużywania i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, myśli, planów i prób samobójczych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Pomimo ogólnego większego rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w grupie osób homoseksualnych, jedyne statystycznie istotne różnice pomiędzy osobami homoseksualnymi a heteroseksualnymi wykazano wśród kobiet w zakresie częstości występowania fobii prostych (25%, w stosunku do 13,3%), zaburzenia stresowego pourazowego (20,9%, w stosunku do 5,9%) oraz dużej depresji (34,5%, w stosunku do 12,9%). Ogromną zaletą badania NCS jest jego reprezentatywność dla całej populacji USA charakter, stosowanie standaryzowanych narzędzi oceny stanu psychicznego (wywiad diagnostyczny – *Composite International Diagnostic Interview*); dużą słabością, podobnie jak większości badań w ogóle i prawie wszystkich badań populacyjnych, oparcie definicji orientacji seksualnej na behawioralnym wyznaczniku posiadania przynajmniej jednego partnera seksualnego tej samej płci w ciągu 5 lat przed badaniem, będącym kryterium odróżniającym tę grupę od osób o wyłącznie heteroseksualnych doświadczeniach.

Podobne zastrzeżenia natury metodycznej budzą także inne badania populacyjne. Krótkie podsumowanie otrzymanych wyników przedstawia się następująco: w badaniu NHANES III [5] – mężczyźni mający homoseksualne doświadczenia seksualne statystycznie częściej cierpieli w jakimś okresie życia na nawracającą depresję (12,2%, w stosunku do 3,5%) oraz częściej, co dotyczyło mężczyzn młodszych, poniżej 30 roku życia, podejmowali próby samobójcze; w badaniu NHSDA [6] – statystycznie istotne różnice w przypadku mężczyzn wykazano dla zespołu lęku napadowego (6,4%, w stosunku do 2,0%) i dużej depresji (13,3%, w stosunku do 5,1%), w przypadku kobiet dla uzależnienia od alkoholu (7,0%, w stosunku do 2,2%) i narkotyków (5,0%, w stosunku do 1,3%), w obu przypadkach osoby homoseksualne częściej miały powyższe problemy; w badaniu MIDUS [7] – statystycznie częściej u mężczyzn homo- lub biseksualnych stwierdzano zespół lęku napadowego (17,9%, w stosunku do 3,8%) i dużą depresję (31,0%, w stosunku do 10,2%), u homo- lub biseksualnych kobiet zespół lęku uogólnionego (14,7%, w stosunku do 3,8%); z kolei w badaniu NEMESIS [8] – mężczyźni homoseksualni statystycznie częściej cierpieli z powodu zaburzeń nastroju (17,1%, w stosunku do 5,2%) i zaburzeń lękowych (19,5%, w stosunku do 7,6%), homoseksualne kobiety z powodu uzależnień od substancji psychoaktywnych w ciągu roku poprzedzającego badanie (14,0%, w stosunku do 4,9%), dodatkowo, w ujęciu uwzględniającym całe dotychczasowe życie przed badaniem, wystąpiło u nich

więcej epizodów zaburzeń nastroju niż u heteroseksualnych (48,8%, w stosunku do 24,3%).

Niewątpliwą siłą wyżej cytowanych badań jest względnie duża wielkość próby oraz ich reprezentatywność dla populacji ogólnej charakter, co stanowi o ich przewadze nad badaniami prowadzonymi na nielosowych, niereprezentatywnych i małych próbach (por. tabela 1). Jednakże wiążącą się z nimi podstawową trudnością jest sposób definiowania orientacji seksualnej. Praktycznie wszystkie przeprowadzone dotychczas badania populacyjne wykorzystywały uproszczoną, behawioralną definicję orientacji homoseksualnej (posiadanie przynajmniej jednego partnera tej samej płci w ciągu ostatniego roku, bądź pięciu lat przed badaniem), łącząc osoby homo- i biseksualne (definiowane w ww. sposób) w jedną grupę. Tylko jedno badanie [7], zamiast wyznacznika behawioralnego, przyjęło za podstawę definicji orientacji seksualnej treść deklarowanej tożsamości seksualnej (uważanie się za osobę homo-, bi- lub heteroseksualną).

Na tym tle na szczególne omówienie zasługuje najnowsze badanie przeprowadzone w USA, pod akronimem NESARC [9]. Badanie ma wszystkie zalety badań populacyjnych. W definicji orientacji seksualnej po raz pierwszy wykorzystano jej trzy wymiary – identyfikację (deklarowaną tożsamość seksualną), zachowanie i kierunek pociągu seksualnego, przeprowadzając oddzielne analizy dla poszczególnych wymiarów orientacji i płci. Poniżej przedstawimy najważniejsze wyniki i wnioski płynące z tych badań.

Wśród badanych, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, identyfikacja homo- i biseksualna oraz niesprecyzowana (odpowiedź na pytanie o najlepiej opisującą daną osobę orientację: „Nie jestem pewien/pewna”) związane były z częstszym występowaniem w ciągu życia większości zaburzeń psychicznych. Ujawniona została jednak różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami. U kobiet największe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych występowało w przypadku orientacji biseksualnej, a u mężczyzn homoseksualnej.

W grupie kobiet, z uwzględnieniem kryterium deklarowanej przez osoby badane tożsamości seksualnej, 58,7% biseksualnych, 44,4% homoseksualnych, 36,5% niepewnych co do własnej orientacji i 30,5% heteroseksualnych, doświadczyło na jakimś etapie życia zaburzeń nastroju. Gdy jako podstawę porównań zastosowano behawioralny aspekt orientacji seksualnej, kobiety biseksualne częściej wykazywały zaburzenia psychiczne w ciągu życia niż kobiety heteroseksualne, natomiast u kobiet homoseksualnych zaburzenia psychiczne występowały najrzadziej. Podobnie, uwzględniając jedynie aspekt pociągu seksualnego, kobiety wyłącznie homoseksualne najrzadziej spełniały kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych.

W grupie mężczyzn, z uwzględnieniem kryterium deklarowanej przez osoby badane tożsamości seksualnej, 42,3% homoseksualnych, 36,4% biseksualnych, 36,4% niepewnych co do własnej orientacji i 19,8% heteroseksualnych, doświadczyło na jakimś etapie życia zaburzeń nastroju. Uwzględniając behawioralny aspekt orientacji – mężczyźni biseksualni częściej wykazywali zaburzenia psychiczne w ciągu życia niż mężczyźni heteroseksualni i homoseksualni, natomiast u mężczyzn heteroseksualnych zaburzenia psychiczne występowały najrzadziej. Uwzględniając jedynie aspekt

pociągu seksualnego, ponownie mężczyźni heteroseksualni byli grupą o najniższym poziomie zaburzeń psychicznych.

Iloraz szans (OR) w grupie kobiet – po kontroli zmiennych demograficznych – dla identyfikujących się jako odpowiednio homo- i biseksualne – dla zaburzeń nastroju wyniósł: 1,5 i 2,6, a dla zaburzeń lękowych: 1,6 i 2,1 (w stosunku do kobiet heteroseksualnych: 1,0). Iloraz szans (OR) w grupie mężczyzn – po kontroli zmiennych demograficznych dla identyfikujących się jako odpowiednio homo- i biseksualni – dla zaburzeń nastroju wyniósł: 2,4 i 2,1, a dla zaburzeń lękowych: 2,7 i 2,7 (w stosunku do mężczyzn heteroseksualnych: 1,0).

Analizując wyniki omawianych badań nie sposób nie dostrzec, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupie osób należących do mniejszości seksualnych różni się w zależności od płci i od różnych wymiarów orientacji seksualnej. U mężczyzn jakkolwiek status mniejszościowy, czy to definiowany poprzez identyfikację z mniejszościową grupą, zachowanie seksualne, czy też kierunek pociągu seksualnego, związany był z częstszym występowaniem zaburzeń psychicznych w ciągu życia. U kobiet, co prawda, jakkolwiek status mniejszościowy definiowany poprzez aspekt identyfikacyjny również związany był z częstszym występowaniem zaburzeń psychicznych, jednakże ukierunkowanie pociągu seksualnego i zachowania seksualne wyłącznie z przedstawicielami tej samej płci związane były z niższymi wskaźnikami rozpowszechnienia tych zaburzeń.

Powyższe różnice autorzy próbują wyjaśnić – poza możliwymi przyczynami genetycznymi, biologicznymi i kulturowymi – większym nasileniem stygmatyzacji społecznej mężczyzn homoseksualnych, większym sankcjonowaniem odstępstw od heteronormatywnych oczekiwań w przypadku mężczyzn niż ma to miejsce w odniesieniu do kobiet, oraz możliwym „ochronnym” wpływem zachowań i zainteresowań homoseksualnych kobiet na ich dobrostan psychiczny. Ta ostatnia hipoteza wymagała weryfikacji w toku dalszych badań. Orientacja biseksualna i różne jej wymiary (identyfikacja, zachowanie, pociąg seksualny), w świetle uzyskanych wyników, wydają się nieść największe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych, choć tu również ujawnia się znaczne zróżnicowanie płciowe. W ujęciu modelu stresu mniejszościowego, być może, ma to związek z postulowanym, podwójnym statusem mniejszościowym i zwielokrotniającą się marginalizacją (naznaczenie zarówno społeczne, jak i w obrębie samej grupy mniejszościowej). Tabela 1 *na następnej stronie*.

Oprócz relacjonowanych wyżej badań populacyjnych, przeprowadzono również wiele badań poświęconych specjalnie tej problematyce, z wykorzystaniem bardzo zróżnicowanych metod i różnych, niereprezentatywnych dla populacji ogólnej, grup. W większości, ale nie we wszystkich badaniach, jeżeli występują jakieś różnice pomiędzy osobami heteroseksualnymi a homoseksualnymi, to zawsze wskazują one na zwiększone rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupie mniejszości seksualnych. Podobnie jak w przypadku badań populacyjnych, także i w odniesieniu do omawianych projektów można wysunąć szereg argumentów krytycznych (dotyczących sposobu definiowania i operacjonalizowania orientacji seksualnej, łączenia w analizach osób homo- i biseksualnych w jedną grupę, czy łączenia kobiet i mężczyzn w jedną grupę).

Tabela 1. Przegląd i charakterystyka badań populacyjnych, w których poddano ocenie zróżnicowanie ze względu na orientację seksualną

Badanie (Autorzy)	Typ badania – badana grupa – sposób rekrutacji do badań	Liczebność grupy	Przyjęta definicja orientacji seksualnej (homo- i/lub biseksualiści)	Grupa porównawcza (heteroseksualiści)	Narzędzia diagnostyczne – sposób definiowania problemów psychicznych
<b>NCS</b> (Gilman i in., 2001) [4]	populacyjne, reprezentatywne dla populacji USA	5 877*	≥1 partner tej samej płci w ciągu 5 lat przed badaniem	wyłącznie partnerzy przeciwnej płci	CIDI/DSM-III-R
<b>NHANES III</b> (Cochran i Mays, 2000) [5]	populacyjne, niezinstytucjonalizowana populacja USA, tylko mężczyźni	3 503°	≥1 partner tej samej płci w ciągu życia	wyłącznie partnerzy przeciwnej płci	wywiad/ DSM-III-R
<b>NHSDA</b> (Cochran i Mays, 2000) [6]	populacyjne, niezinstytucjonalizowana populacja USA	12 387	≥1 partner tej samej płci w ciągu ostatniego roku	wyłącznie partnerzy przeciwnej płci	wywiad/diagnoza syndromologiczna
<b>MIDUS</b> Cochran i in., 2003) [7]	populacyjne, reprezentatywne dla populacji USA w wieku 25 – 74 lat	2 917	samoidentyfikacja (homo-, hetero-, biseksualna)	homo-, bi- w porównaniu z heteroseksualistami	wywiad/diagnoza syndromologiczna
<b>NEMESIS</b> (Sandfort i in., 2001) [8]	populacyjne, reprezentatywne dla populacji Holandii w wieku 18–64 lat	5998 <sup>a</sup>	≥1 partner tej samej płci w ciągu ostatniego roku	wyłącznie partnerzy przeciwnej płci	CIDI/DSM-III-R
<b>NESARC</b> (Bostwick i in., 2010) [9]	populacyjne, reprezentatywne dla populacji USA powyżej 20 roku życia	34 653	samoidentyfikacja (homo-, hetero-, biseksualna), zachowanie seksualne pociąg seksualny	porównania homo-, bi- z heteroseksualistami, na podstawie różnych wymiarów orientacji seksualnej	AUDADIS-IV/ DSM-IV

\*podgrupa, dla której zebrano dane z wywiadu seksualnego (5 877 z ponad 8 000); ° podgrupa mężczyzn, którzy udzielili odpowiedzi na pytanie dot. płci partnera seksualnego, dla których uzyskano pełne dane dot. historii zaburzeń psychicznych (3 503 z 8 786); <sup>a</sup> podgrupa aktywna seksualnie, dla której udało się zebrać dane dot. zachowań seksualnych (5 998 z 7 076);

NHANES III – National Health and Nutrition Examination Survey III; NHSDA – National Household Survey on Drug Abuse; MIDUS – National Survey of Midlife Development in the United States; NCS – National Comorbidity Survey; NEMESIS – Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study; NESARC – National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions; CIDI – Composite International Diagnostic Interview; AUDADIS-IV – Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV; DSM – Diagnostic and Statistical Manual



W metaanalizie badań opublikowanej w 2003 roku (uwzględniającej zarówno badania populacyjne, jak i te prowadzone w grupach niereprezentatywnych) Meyer [10] określił iloraz szans wystąpienia poszczególnych grup zaburzeń psychicznych w ciągu życia dla osób homo- i biseksualnych w porównaniu z osobami heteroseksualnymi. I tak: dla wszystkich badanych zaburzeń wyniósł on – 2,41, dla zaburzeń nastroju – 1,99, dla zaburzeń lękowych – 1,87, a dla zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych – 2,05. Dane te jednak mają jedynie charakter orientacyjny, skoro procedura nie uwzględniała kontroli wielu zmiennych oraz dotyczyła badań, w których stosowano różne metody. Ogólny wniosek jest jednak podobny – jeśli występują różnice, to wskazują one na większe rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupach mniejszości seksualnych.

### Problematyka samobójstw

Konsekwencją zwiększonej chorobowości psychiatrycznej, szczególnie związanej z depresyjnymi zaburzeniami nastroju oraz życiem w odrzucającym i przemocowym otoczeniu, jest zwiększona częstość myśli i aktów samobójczych w grupie osób należących do mniejszości seksualnych. Osobami szczególnie narażonymi, jak pokazują wyniki niektórych badań, są młodzi, homoseksualnie zorientowani mężczyźni (tabela 2). Sytuację tę doskonale obrazują słowa szesnastoletniego Bobbiego Griffitha na cztery lata przed samobójczą śmiercią [cytat za: 11, tłumaczenie własne]:

*Nie mogę pozwolić, aby ktokolwiek dowiedział się, że nie jestem „hetero-”. Byłoby to tak poniżające. Moi przyjaciele zniechęcąliby mnie, po prostu to wiem. Być może nawet chcieliby mnie pobić... Chyba nic nie znaczą dla nikogo... nawet dla Boga. Życie jest takie okrutne i niesprawiedliwe. Czasami chciałbym zniknąć z powierzchni ziemi”<sup>1</sup>. Tabela 2 na następnej stronie.*

### Podsumowanie

Debata w sprawie statusu homoseksualności i jej ostateczne usunięcie z katalogu zaburzeń psychicznych doprowadziły początkowo do ograniczenia badań w obszarze zdrowia psychicznego osób homo- i biseksualnych. Głównym powodem takiego obrotu spraw było swojego rodzaju przesilenie po okresie, w którym patologiczny status orientacji homoseksualnej wykazywany był m.in. na podstawie jej asocjacji z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Środowiska afirmujące i depatologizujące orientację homoseksualną skłonne były do zarzucania takim badaniom wstecznych i dyskryminujących motywacji, środowiska antygejowskie z kolei nie potrafiły dostrzec innych – niż patologiczność orientacji homoseksualnej *per se* – uwarunkowań ewentualnie częstszego występowania zaburzeń psychicznych u tych osób.

Jakkolwiek upłynie zapewne dużo czasu, zanim społeczna neutralność orientacji seksualnej będzie na tyle powszechna, iż umożliwi rzetelną i trafną ocenę rzeczy-

<sup>1</sup>Historia życia, zmagania związanych z życiem w heteroseksistowskim świecie i samobójczej śmierci została przedstawiona w opartym na faktach filmie pt. „Prayers for Bobby”.

Tabela 2. **Rozpowszechnienie myśli i zachowań samobójczych wśród członków mniejszości seksualnych – przegląd wybranych badań**

Badanie	Okres, którego dotyczy ocena	Typ zachowań	Płeć badanych	Rozpowszechnienie (homo-, bi- – hetero)	
				%	OR
<b>NHANES III</b> <sup>1</sup> [5]	całe życie	Myśli o śmierci	♂	38,6 – 24,3*	1,86
		Pragnienie śmierci	♀	18,5 – 7,6*	<b>2,47</b>
		Myśli samobójcze	♂	41,2 – 17,2*	<b>3,11</b>
		Próby samobójcze	♀	19,3 – 3,6*	<b>5,36</b>
<b>NCS</b> <sup>2</sup> [4]	całe życie	Myśli samobójcze	♂	—	<b>2,2</b>
		Sporządzenie planu „S”	♀	—	<b>2,0</b>
		Podjęta próba „S”	♂	—	1,6
		Podjęta próba „S”	♀	—	2,6
<b>NEMESIS</b> <sup>3</sup> [12]	całe życie	Myśli samobójcze	♂	<b>48,8 – 26,7</b>	<b>1,8</b>
		Życzenie sobie śmierci	♀	46,5 – 40,4	0,88
		Zastanawianie się nad „S”	♂	<b>26,8 – 5,8</b>	<b>3,38</b>
		Zastanawianie się nad „S”	♀	14,0 – 12,7	0,61
		Celowe samouszkodzenia	♂	<b>40,2 – 7,8</b>	<b>5,72</b>
Fergusson i in. (1999) [13]	21-letnie, podłużne badanie kohortowe 1265 dzieci, urodzonych w Christchurch, Nowa Zelandia; w 21 roku życia zbadano 1007	Myśli samobójcze	♂ + ♀	<b>67,9 – 28,0</b>	<b>5,4</b>
		Próby samobójcze	♂ + ♀	<b>32,1 – 7,1</b>	<b>6,2</b>
Remafedi i in. (1998) <sup>4</sup> [14]	Przekrojowe badanie uczniów stanowych publicznych szkół średnich	Myśli samobójcze	♂	<b>31,2 – 20,1</b>	1,61
		Próby samobójcze	♀	36,4 – 34,3	1,09
		Intencje samobójcze	♂	<b>28,1 – 4,2</b>	<b>7,10</b>
Silenzio i in. (2007) <sup>5</sup> [15]	Analiza danych z badania <i>National Longitudinal Study of Adolescent Health</i>	Myśli samobójcze	♂ + ♀	17,2 – 6,3*	<b>2,94</b>
		Próby samobójcze	♂ + ♀	4,9 – 1,6*	<b>2,96</b>

\* nie podano informacji o poziomie istotności statystycznej; pogrubioną czcionką wyróżniono wartości istotne statystycznie OR – iloraz szans (odds ratio)

<sup>1</sup> Dla wartości OR kontroli poddano wiek, rasę/pochodzenie etniczne i dochód

<sup>2</sup> Dla wartości OR kontroli poddano wiek, poziom edukacji, dochód gospodarstwa domowego, rasę/pochodzenie etniczne, stan cywilny

<sup>3</sup> Dla wartości OR kontroli poddano wiek, obecność zaburzeń: nastroju, lękowych, psychotycznych, uzależnień i zaburzeń jedzenia

<sup>4</sup> Dla wartości OR kontroli poddano status socjoekonomiczny u mężczyzn i rasę u kobiet

<sup>5</sup> Dla wartości OR kontroli poddano wiek, rasę i płeć



wistych związków różnych orientacji seksualnych ze stanem zdrowia psychicznego oraz uwarunkowań ludzkiej orientacji i seksualności w ogóle, to obecna liberalizacja nastawień w tym zakresie otwiera pole do bardziej merytorycznej (pozbawionej różnie ukierunkowanej tendencyjności, obron, uprzedzeń) eksploracji. Należy z całą mocą stwierdzić, iż nie ma jakichś szczególnych powodów, aby jakiegokolwiek różnorodności lub odmienności związanej z orientacją seksualną – czy to dotyczącej podatności na zaburzenia psychiczne lub choroby somatyczne, czy subtelnych cech morfologicznych itp., jeśli takowe byłyby stwierdzane – *a priori* nadawać znaczenie patologiczne, bez odniesienia do złożonych i wieloaspektowych relatywizacji, umożliwiających oddzielenie tego, co zdrowe, od tego, co zaburzone. Jak pisał wybitny psychiatra amerykański i jeden z czołowych rzeczników depatologizacji i demedykalizacji homoseksualności – dr Judd Marmor (1980) [za: 10, tłumaczenie własne]:

*Podstawowa sprawa [...] to nie wykazanie, że homoseksualiści są neurotyczni. W społeczeństwie takim jak nasze, w którym są oni powszechnie traktowani z lekceważeniem lub pogardą – by nie wspomnieć o otwartej wrogości – byłoby faktycznie zaskakujące, gdyby znaczna ich część nie cierpiała z powodu zaburzenia obrazu siebie i pewnego stopnia nieszczęśliwości związanej z ich statusem osób społecznie naznaczonych [...]. Jest nieuzasadnione i nietrafne, aby przypisywać ten neurotyzm, wtedy, gdy występuje, wewnętrznym właściwościom homoseksualności.*

Wyniki badań nad stanem psychicznym członków mniejszości seksualnych z okresu, gdy homoseksualność i biseksualność uznawane były za wyraz patologii psychicznej, należy uznać za niemiarodajne. Bardziej adekwatne dane zaczynają być obecnie dostępne dzięki analizom wyników z obszernych badań populacyjnych. W badaniach z tego obszaru zwraca się też coraz większą uwagę na kontekst życia osób z homoseksualną i biseksualną tożsamością, zwłaszcza na wrogie nastawienie otoczenia, jako główny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych. Mamy coraz więcej danych, świadczących o tym, że życie we wrogo nastawionym środowisku stanowi główne źródło problemów psychicznych. Zjawisko to w literaturze opisywane jest jako stres mniejszościowy [10, 11]. Jego szczegółowe omówienie zaprezentujemy w kolejnym artykule.

#### **Психическое состояние здоровья гомосексуальных и бисексуальных людей – обзор исследований и представление явления**

##### **Содержание**

Проблемы психического и психологического хорошего самочувствия людей, принадлежащих к сексуальному меньшинству, в последних годах являются одной из важных исследовательских тем. Эти проблемы занимают не только психиатров и психологов или же сексологов, но и иных специалистов в области социального здоровья. Это происходит, прежде всего потому, что психические нарушения, преследующие сексуальные меньшинства, составляют источник не только индивидуального страдания и дисфункции, а также большую, хотя до сих пор общественную проблему. Также исследования в этой области знаний были до сего времени, в значительной степени, маловероятные, т.к. опирались на ошибочном парадигмате, признающем без дискуссии гомосексуальность за явление из круга психопатологии. Именно поэтому считалось, что предлагаемые данные в такой популяции можно и то с успехом, получить на основании клинических опытов. Современные работы, анализирующие состояние

психического здоровья этой, относительно большой общественной группы, опираются на больших популяционных исследованиях и поэтому обнадеживают более реальную оценку обсуждаемого вопроса. В работе представлен актуальный обзор таких исследований, которые указывают на больший риск появления психических нарушений среди членов сексуальных меньшинств. Этот факт связывается, по литературным данным, с негативно наставленной социальной средой, т.е. экспозицией на т.н. стресс меньшинства.

**La santé mentale de personnes homosexuelles et bisexuelles  
– revue de recherches  
et présentation du phénomène**

**Résumé**

Les problèmes de la santé mentale et du bien-être des minorités sexuelles deviennent récemment l'objet de plusieurs recherches – psychiatres, psychologues, sexologues et d'autres spécialistes de la santé publique s'y intéressent beaucoup. Il en est ainsi parce que les troubles psychiques causent les souffrances des personnes en question et cela devient encore un problème social souvent négligé. Au passé les recherches en question étaient peu fiables car elles basaient sur le paradigme faux traitant l'homosexualité comme psychopathologie. Il en résulte que l'on considère les données cliniques comme sources fiable en question. Les recherches nouvelles concernant la santé mentale des minorités sexuelles basent sur les données épidémiologiques concernant les populations en totalité donc elles donnent l'espoir à évaluer plus réellement ce problème. Ce travail présente la revue des recherches actuelles en question ; on y parle du risque augmenté des troubles psychiques observés dans les milieux des minorités sexuelles. Ce problème est analysé dans le contexte du fonctionnement de ces minorités dans le milieu hostile (ces minorités sont plus exposées au stress chronique – de minorité).

**Piśmiennictwo**

1. Cochran SD, Mays VM. *Estimating prevalence of mental and substance-using disorders among lesbians and gay men from existing national health data*. W: Omoto AM, Kurtzman HS. red. *Sexual orientation and mental health. Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009, s. 143–165.
2. Bieber I, Harvey HJ, Dince PR, Drellich MG, Grand HG, Gundlach RR, Kremer MW, Rijkkin AH, Wilbur CB, Bieber TB. *Homosexuality: A psychoanalytic study of male homosexuals*. New York: Basic Books; 1962.
3. Lew-Starowicz Z, Lew-Starowicz M. *Homoseksualizm*. Warszawa: PZWL; 1999.
4. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. *Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey*. Am. J. Public Health 2001; 91: 933–939.
5. Cochran SD, Mays VM. *Lifetime prevalence of suicidal symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from the NHANES III*. Am. J. Public Health 2000; 90: 573–578.
6. Cochran SD, Mays VM. *Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the U.S. population*. Am. J. Epidemiol. 2000; 151: 516–523.
7. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. *Prevalence of psychiatric disorders, psychological distress, and treatment utilization among lesbian, gay, and bisexual individuals in a sample of the U.S. population*. J. Consult. Clin. Psychol. 2003; 71: 53–61.
8. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl RV, Schnabel P. *Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58: 85–91.

9. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. *Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States*. Am. J. Public Health 2010; 100: 468–475.
10. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 129, 5: 674–697.
11. Meyer IH. *Minority stress and mental health in gay men*. W: Garnets LD, Kimmel DC, red. *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*. New York: Columbia University Press; 2003.
12. de Graaf R, Standfort TGM, ten Have M. *Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands*. Arch. Sex. Behav. 2006; 35, 3: 253–262.
13. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. *Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?* Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 876–880.
14. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. *The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study*. Am. J. Public Health 1998; 88: 57–60.
15. Silenzio VMB, Pena JB, Duberstein PR, Cerel J, Knox KL. *Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults*. Am. J. Public Health 2007; 97: 2017–2019.

Adres: Klinika Psychiatrii Dorosłych SU  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A

Otrzymano: 18.09.2011  
Zrecenzowano: 2.07.2012  
Otrzymano po poprawie: 6.07.2012  
Przyjęto do druku: 10.07.2012  
Adiustacja: A. K.