

ОТВОРЕТЕ ВРАТИТЕ

LGBTI НАРЪЧНИК

ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ
В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ОТВОРЕТЕ ВРАТИТЕ

**LGBTI НАРЪЧНИК ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ
В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

Заглавие: **Отворете вратите! ЛГБТИ наръчник за специалисти в областта на здравеопазването**

Автори: **Д-р Зсузанна Сел, д-р Зсофия Тьорек**

Професионален преглед: **Д-р Р.Р.**

Редактор: **Л.Драгоева**

Издател: **Фондация Ресурсен център Билитис**

Януари 2022



Тази публикация е създадена в рамките на проекта "Отворени врати": (2014-2020 г.), съфинансиран от Програмата за права, равенство и гражданство на Европейския съюз.

Съдържанието на тази публикация отразява единствено възгледите на авторите и е тяхна изключителна отговорност. Европейската комисия не поема никаква отговорност за използването на съдържащата се в нея информация.

Тази публикация може да бъде изтеглена безплатно от сайта opendoors-project.eu.



Целта на този наръчник като част от проекта OpenDoors

Изданието е предназначено да подпомага лекари, медицински сестри, здравни работници, психолози, терапевти и социални работници в работата им с ЛГБТИ клиенти и пациенти, с цел да се осигурят по-добри грижи за лица от сексуални и полови малцинства и да се подобри здравословното състояние на ЛГБТИ населението.

Повишаването на културната компетентност чрез образование е съществена част от намаляването на различията в здравната система (Szél et al., 2020; Dunjić-Kostić et al., 2012; Banwari et al., 2015; Lopes, Gato and Esteves, 2016; Grabovac et al., 2014).

Няколко предишни проучвания потвърждават, че отношението към ЛГБТИ лицата е в силна връзка със знанията за половете и сексуалните малцинства. Като цяло на здравето на ЛГБТИ населението се обръща незначително внимание в университетското образование, студентите в много случаи нямат възможност да получат достъп до адекватно количество информация и приобщаващи учебни материали без предразсъдъци, стере-

отипи и несъзнателни пристрастия.

Наръчникът е написан с положителен към ЛГБТИ хората подход, след внимателен преглед на наличната в момента литература по темата за здравните нужди и здравословното състояние на ЛГБТИ хората и преразглеждане на достъпните препоръки за предоставяне на културно компетентни грижи на тези малцинства. Целта на настоящия наръчник е да предостави обобщена, ясна и полезна информация за тези, които обучават, обучават се или работят в системата на здравеопазването и социалните грижи. Намерението ни беше да разгледаме приликите и разликите на ЛГБТИ групи в широк спектър и да насочим вниманието на болногледачите и здравните специалисти към конкретни въпроси при работата с ЛГБТИ лица.

Надяваме се, че наръчникът ще помогне за създаването на по-приобщаваща система за здравни и социални грижи, като по този начин ще помогне за намаляване на различията в грижите.

Източници

- Banwari, G., Mistry K., Soni, A., Parikh, N., & Gandhi, H. (2015). Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *Journal of Postgraduate Medicine*, 61(2), 95–100. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.153103>
- Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić-Poznanović, S., Damjanović, A., Jašović-Gašić, M., & Ivković, M. (2012). Knowledge: A Possible Tool in Shaping Medical Professionals' Attitudes towards Homosexuality. *Psychiatria Danubina*, 24(2), 143–151.
- Grabovac, I., Abramovic, M., Komlenovic, G., Milosevic, M., & Mustajbegovic, J. (2014). Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium Antropologicum*, 38, 39–45.
- Lopes, L., Gato, J., & Esteves, M. (2016). Portuguese Medical Students' Knowledge and Attitudes Towards Homosexuality. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 684–693. <https://doi.org/10.20344/amp.8009>
- Szél, Zs., Kiss, D., Török, Zs., & Gyarmathy, V. A. (2020). Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *Journal of Homosexuality*, 67(10), 1429–1446. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600898>

Съдържание

Глава 1. — Въведение	12
1.1) Ключови изрази / терминология	12
1.1.1) Полова и сексуална идентичност, изразяване на пола	12
1.1.1.a) Пол	12
1.1.1.b) Социален пол/Джендър	13
1.1.1.c) Терминът ТРАНС*	14
1.1.1.d) Интерсекс	15
1.1.2) Сексуална ориентация	16
1.1.2.a) Емоционално и сексуално привличане	16
1.1.2.b) Сексуално поведение (МСМ, ЖСЖ)	17
1.1.2.c) Сексуална/романтична привързаност (без идентификация или опит)	17
1.1.3) Други термини, свързани с темата	18
1.1.4) Примери	19
1.2) За стигмата и бариерите пред достъпа до здравеопазване като цяло	19
1.2.1) Стигма и стигматизация	20
1.2.2) Бариери пред достъпа до здравни грижи	23
1.2.2.a) Заетост, условия на труд и живот	23
1.2.2.b) Достъпност	23
1.2.2.c) Комуникация	24
1.2.2.d) Липса на информация или знания	24
1.3) Малцинствен стрес, дискриминация	25
1.4) Културна компетентност в медицинска среда	28
1.5) Интерсекционалност/пресеченост	29
1.6) Процес на разкриване	30

Глава 2. — Здравен статус	35
2.1) Психично здраве	35
2.1.1) Въведение	35
2.1.2) Общи проблеми, засягащи целия спектър	36
2.1.2.a) Проблеми на психичното здраве: Тежка депресия, биполарно разстройство и генерализирана тревожност	36
2.1.2.b) Самоубийство и самонараняване	38
2.1.3.) Проблеми, засягащи конкретни групи	38
2.1.3.a) Гей и бисексуални мъже	38
2.1.3.b) Лесбийки и бисексуални жени	39
2.1.3.c) Транс хора	40
2.1.3.d) Интерсекс хора	41
2.1.4.) Конверсионна терапия	41
2.2) Телесно здраве	42
2.2.1) Въведение	42
2.2.2) Проблеми с телесното здраве, засягащи целия спектър	43
2.2.3) Проблеми с телесното здраве, засягащи определени групи	45
2.2.3.a) Лесбийки и бисексуални жени	45
2.2.3.b) Гей и бисексуални мъже	46
2.2.3.c) Транс хора	46
2.2.3.d) Интерсекс хора	46
2.3) Здравно поведение и социална среда	48
2.3.1) Тютюнопушене	48
2.3.2) Пристрастявания: злоупотреба с алкохол и наркотични вещества	48
2.3.3) Физическа активност и качество на съня	50
2.3.4) Нарушения на храненето и диетата	50
2.3.5) Участие в скрининги	51
2.3.6) Насилие от страна на интимен партньор	52
2.3.7) Бездомност	53

Глава 3. — Здравни нужди	55
3.1) Нужди, свързани с психичното здраве	55
3.1.1) Устойчивост, самоприемане и положителна идентичност	55
3.2) Нужди, свързани с телесното здраве	57
3.2.1) Превенция: скрининг и ваксинация	57
3.2.2) Скрининг в заведения за първична медицинска помощ	57
3.2.2.a) Скрининг за рак на гърдата и шийката на матката за лесбийки и бисексуални жени	58
3.2.2.b) Скрининг за рак на дебелото черво	58
3.2.2.c) Скрининг за рак на простатата при гей и бисексуални мъже	58
3.2.2.d) Скрининг за рак при трансджендър мъже и жени	59
3.2.2.e) Скрининг за СПИ	60
3.2.3) Ваксинация	60
3.3) Сексуално здраве	60
3.3.1) Превенция на ХИВ инфекция и СПИ	62
3.3.1.a) Скрининг	62
3.3.1.b) Относителен риск на сексуалните практики	63
3.3.1.c) Превантивни мерки	63
3.3.1.d) Биопрофилактика	63
3.3.2) Репродуктивни проблеми	64
3.4) Рискове за здравето (помощ при пристрастяване, социална подкрепа)	65
3.5) Синдемична теория	66
 Глава 4. — Създаване на приобщаващо здравеопазване	 69
4.1) Общи проблеми	69
4.1.1) Институционално ниво – създаване на безопасни места	69
4.1.1.a) Политики за борба с дискриминацията и приобщаващо здравеопазване	69
4.1.1.b) Мултикултурна и многообразна среда	70
4.1.1.c) Други съображения	72
4.1.2) Лично ниво – използване на език, неявно и явно отношение	72
4.1.2.a) Инструмент за саморефлексия	73

4.1.2.b) Обща анамнеза (въпроси за ефективна и приемаща комуникация пациент-лекар)	74
4.1.2.c) Телесен преглед	76
4.1.2.d) Неправилни допускания	78
4.1.2.e) Местоимения и предпочитани изрази	79
4.1.2.f) Избягване на ненужни или дискриминативни въпроси	80
4.2) Специфични въпроси	81
4.2.1) Вътрешни болести	81
4.2.1.a) Препоръка за доставчиците на здравни грижи	82
4.2.1.b) Скрининг и интервенция в заведенията за първична медицинска помощ	82
4.2.1.c) Специфични за ЛГБТИ хората интервенции	83
4.2.2) Онкология	84
4.2.2.a) Рак на ануса	84
4.2.2.b) Рак на гърдата	85
4.2.2.c) Рак на шийката на матката	86
4.2.2.d) Рак на дебелото черво	86
4.2.2.e) Рак на простатата	87
4.2.2.f) Рак на матката	87
4.2.2.g) Видове рак, свързани с ХИВ	87
4.2.3) Психиатрия	88
4.2.3.a) Депресия, тревожност и психологически дистрес	88
Препоръки за доставчиците на здравни грижи	89
Специфични за ЛГБТИ хората интервенции	90
4.2.3.b) Самоубийство и самонараняване	90
4.2.3.c) Употреба на наркотични вещества, злоупотреба с алкохол и тютюнопушене	91
4.2.3.d) Проблеми с възприятието на тялото и хранителни разстройства	93
4.2.4.) Хирургия	94
4.2.4.a) Въведение	94
4.2.4.b) За самите операции:	96
4.2.5.) Фармакология	99
4.2.5.a) Примери за провеждане на хормонална терапия	100
4.2.5.b) Пубертет блокери	101

4.2.5.c) Хормонозаместителна терапия за интерсекс хора	102
4.2.5.d) Рискове и странични ефекти от хормоналните терапии	104
4.2.6) Сексуално предавани болести	105
4.2.6.a) ХИВ инфекция и синдром на придобитата имунна недостатъчност (СПИН)	105
4.2.6.b) Инфекция с човешки папиломен вирус (HPV)	106
4.2.6.c) Инфекция с вируса на хепатит А	107
4.2.6.d) Инфекция с вируса на хепатит В	107
4.2.6.e) Инфекция с вируса на хепатит С	107
4.2.6.f) Аногенитална херпес-вирусна инфекция	108
4.2.6.g) Гонорея (гонококова инфекция)	108
4.2.6.h) Сифилис	109
4.2.6.i) Хламидийна генитална инфекция	110
 Глава 5. – Специфични проблеми	110
5.1) Групови характеристики	111
5.1.1.) Специфични за транс хората здравни проблеми	111
5.1.1.a) Психичното здраве като цяло	111
5.1.1.b) Психично здраве на трансджендър младежите	112
5.1.1.d) Грижи за транс хора в напреднала възраст	116
5.1.2.) Специфични за интерсекс хората здравни проблеми	117
5.1.2.a) Психично здраве	118
5.1.2.b) Телесно здраве	119
Подробна информация за най-често срещаните интерсекс състояния:	121
5.1.3) Специфични здравни проблеми на бисексуалните хора	124
5.1.4) Здравни проблеми на хетеросексуални хора с хомосексуални преживявания	125
5.2) Възрастови специфики	127
5.2.1) LGBTI младежи	127
5.2.1.a) Етапи на юношеството	127
5.2.1.b) Грижа за ЛГБТИ юноши	128
5.2.1.c) Разговори с пациенти - ЛГБТИ юноши	129

5.2.1.d) Сексуално здраве	129
5.2.1.e) Психично здраве	130
5.2.1.f) Тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотични вещества	131
5.2.1.g) Безопасност, насилие, виктимизация	132
5.2.1.h) Провеждане на прегледи, скрининг и имунизация	132
5.2.2.) ЛГБТИ хора в напреднала възраст	133
5.2.2.a) Телесно здраве	134
5.2.2.b) Сексуално здраве	134
5.2.2.c) Психично здраве	135
5.3) Други специфики	136
5.3.1) Семейство (семейства на дъгата, семейства с ЛГБТИ деца)	136
5.3.1.a) ЛГБТИ родителство	136
5.3.1.b) Създаване на семейство на дъгата	137
5.3.2) Интерсекционалност (пресеченост)	138
5.3.3) Домашно насилие/насилие от страна на интимен партньор	139
5.3.4) Бездомност	143
Специфики на здравните грижи в контекста на ЛГБТИ	145
 Глава 6. Местни особености България	 145
Полезни ресурси	146

Глава 1. — Въведение

1.1) Ключови изрази / терминология

1.1.1) Полова и сексуална идентичност, изразяване на пола

1.1.1.а) Пол

Най-общо „пол“ се отнася до биологична, социална и правна класификация, базирана на комбинация от телесни характеристики, включително: хромозоми, хормони, вътрешни и външни полови органи и вторични полови белези (характеристики). Обикновено разделя хората само в две взаимно изключващи се (бинарни) нормативни категории (мъжки и женски). Хората, чийто биологичен пол не може да бъде класифициран нито като мъжки, нито като женски, могат да бъдат класифицирани като интерсекс, но те могат да се идентифицират като интерсекс хора, мъже, жени, транс, небинарни или други.

Половите белези са съвкупността от биологични, генетични, хормонални характеристики, които се използват за разграничаване на половете или типизиране на нечий пол.

Първичните полови белези обикновено се отнасят до гонаден пол (въпреки че в някои други случаи авторите могат да разграничат първичните полови белези

от гонадния пол), тези характеристики, които обикновено присъстват при раждането – външните и вътрешните гениталии. Те включват тестиси, надсеменници, семенни мехурчета, простатата и система от канали при мъжете и вулва (малки и големи срамни устни), клитор, вагина, маточна шийка, матка, фалопиеви тръби и яйчници при женския пол (Schonfeld, 1943; Ditmar, 2011; Richards and Hawley, 2011).

Първичните полови белези не са независими от половите хромозоми, генетичното съзвездие на хромозомите на човек (най-често срещаните са XY и XX, някои от най-честите други варианти на половите хромозоми са: 45, X (синдром на Търнър); 47, XXY (синдром на Клайнфелтер); 47, XYY (XYY синдром, синдром на свръхмъж); и 47, XXX (тризомия на X хромозомата, синдром на свръхжена) (Bacino, 2019).

Вторичните полови белези или соматичен пол се отнасят до други характеристики, които обикновено се развиват по време на пубертета, установени от секрецията на хормони, например промяна в гласа, окосмяване на срамната област и на други части на тялото, увеличаване на външните гениталии, развитие на мускули и кости, емоционално съзряване (Ditmar, 2010; Richards and Hawley, 2011; Herman-Giddens et al., 2012). Тези промени отшумяват до ранната зряла възраст и може

също така да имат големи вариации.

В литературата могат да се разграничат още две нива на полови белези: **третични полови белези** (те обикновено се отнасят до нормативните полови роли: мъжественост и женственост, сексуално поведение и представяне) и често **четвъртични полови белези** (очакваните социални действия, свързани с определен пол) (Tyl, 2014; Weininger, 2005). Въпреки че постмодерният постструктуралистски модел на половото тяло и телесния пол насочва вниманието към перформативността на пола, ролите на половете и очакваното (полово) поведение, той също така изследва опита на (телесния) пол от гледна точка на телесни (вътрешни и външни) гениталии и дискурсивния ефект на видимите полови черти, някои изрази и категории, използвани в общия медицински дискурс, които са старомодни, изключващи и обезпокоителни за много ЛГБТИ хора (Fausto-Sterling, 2019; Heinämaa, 2012; Nayak and Kehily, 2006).

1.1.1.b) Социален пол/Джендър

Терминът пол „се отнася до социално конструиран набор от очаквания, поведения и дейности на жените (женственост) и мъжете (мъжественост), които им се приписват въз основа на техния биологичен пол“ (Jurčić, 2020). Полът се разглежда като социален конструкт, създаден в динамична връзка, който предполага норми и властови отношения на неравенства между мъжете и жените, и повлиян от исторически, културни и социални въздействия (Fenway Institute, 2016, 2020; APA, 2010, 2015; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019; Heinämaa, 2012; Jansen and Wehrle, 2018; Woodward, 2020).

Полова идентичност – отнася се за личното изживяване на пола, към който хората чувстват, че принадлежат, което може да съответства или не на пола, който им е приписан при раждането (ILGA Europe, 2015; APA, 2010, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020; CFCA, 2019).

Цисджендър хората имат полова идентичност, която съответства на пола, който им е приписан при раждането (напр. човек, на когото е приписан женски пол при раждането и който се идентифицира като жена), но в други случаи полът на човек не съответства на този, приписан при раждането (напр. транс хора) (Fenway Institute, 2016, 2020; Jurčić, 2020).

Цисджендър – човек, който се идентифицира с пола, приписан при раждането, чиято полова идентичност е в съответствие със социалните очаквания по отношение на биологични, психични или социални характеристики, който не е транс (APA, 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020; Jurčić, 2020).

Трансджендър (съкратено като транс) – отнася се за хора, чиято полова идентичност се различава от пола, приписан при раждането, може да включва и тези, чиято полова идентичност е извън половата бинарност (женски/мъжки; жена/мъж), например хора, които са джендърфлуидни, панджендър, небинарни или джендъркуиър (APA, 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; Tompkins, 2014; Jurčić, 2020).

Изразяване на пола – Отнася се за поведение, маниери, облекло, грим, прическа, реч с цел изразяване на чувството за принадлежност към даден пол; то може да корелира или не с половата идентичност или приписания при раждането пол (APA, 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015).

Несъответствие на пола – Седмото издание на „Стандартите за грижа за здравето на транссексуалните, трансджендър и полово неконформните хора“ на WPATH (Световната професионална асоциация за трансджендър здраве) определя несъответствието на пола като „дискомфорт или страдание, причинено от несъответствие между половата идентичност на човек и пола на този

човек, приписан при раждането“; в някои случаи несъответствието достига такова ниво на страдание, че отговаря на диагностичните критерии на определението за несъответствие на пола в DSM-5 (Диагностично и статистическо ръководство за психични разстройства) на Американската психиатрична асоциация: „забележима разлика между изразения/изживяван пол на лицето и пола, който другите биха му приписали, за период от поне шест месеца“ (Matevosian, Vvedensky and Kulishm, 2008; WPATH - SOC7, 2012). Все още има дебат за термина „полова дисфория/несъответствие на пола“ и неговата необходимост като медицинска диагноза между медицинските професионалисти и транс общността, докато Арлен Истар Лев (която има десетилетия опит в терапевтична работа с транс хора) твърди, че оставянето на „половата дисфория в DSM гарантира, че трансгендър хората ще продължат да бъдат етикетирани с психични заболявания през идните десетилетия“ (Lev, 2013). Тя също така се застъпва за важна гледна точка за транс хората в статията си за DSM V: „полът им не е нарушен; всъщност техният пол е доста „подреген“, само че не по конвенционален начин“ (Lev, 2013). Струва си това изречение да се обмисли, ако се стремим да бъдем културно компетентни доставчици, а също така трябва да разгледаме отблизо своята настояща (медицинска и обща) практика.

1.1.1.с) Терминът ТРАНС*

Обобщаващият термин ТРАНС* обхваща разнообразна група хора, чиято полова идентичност или изразяване на пола (мъжествено, женствено, друго) не отговаря на социалните гонущания и очаквания относно техния пол (мъжки, женски), приписан при раждането (APA, 2011, 2015).

Трансгендър (съкратено като транс) – отнася се за хора, чиято полова иден-

тичност се различава от пола, приписан при раждането, може да включва и тези, чиято полова идентичност е извън половата бинарност (женски/мъжки; жена/мъж), например хора, които са гендърфлуидни, пангендър, небинарни или гендъркуиър (APA 2011, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015; Tompkins, 2014; Jurčić, 2020).

Транс мъж (трансгендър мъж) е човек, на когото е приписан женски пол при раждането и се идентифицира като мъж (други изрази като жена към мъж, ЖКМ (FTM), АФАВ – приписан женски пол при раждането, трансмаскулинен, може също да се използват в неформални условия с уважение и внимание) (APA 2015, Fenway Institute, 2016, 2020).

Транс жена (трансгендър жена) е човек, на когото е приписан мъжки пол при раждането и се идентифицира като жена (други изрази като мъж към жена, МКЖ (MTF), АМАВ – приписан мъжки пол при раждането, трансфемининна, може също да се използват в неформални условия с уважение и внимание) (APA 2015, Fenway Institute, 2016, 2020).

Полова бинарност – идеята, че има само два пола, мъжки и женски, и че човек трябва строго да се вписва в едната или другата категория (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020).

Някои хора имат полова идентичност извън бинарната полова структура на момиче/жена и момче/мъж и те включват:

Полово неконформен – термин, често използван от медицинската общност за хора, които не отговарят на половите роли и чието облекло, поведение или изразяване на пола не отговарят на традиционните очаквания (ILGA Europe, 2016).

Небинарен – термин, използван за човек, чиято полова идентичност е извън традиционната бинарна полова структура на женски/жена и мъжки/

Джендърфлуиден – човек, чиято пола и идентичност може да се променя. Джендърфлуидните хора може постоянно или вариативно да се чувстват като комбинация от двата традиционни пола или като други полови, или като един пол в някои дни и друг пол в други дни (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020).

Джендъркуиър – човек, който не се идентифицира в рамките на половата бинарност, такъв, който не иска да се идентифицира с каквито и да било полови категории. Такъв човек обикновено се идентифицира по ненормативни начини и не се придържа към очакванията за мъжка или женска роля (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020).

Човек с две души (two spirit) – човек, изпълняващ една от многото роли със смесен пол в общностите на коренните американци, притежаващ както мъжка, така и женска душа, като поема идентичността и ролята и на двата пола (Indian Health Service, 2020; Filice, 2020).

Агджендър – човек, който не се идентифицира с никой от половете (Fenway Institute, 2016, 2020).

Панджендър – човек, който се идентифицира с всички полови (Fenway Institute, 2016, 2020).

1.1.1.d) Интерсекс

Интерсекс също е обобщаващ термин. Той описва хора, които са родени с физически характеристики, при които репродуктивните органи, гениталиите и/или друга полови анатомия не съответстват на очакваните бинарни женски или мъжки полови белези (APA 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2016, 2020, ILGA Europe, 2015).

От медицинска гледна точка интерсекс обикновено се отнася до тези вродени

състояния, при които човек притежава както мъжки, така и женски полови белези, или нито мъжки, нито женски. Въпреки това вроденото полово многообразие може да включва многообразието на половите хромозоми, половите хормони и може да доведе до различна анатомична структура на вътрешните и външните гениталии, което може да не отговаря на типичните бинарни представи за социална или медицинска нормалност. Интерсекс хората имат полови анатомия, която не отговаря на типичните бинарни представи за „женски/мъжки“ пол, следователно за „мъжко“ и „женско“ тяло (Jurčić, 2020).

Клиничната класификация използва „Нарушения/разлики в половото развитие“ (DSD), за да опише това състояние (Bouman et al., 2010) (по-рано термините „хермафродит“ и „псевдо-хермафродит“ са използвани в медицинската общност, но те са обидни за интерсекс общността, поради което интерсекс активистите отхвърлят термина „хермафродит“, като междувременно има усилията в общността за възвръщане на термина точно както в случаите на други думи във връзка с ЛГБТИ въпросите, напр. куиър) (APA, 2015; Fenway Institute, 2016, 2020; ISNA, 2008). Освен това, тези термини не описват

Местоимения – Местоименията са думите, които използваме, когато говорим за друг човек, без да използваме името му. Някои езици, сред които е и българският, имат специфични за пола лични местоимения (напр. тя/нея/неин/нейна, той/него/негов/негова), докато в английския освен she/her/hers и he/him/his се ползват също местоименията they/them/theirs в единствено число (APA, 2015; CFCA, 2019; Fenway Institute, 2020). Ако в нашия език се използват специфични за пола местоимения, препоръчително е да попитате хората какви местоимения използват, за да можете да използвате местоименията правилно/приобщаващо.

Обръщение в грешния пол – Да се обръща към някого с неправилно местоимение или друг термин с полов характер (напр. г-н, г-жа) (CFCA, 2019; Fenway Institute, 2020).

Избрано име/Използвано име – Това е името, което човек избира да използва в личната си комуникация, като понякога то се различава от официалното име (Fenway Institute, 2020).

Преживено име (dead name) – име, с което транс хората са били наричани, което се е отнасяло към приписания им при раждането пол; име, което те вече не използват или с което не се чувстват комфортно. Наричането на човек със старото му име е грубо и вредно и може да бъде застрашаващо на публично място. Важно е да се отбележи, че използването на старото име (деднейминг) е и проявление на дискриминация, унижение и микроагресия (Fenway Institute, 2020).

1.1.2) Сексуална ориентация

1.1.2.а) Емоционално и сексуално привличане

Сексуалната ориентация описва модел на емоционално и сексуално влечение към хора от определен пол или независимо от техния пол (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019; Jurčić, 2020).

Съвременният подход вече не изобразява сексуалната ориентация като дихотомия, а по-скоро като спектър или континуум (напр. хетеросексуалност, хомосексуалност, асексуалност и полисексуалност). Сексуалната ориентация може да варира в течение на живота на човек и/или в различни ситуации, но

не може да се променя целенасочено.

Асексуален – това е обобщаващ термин, който описва набор от идентичности: демисексуален, литосексуален, фрейсексуален и др. Въпреки това някои асексуални хора все пак имат либидо и могат да изпитват сексуално желание, но те не изпитват постоянно сексуално влечение; те също така може да изпитват романтично привличане на други хора (принадлежащи към един или няколко пола) (Fenway Institute, 2016, 2020).

Бисексуален – идентичност или ориентация, която описва човек, който е емоционално и сексуално привлечен от хора от същия и противоположния пол (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Демисексуален – идентичност или ориентация, която описва човек от асексуалния спектър, който изпитва сексуално влечение само при определени обстоятелства (например след изграждане на емоционална/романтична връзка с друг човек) (UNC, 2020).

Гей – идентичност или ориентация, която описва човек, който е емоционално и сексуално привлечен от хора от собствения си пол. По-често се използва за описване на мъже, които са привлечени от мъже (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Хетеросексуален – сексуална ориентация, която описва хора, които са емоционално и сексуално привлечени от противоположния пол. Хората, които се самоопределят като хетеросексуални, понякога могат да правят секс с хора от същия пол, но не се идентифицират като хомосексуални, гей мъже, лесбийки или бисексуални (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Хомосексуален – термин за сексуална ориентация, който се корени в областта на медицината и психологията и който

описва хора, които са емоционално и сексуално привлечени от същия пол. Хората, които се самоопределят като хомосексуални, гей мъже, лесбийки, понякога може да правят секс с хора от другия пол, но не се идентифицират като хетеросексуални или бисексуални (Makadon et al., 2015; ILGA Europe, 2015).

Лесбийка – идентичност или ориентация, която описва жена, която е емоционално и сексуално привлечена от други жени (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019).

Пансексуален – идентичност или ориентация, която описва човек, който може да изпитва сексуално, романтично или емоционално привличане към всеки човек, независимо от неговия пол или сексуалност (Fenway Institute, 2016, 2020; CFCA, 2019).

Полисексуален – идентичност или ориентация, която описва човек, който е привлечен сексуално или емоционално от хора с различни полови. Полисексуалните ориентации включват бисексуалност, пансексуалност и куйър, наред с много други сексуалности.

Куйър – обобщаващ термин, който описва хора, които не са ексклузивно хетеросексуални.

Терминът „куйър“ също признава, че сексуалността е по-скоро спектър, отколкото съвкупност от различни категории. Този термин по-рано е имал негативни и унижителни конотации, в днешно време „куйър“ си е възвърнат от ЛГБТИ общността като социално приемлив израз или обобщаващ термин, отнасящ се до тях и тяхната общност, въпреки че поради негативната история на термина той трябва да се използва внимателно и с уважение (APA 2015, Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015; CFCA, 2019). Терминът „куйър“ се използва и в ЛГБТИ общността, за да смекчи хомонормативността и да подобри приемането и

подкрепата за многообразието сред членовете на общността (Duggan, 2002; Grant and Nash, 2020)

1.1.2.b) Сексуално поведение (МСМ, ЖСЖ)

МСМ и ЖСЖ обикновено се отнасят до сексуална активност. Тези термини традиционно се използват в дискурса за общественото здраве за СПИ и са оспорени от ЛГБТИ активистите, защото те се фокусират върху нормативните сексуални практики и правят някои ненормативни сексуалности невидими. Също така е важно да се отбележи, че сексуалната активност, сексуалното привличане или сексуалното поведение може да не са в унисон със сексуалната ориентация или идентичност.

МСМ се отнася за мъже, които правят секс с мъже, а **ЖСЖ** – за жени, които правят секс с жени.

МСМЖ се отнася за мъже, които правят секс както с мъже, така и с жени, а **ЖСЖМ** се отнася за жени, които правят секс както с мъже, така и с жени (Fenway Institute, 2016, 2020).

Важно е да се обърне внимание както на сексуалната ориентация, така и на сексуалната активност или опит, тъй като някои проучвания предполагат, че хетеросексуалните хора, които са МСМ и ЖСЖ, може да се характеризират с по-лошо здравословно състояние от ЛГБ хората (Lhomond et al., 2013; Caceres et al., 2018; Mays et al., 2018; Patterson and Jabson, 2018).

1.1.2.c) Сексуална/романтична привързаност (без идентификация или опит)

Някои хора изпитват романтична привързаност, но не изпитват сексуално привличане. Романтичното желание към

други хора (от един или повече полове) не включва непременно сексуална привързаност, връзка или взаимодействие.

Някои хора изпитват сексуална привързаност към един или повече полове, но не е задължително да участват в сексуален контакт или връзка (Makadon et al., 2015)

1.1.3) Други термини, свързани с темата

Малцинствен стрес – хронично страдание, с което се сблъскват членове на стигматизирани малцинствени групи, например хора от сексуални и полови малцинства. Провокира се от дистални стресови фактори (обективни външни заплахы, дискриминация или очаквания за такива събития) и проксимални стресови фактори (интернализирано негативно отношение или прикриване на сексуалната ориентация или половата идентичност) (Meyer, 2003; Fenway, 2020)

Интерсекционалност/пресеченост – това е рамка, която твърди, че човек може да се характеризира с припокриващи се идентичности като раса, класа, етническа принадлежност, сексуалност/сексуална ориентация, пол/полова идентичност, физическо увреждане, национален произход, религия, възраст и други социални или физически характеристики, които са взаимно конструирани, взаимозависими и оказват влияние върху неговите преживявания и формите на дискриминация (Makadon et al., 2015; Carastathis, 2014; Dill and Kohlman, 2012)

Културна компетентност – това е набор от знания, осъзнатост, чувствителност и смирение, който установява способността за етично и ефективно участие в лични и професионални межкултурни взаимодействия

(National LGBTI Health Alliance, 2013; Makadon et al., 2015)

Разкриване – отнася се до процеса на идентифициране и приемане на собствена сексуална ориентация или полова идентичност (разкриване пред себе си) и актът на разкриване на своята сексуална ориентация или полова идентичност пред другите (разкриване пред приятели, семейство и т.н.) (Fenway Institute, 2016, 2020; ILGA Europe, 2015)

Медикализация – това означава, когато нещо (или някой) се определя като медицински проблем (заболяване, разстройство или отклонение), поема се от медицинските специалисти и следователно се назовава с медицински термини или се използват медицински интервенции, за да се лекува (Higgs, 2018; Liebert, 2014)

Нежелано разкриване – разкриване на сексуалната ориентация или половата идентичност на друго човек, без това да е желано от този човек или той да е дал съгласието си (Fenway Institute, 2016, 2020)

Патологизация – отнася се до процеса, когато дадено преживяване се разглежда и към него се подхожда като към (психологичен или физиологичен) проблем. Често се използва и като синоним на „медикализация“ (Liebert, 2014)

Ориентирани към пациента грижи – това е клиничен подход, който подчертава човека зад пациента, зачита автономията на пациента, отговаря на неговите нужди, търси сътрудничество и съюз между пациента и доставчика на грижи (Myfanwy, 2018)

Информирано съгласие – това е едно от най-важните изисквания за предоставяне на ориентирани към пациента грижи. Това е доброволното и напълно информирано и компетентно решение на пациента да се подложи на каквото и да е лечение, изследване или преглед. Съгласието

трябва да бъде взето свободно, след като пациентът бъде напълно информиран за диагнозата (когато е известна), очакваното развитие на състоянието с и без лечение, естеството на изследването/прегледа/интервенцията/лечението/хирургичната процедура, рисковете, ползите, страничните ефекти; алтернативите на лечението и рисковете и ползите от алтернативите, всякакви съществени рискове. Информацията трябва да бъде предоставена на подходящо ниво и език. Пациентът трябва да участва в диалог/разговор, при който доставчикът на грижи оценява разбирането на пациента и предоставя възможност на пациента да задава въпроси.

Грижа, съобразена с травма – това е подход за клинично лечение, който се определя като практики, които подчертават разбирането, разпознаването и реагирането на ефектите от всички видове травми и насърчават култура на безопасност, овластяване и излекуване ^(Fenway Institute, 2020).

1.1.4) Примери

Адриана се идентифицира като жена. Тя е емоционално и сексуално привлечена от други жени и се определя като лесбийка. Можем да кажем, че Адриана е лесбийка.

Владимир се идентифицира като

транс мъж. Той е привлечен сексуално и емоционално от хора от същия пол, но също така и от хора от други поллове. Владимир е бисексуален мъж.

Калоян се идентифицира като мъж. Половата му идентичност е мъжка. При раждането на Калоян е приписан женски пол. Калоян не е преминал през медицинска смяна на пола. Калоян е транс мъж.

Теодор се идентифицира като мъж. Полът, който му е приписан при раждането, е мъжки. Той прави секс с мъже и жени. Теодор се идентифицира като хетеросексуален. Теодор е цис хетеросексуален мъж.

Мария се идентифицира като жена, но при раждането ѝ е приписан мъжки пол. Мария е сменила пола си както медицински, така и правно. Мария е транс жена.

Огнян се идентифицира като мъж. При раждането му е приписан мъжки пол. Огнян е цисгендър.

Макс се идентифицира като небинарен. При раждането е приписан женски пол, но не се идентифицира като жена или мъж.

Андреа е определена при раждането и отгледана като жена. Открива още като тийнейджър, че има XY хромозоми и интерсекс вариация. Не се идентифицира като жена или мъж. Андреа е интерсекс.

1.2) За стигмата и бариерите пред достъпа до здравеопазване като цяло

Основаващите се на сексуалната ориентация и пола неравенства в здравните грижи са добре познати и широко разпространени проблеми в съвременното здравеопазване. Тези групи може да бъдат изправени пред няколко бариери при опит

за достъп до грижи – правни пречки пред здравното осигуряване, социално-икономически бариери в някои сфери, достъп до грижи, които получават малко или никакво обучение във връзка с ЛГБТ хората и следователно не могат да им

предложат културно компетентни грижи (McKay, 2011; Institute of Medicine, 2011). В допълнение към това, предишният опит и очакванията за скрита или явна дискриминация по време на използването на здравната система също маргинализират здравето на лицата от сексуалните и половите малцинства, следователно преживяването на дискриминация или стигматизация води до забавяне при търсенето на грижи и обратното: по-високите нива на разкриване са свързани с по-добро използване на здравеопазването (Casagrande et al., 2007; Whitehead Shaver and Stephenson, 2016; Puhl and Heuer, 2007).

1.2.1) Стигма и стигматизация

Линк и Фелан (Link and Phelan, 2001) определят стигмата като „съвместно възникване на нейните компоненти – етикетиране, стереотипизиране, разделяне, загуба на статут и дискриминация“, а Херек (Herek, 2007) я определя като „негативно отношение, по-нисък статут и относително безсилие, което обществото колективно дава на всяко нехетеросексуално или нециснормативно поведение, идентичност, връзка или общност“.

В случая на сексуалните и половите малцинства, отрицателното отношение на обществото към хора (включително тяхната идентичност, връзки или групов идентичност), които не са хетеросексуални или цисгендър, се нарича „ЛГБТИ стигма“.

Стигмата може да бъде преживяна „явно“,

когато някой критикува или отхвърля другия (напр. ЛГБТИ хора или хора с различен цвят на кожата) по открит, съзнателен, контролируем и разсъдъчен начин или неявно, когато човек не е наясно с предубежденията си и е неволно нечувствителен или груб към другите.

Усещането за стигматизация засяга здравето по множество начини:

Първо, неявната или явната стигматизация или лошите преживявания в здравните заведения могат да доведат до избягване на използването на здравни грижи поради несигурността, че бъдещите доставчици на грижи ще знаят как да се отнасят към човека по подходящ начин. Когато пациентите се чувстват стигматизирани, те са по-склонни да не разкрият своята сексуална ориентация или полова идентичност пред своите доставчици на грижи или да забавят търсенето на помощ, което нарушава ефективността на срещата между лекар и пациент и засяга сътрудничеството и изпълнителността от страна на пациента, като по този начин се влияе върху самия терапевтичен ефект (Durso and Meyer, 2013).

На второ място, отрицателната стигматизация и интернализираните негативни нагласи имат неблагоприятен ефект върху психическото и физическото здраве, могат да доведат до по-високо ниво на тревожност или страдание, по-честа поява на депресия, суицидни мисли или опити за самоубийство, повишен риск от нездравословно поведение/стратегии за справяне, което може да повлияе общото здраве и здравни резултати (като тютюнопушене, употреба на алкохол или

наркотици¹ (Goldbach et al., 2014; Feinstein and Newcomb, 2016; Parent et al., 2018), както и някои хронични заболявания като сърдечно-съдови заболявания, диабет или някои тумори.

ЛГБТИ хората може да се сблъскват ежедневно с микроагресия и виктимизация поради малцинствения си статус, което увеличава риска от използване на нездравословни стратегии за справяне с цел издържане на повишеното психическо бреме (Goldbach et al. 2014; Feinstein and Newcomb, 2016; Parent et al., 2018).

Трябва да подчертаем, че за хора от сексуалните и половете малцинства е по-вероятно да преживеят травматични събития в сравнение със средното поради тормоз, микроагресия, стигматизация, престъпления от омраза, както и исторически или социални травми (Roberts, Austin, Corliss, Vander Morris and Koenen, 2010; Beckerman and Auerbach, 2014; Livingston, Berke, Scholl, Ruben and Shipherd, 2020; Bovin, Camden and Weathers, 2021).

Следователно, когато работят с ЛГБТИ хора, здравните специалисти трябва да са наясно с признаците/симптомите на ПТСР (посттравматично стресово разстройство) като: 1) повторно преживяване на травмиращото събитие (натрапчиви спомени, ретроспекции и/или кошмари); 2) избягване на травматични напомняния, 3) постоянно чувство за заплахата, което се проявява като свръхбдителност и засилено стряскане (Livingston, Berke, Scholl, Ruben and Shipherd 2020; Beckerman and Auerbach, 2014). Важно е да се има предвид, че въпреки че някои ЛГБТИ пациенти може да не отговарят на диагностичните критерии за ПТСР или КПТСР, за тях все пак е по-вероятно да изпитват сериозни психични страдания поради стигматизация, интернализирана ЛГБТИ-фобия,

чувствителност към отхвърляне, враждебност, маргинализация, дискриминация и виктимизация от останалото население (Roberts, Austin, Corliss, Vander Morris and Koenen, 2010).

Можем да разграничим стигма, случваща се на различни нива:

Социално-структурно ниво

Социална/обществена стигма – неогорбението или дискриминацията срещу някого въз основа на възприемани характеристики, които отделят човек или група от другите в обществото (въз основа на култура, религия, пол, сексуална ориентация, раса/етническа принадлежност, интелигентност, здраве/болест или увреждане, социално-икономически статус). Например: отказ на достъп до брак на еднополови партньори.

Структурна стигма – обществени или институционални условия, закони, политики и практики, които ограничават възможностите, ресурсите, властта или благосъстоянието на хора с определени характеристики или групов идентичност. Например: липсата на културно компетентни доставчици на здравни услуги или здравни политики, които биха осигурили еднакви услуги за цисгендър хетеросексуални хора и хора от сексуални или полови малцинства.

Междоличностно-вътрешноличностно ниво

Очаквана стигма е убеждението или притеснението за възможен бъдещ

¹ Употребата и злоупотребата с наркотични вещества е концептуализирана по няколко начина през последните няколко десетилетия от пълна забрана и патологизация през намаляване на вредите до постструктуралистки, по-критични възприятия, включително свободата на действие на употребяващия и ролята на обществото и неговите наративи (D'Agord and Canabarro, 2012; Sills, 2017; Bright, 2014).

случай на предразсъдъци, стереотипи или дискриминация, което може да накарат човек да избягва или забавя достъпа си до здравни грижи.

Интернализирана стигма е самообезценяване въз основа на културни или социални норми, убеждения и ценности относно сексуалната ориентация или половата идентичност или друг малцинствен статус; може да доведе до понижено самочувствие и може да увеличи потенциала за отрицателно за здравето поведение.

Възприеманата или усетена стигма е осъзнаването на стереотипи или чувства на срам или несигурност поради някаква идентичност или характеристики, тя води до страх от стигматизация и предизвиква безпокойство и отхвърляне.

Действена стигма е явният и действителен акт на унижение, дискриминация, тормоз и насилие, насочен към някого.

Важността на **публичните стигми** се състои в това, че те предизвикват негативни неяви нагласи, което означава, че те изграждат мощна бариера пред оказването на помощ на стигматизирани хора, като същевременно самостигматизирането може да предизвика чувство на срам, страх от стигматизация или обвинение, което може да издигне друга бариера пред търсенето на помощ ^(Fortenberry, McFarlane, Bleakley, Bull, Fishbein, Grimley, Malotte and Stoner, 2002).

Стигматизацията във връзка със сексуалната ориентация и половата идентичност в здравните заведения може да се прояви като:

Хетеронормативност – допускането, че всеки е хетеросексуален или че само хетеросексуалността е „нормална“. Също така се отнася до обществения натиск всеки да изглежда и да се държи

по стереотипно хетеросексуален начин. Хетеронормативността може да се прояви като хетеросексизъм – предубеждението, че хетеросексуалността е по-добра от всички други сексуалности.

Циснормативност – допускането, че всеки е цисджендър или че само цисджендър идентичността е „нормална“.

Хетеронормативността и циснормативността насищат дискурса на здравната система, дефинициите на диагнозите и определят клиничната практика като цяло.

Трансфобия – унижение, маргинализация, дискриминация, омраза или тормоз на трансджендър хора или на човек поради предположението за транс идентичност.

Бифобия – унижение, маргинализация, дискриминация, омраза или тормоз на бисексуални хора или на човек, за когото се предполага, че е бисексуален. Бисексуалните хора често се сблъскват с подкопаването на легитимността на своята идентичност както в ЛГБТИ общността, така и от страна на мнозинството, и понякога се приема, че са хетеросексуални или гей въз основа на пола на настоящия им партньор.

Хомофобия – унижение, маргинализация, дискриминация, омраза или тормоз на гей мъже или лесбийки или на човек, за когото се предполага, че е гей мъж или лесбийка.

Интерсексфобия – унижение, маргинализация, дискриминация, омраза или тормоз на интерсекс хора или на човек, за когото се предполага, че е интерсекс.

Енбифобия – унижение, маргинализация, дискриминация, омраза или тормоз на небинарни хора или на човек, за когото се предполага, че е небинарен

1.2.2) Бариири пред достъпа до здравни грижи

1.2.2.а) Заетост, условия на труд и живот

Според предишни проучвания домакинствата на хора от сексуални и полови малцинства имат по-малко доходи и е по-вероятно да живеят под линията на бедността – бисексуални жени и лесбийки, и особено трансджендър хора (Mallory and Sears, 2015; Fric, 2019; Sears and Mallory, 2011; Cahill and Tobias, 2007; Reisner et al., 2015; Lambda Legal, 2010; Schneebaum and Badgett, 2019).

За ЛГБТИ хората също така е по-вероятно да бъдат изправени пред бездомност и безработица (Cochran et al., 2002; Corliss et al., 2011; Rosario, Schrimshaw and Hunter, 2012; Durso and Gates, 2012; Laurent and Mihoubi, 2017; Charlton, Gordon and Reisner, 2018). Изследванията върху заетостта сред ЛГБТИ популацията показват, че хората от сексуално и полово малцинство се чувстват по-малко в безопасност на работното си място, изпитват по-често дискриминация или тормоз и им е по-трудно да намерят или сменят работата си. Освен това те имат тенденция да приемат работа под своите умения и ниво на образование (Ozeren, 2014; Cech and Rothwell, 2020; Ng and Rumens, 2017; Rudin, Biling, Farro and Yang, 2020).

Изоляцията/изоставянето и липсата на подкрепящи семейни отношения също са важни бариири, които допринасят за по-високия им риск от бездомност и липсата на финансова подкрепа или роднини, които биха се погрижили за тях, ако е необходимо. Проблемът с изолацията е по-остър при млади ЛГБТИ хора и ЛГБТИ хора в напреднала възраст. Младежите са по-изложени на опасностите, докато са зависими от родителските грижи и/или са икономически зависими от своите настойници. По същия начин хората в напреднала възраст стават

уязвими, когато вече не могат да живеят самостоятелно и трябва да се преместят в старчески домовете, поради което биха били желателни специфични услуги за уязвими възрастови групи (особено в областта на педиатричните грижи, системата за социални грижи, старческите домове и система за първична помощ).

1.2.2.б) Достъпност

Достъпността на здравната система или услуги също е неравносътйна на много нива (McKay 2011). На първо място ЛГБТИ хората и техните семейства е по-малко вероятно да имат частно здравно осигуряване поради липсата на достъп до спонсорирано от работодателя здравно осигуряване или поради предразсъдъците за признаването на техните семейни отношения или партньорство/брак (Clift and Kirby, 2012; Grant et al., 2011).

Има някои изследвания, които подчертават, че определени субпопулации на ЛГБТИ общността е по-вероятно да бъдат зле обслужени поради забавяне при получаване на предписано лекарство. В допълнение за тях също така е по-вероятно да са изправени пред забавяне при получаването на адекватни грижи, тъй като доставчиците на здравни услуги отказват да им предоставят здравни грижи, или да отложат търсенето на грижи поради предишен опит или стигматизация (LGBT refusal facts sheet, 2015; James et al., 2016). За ЛГБТИ хората също така е по-вероятно да използват спешното отделение (Sanchez et al., 2007; James et al., 2016). И на последно място, предишни проучвания показват, че е по-вероятно хора от сексуални и полови малцинства да бъдат тормозени от доставчици на здравни услуги. Предразсъдъчно, стигматизиращо и дискриминационно поведение от страна на здравния персонал води до нарушаване и неравнопоставеност на достъпа до здравната система за населението от сексуални и

полови малцинства. Най-често срещаното дискриминационно или предразсъдъчно поведение на здравни специалисти, изпитано от членове на ЛГБТИ общността, е следното (Health Care Refusals Harm Patients, 2014; LGBT refusal facts sheet, 2015; Grant et al., 2011; Faix-Prukner and Rózsa, 2015; Hidasi, 2014) :

Здравни специалисти, медицински сестри, лекари и гр.:

- са отказали да ги докоснат или са използвали прекомерни предпазни мерки.
- са ги унизили или са използвали груб или обиден език.
- са използвали грешния пол или старото им име.
- са отказали да вземат под внимание техните семейни отношения (напр. партньор от същия пол).
- са ги обвинили за тяхното здравословно състояние/заболяване.
- са отказали грижа или насочване към друг специалист поради сексуална ориентация или полава идентичност.
- са били физически груби или оскърбителни с тях.
- са проявили нездрав любопитство, задавали са въпроси, несвързани с конкретния здравен проблем, с който са дошли, подценявали са или са минимизирали оплакванията им.
- са ги отделяли ненужно.

1.2.2.с) Комуникация

Комуникацията е основен елемент от срещата между доставчик на грижи и пациент. Проблемите в комуникацията сериозно засягат грижите, като застра-

шават установяването на правилна диагноза, като влияят негативно върху намерението на пациента да задава въпроси и следователно върху възможността да се даде и вземе информирано съгласие. В допълнение това влошава изпълнителността на пациента и възпрепятства изграждането на доверителни отношения между лекар и пациент.

Пациентите трябва да разберат своите диагнози, възможности за лечение и алтернативи, рисковете и ползите от това, както и прогнозата за състоянието си, за да дадат информирано съгласие. Дискомфортът и безпокойство на практикуващите медицина, докато се занимават със сексуалната ориентация и половата идентичност – често основани на несигурността относно използването на утвърдителен език или правилната терминология – може също да се разглежда като бариера за комуникацията и може лесно да доведе до непреднамерена грубост или неуместно и интимно любопитство/поведение от страна на здравния персонал (Sharek et al., 2015; Fish and Bewley, 2010)

1.2.2.d) Липса на информация или знания

Недостигът на доставчици на здравни услуги, които са запознати със здравните проблеми на ЛГБТИ хората, личното чувство на здравните специалисти за неподготвеност да отговорят на здравните нужди, свързани със сексуалната и полава идентичност, засяга техните терапевтични решения и стеснява способността им да полагат грижи за ЛГБТИ хора, като се създава усещане за некомпетентност и разочарование (Sharek et al., 2015; Fish and Bewley, 2010) . Хетеронормативността, циснормативността и липсата на информация за специфичните здравни рискове и за нуждите на психическото и физическото здраве на ЛГБТИ общността води до предубедено

отношение и тя остава зле обслужена или недостатъчно обслужена в здравна

среда (напр. предполага трудността да се поддържат редовен скрининг и прегледи).

1.3) Малцинствен стрес, дискриминация

Моделът на Майер на малцинствен стрес предполага, че поради дисталните (като стигма, предразсъдъци и дискриминация) и проксимални фактори (очакване на дискриминация или отхвърляне; интернализирана негативни социални нагласи), ЛГБТИ хората може да изпитват хронично високи нива на стрес (Meyer, 2003; Dentato, 2012). Наличието на уникални (хомофобия, бифобия, трансфобия, енбифобия и интерсексфобия), хронични (живот на тормоз, малтретиране, дискриминация), социално базирани (враждебни, хетеронормативни, циснормативни култури) стресови фактори води до непропорционално преживяване на страдание, което застрашава физическото и психичното здраве на хора от малцинства (DeLilly and Flaskerud, 2012; McConnell et al., 2018; Williams et al., 2019). В сравнение с мнозинството (цисгендър или хетеросексуално население), ЛГБТИ малцинствата обикновено се характеризират с по-лошо психично здраве, тези резултати предполагат, че процесите на малцинствен стрес са свързани с по-лошо физическо здраве и множество проблеми с психичното здраве като тревожни разстройства, депресивни симптоми, неадаптивно справяне (прекомерно пиене, пушене, употреба на наркотични вещества) и мисли за самоубийство (Frost, Lehavot and Meyer, 2015; Meyer and Frost, 2013; Kelleher, 2009).

Сексуалните и половите малцинства възприемат различни стресови фактори, които са общи за другите малцинства (дискриминация, стереотипна заплаха, престъпления от омраза), но интернализираната хомофобия и стресът, причинен от прикриването на тяхната (малцинствена) идентичност, изглеждат като специфични допълнителни стресови

фактори в живота им (Hatzenbuehler and Pachankis, 2016; Meyer, 2003). Стресови ресурси като преживяване на предразсъдъци, очаквания за отхвърляне, прикриване, отчуждение и интернализирана хомофобия изискват от човека да се адаптира чрез прекомерно използване на психически и физически запаси, което засяга физическото и психичното здраве (Hatzenbuehler 2009; Pascoe and Smart Richman, 2009).

Позовавайки се на концепциите за стрес на Лазаръс и Фолкман, Майер разграничава дисталните и проксималните стресови фактори (Folkman and Lazarus, 1988; Meyer, 2003; Meyer and Frost, 2013). Той описва стресовите фактори като континуум от външни обективни стресови хронични и остри събития и състояния (като възприемана дискриминация или престъпление от омраза), през очаквания за такива събития и бдителността на това очакване (страх от стигма или отхвърляне), до интернализираната хомонегативност (интернализация на негативните обществени нагласи). В случая на ЛГБТ хората трябва да се спомене четвърти стресов фактор – бдителността, свързана с прикриване на сексуалната ориентация или половата идентичност, и вътрешното напрежение във връзка с активното криене на груповата идентичност (Meyer, 2003). Майер придава еднакво значение на психологическите ефекти както на проксималните, така и на дисталните фактори, въз основа на идеята, че дисталните обществени нагласи и стресовите фактори стават проксимални чрез когнитивната оценка и придобиват психологическа значимост.

Анти-гей насилието, престъпленията от омраза и дискриминацията са основ-

ните стресови фактори, които засягат хора от сексуални и полови малцинства (Garnets, 1990; Herek and Berrill, 1990; Huebner, Rebhook, and Kegeles, 2004; Kertzner et al., 1999). Хомофобските прегрещия като един от дисталните стресови фактори се случват на обществено и институционално ниво и присъстват през човешката история под формата на циснормативна и хетеронормативна култура (като дискриминационни закони, наказващи еднполовите контакти с лишаване от свобода, или унищожаването на гей хората, извършено от нацистката империя), която заклеява и подчинява ЛГБТИ хората (Herek, 2007).

Със сексуалната революция, в резултат на феминизма и про-гей движенията, ЛГБТИ хората стават по-видими, което води до по-голяма изявеност и групово подкрепяне за общността, въпреки че видимостта има неочакван неблагоприятен ефект: сексуалните и полови малцинства стават по-разпознаваеми цели за тормоз, насилие и дискриминация. Преживяването от виктимизация, тормоз и насилие нарушава усещането на човек за обичайния ход на живота, унищожават усещането за сигурност и неуязвимост на оцелелия, опитите на оцелелия да заличи дисонанса, за да осмисли преживяването си, може да доведе до самообезценяване и формиране на негативна схема за Аз-а. Психичното или физическото насилие имат тежки вредни за здравето ефекти, като провокират различни симптоми, например нарушения на съня, главоболие, диария, неконтролируем плач, тревожност, възбуда и безпокойство или депресия, може да доведат до пристрастяване и обезценяване на човешките взаимоотношения, а оттам и до нарастваща изолация. Стигматизирането на ЛГБТИ хората също провокира отчуждение, липса на интеграция с общността, по-ниска социална подкрепа и има неблагоприятен ефект върху самоприемането на човека чрез

формиране на негативни схеми за Аз-а. Във всекидневните си взаимодействия, точно както другите малцинства, ЛГБТИ хората изпитват микроагресии, дискриминация и се научават да очакват негативни реакции и възглед от тези, принадлежащи към доминиращата култура, и да поддържат бдителността си (Nadal et al., 2016).

Възприеманата стигма и възприеманата заплаха водят до постоянна бдителност, следователно бдителността е хронична, тъй като многократно се предизвиква в междугруповите взаимодействия от членовете на доминиращата култура. Майер цитира Крокър, който описва този феномен като „нужда постоянно да бъдеш „нащрек“ ... бдителен, или да не забравяш възможността другият да бъде предубеден“ (стр. 517 (Meyer, 2003)). Възприеманата социална стигма застрашава представата за себе си човек от малцинството, тъй като неговата представа за себе си може да не е в хармония с това, което се изразява/очаква от доминиращата група, това провокира нестабилно или уязвимо самовъзприятие и води до това, че хора от малцинствата използват огромна енергия, за да поддържат и възстановяват положителна представа за себе си (Kelleher, 2009).

Проксималните фактори включват очакване за отхвърляне, самостигматизация или интернализирана хомонегативност и прикриване. Очакването за отхвърляне се корени в преживяните хетеросексизъм, циснормативност и възприемана социална стигматизация и причинява тежък и хроничен стрес, поради което е важна прогноза за лошо психологическо благосъстояние и нарушено социално функциониране. Интернализацията на негативните обществени нагласи, убеждения и стереотипи в представата на човека за себе си води до самостигматизация, което застрашава възможността за социална подкрепа, влияе негативно върху интимните отноше-

ния и може да причини сексуална дисфункция. Интернализираната хомофобия сериозно засяга психичното и физическото здраве, като понижава самочувствието, нарушава стремежа към положителна представа за себе си и като модифицира поведението (напр. увеличава рисковото поведение). Прикриването се прилага от различни малцинства като стратегия за справяне, за да се избегнат атаки срещу малцинствената идентичност на човек. Прикриването на сексуалната ориентация или половата идентичност изисква постоянна бдителност и внимание от ЛГБТИ хората, като в това време те трябва да оценяват и преоценяват отново и отново средата си и взаимодействията си и трябва постоянно да внимават за собствената си реч, поведение, облекло, какво да споделят или да не споделят за себе си. Междувременно те трябва непрекъснато да четат вербалните и невербалните реакции на другата страна, за да утвърдят комуникацията си.

Някои ЛГБТИ хора се справят умело на индивидуално, междуличностно и общностно ниво със заплахата си идентичност, а също така използват няколко положителни активни (напр. търсене на подкрепа – на лично ниво; негативизъм – на ниво група) и пасивни (напр. избягване – на лично ниво; „минаване“ (за не-ЛГБТИ човек) – на ниво група) стратегии за справяне (Breakwell, 1986; Seelman et al., 2017). Положителното усещане за ЛГБТИ идентичност, съпротивата срещу културните норми, търсенето на социална или утвърдителна (напр. в интернет или в приятелски настроени към гей хора и/или транс инклузивни услуги и барове/кафенета) подкрепа, духовност и подкрепящо здравео поведение имат положителен ефект върху психичното и физическото здраве на ЛГБТИ хората (McDavitt, 2008; Seelman et al., 2017; Toomey, 2018; Puckett, 2020). Наличието на подкрепящи приятели като избрано семейство може

също да бъде много успешна стратегия за справяне за много ЛГБТИ хора, особено за онези, чиито рождени семейства са отхвърлящи или ЛГБТИ-фобски, като те могат да разчитат на емоционална (или дори финансова) подкрепа, ако имат нужда (McDavitt et al., 2008; Drabble et al., 2018). Тези взаимоотношения могат да бъдат особено важни за онези възрастови групи, които са по-зависими от другите (напр. младежите и хората в напреднала възраст, вж. подробно в **Глава 5.2. Възрастови спецификации**). Отхвърлянето или деконструирането на нормативните очаквания (цис/хетеросексизъм) и включването в активизъм също са ефективни и полезни методи за справяне на сексуалните и половете малцинства (McDavitt, 2008; Toomey et al., 2018; Puckett et al., 2020). *Драбъл и колеги* също споменават емоционалната връзка с домашни любимци като успешен метод за справяне за жените от сексуални малцинства (Drabble et al., 2018).

Въпреки това, като последица от негативните обществени нагласи/ЛГБТИ-фобия, за да се предотврати дискриминация, тормоз или насилие, ЛГБТИ хора може да трябва да прикриват статута си на малцинство и да се откажат от определени дейности, да избягват връстниците си и да се въздържат да посещават някои събития, което води до по-всепроникваща изолация и загуба на важни социални ресурси, които биха им помогнали да се справят по благоприятен начин и да изградят положителна (малцинствена) идентичност.

Решението да се разкриеш или не изисква внимателна оценка на обстоятелствата и последиците всеки път, тъй като залогът е излагането на дискриминация или отхвърляне и запазването на самочувствието.

Докато прикриването и потискането имат отрицателни ефекти върху общо-

то здраве, разкриването и изразяването на нечия SOGIE (сексуална ориентация, полова идентичност и изразяване на пола) намаляват тревожността в подкрепяща и приемаща среда (McConnell et al., 2018).

За да се опише по-добре как действат точните механизми, които допринасят за стресови фактори, свързани с предразсъдъци и дискриминация, и в крайна сметка засягат психичното здраве, трябва да разгледаме изследването на Хатценбюлер

върху рамката за психологическа медиация (Hatzenbuehler, 2009). На модела на малцинствения стрес липсва важен аспект за ефекта от свързания със стигмата стрес: остава неясно как той влияе на психичното и физическото здраве на вътрешноличностно и междуличностното ниво, как дискриминацията и свързаният със стигмата стрес „влизат под кожата“ и как трябва ли да бъде насочено осигуряването на по-добри/по-подкрепящи здравни услуги за ЛГБТИ населението (Keuroghlian, Ard and Makadon, 2017).

1.4) Културна компетентност в медицинска среда

СКултурната компетентност е представена в САЩ през 80-те години на 20 в. като рамка, която насърчава зачитането на културното многообразие и различия. Нейната основа е зачитането на многообразието и мултикултурализма от гледна точка на ценности и системи от вярвания, принадлежност към социална група, социална власт, социална класа, хетерогенност на нагласите, различни обичаи и начин на живот (Foronda et al., 2016; Butler et al., 2011). Създаването на културно компетентна здравна система, която е чувствителна към нуждите на ЛГБТИ хората и им осигурява приобщаващи и утвърждаващи грижи, е от съществено значение за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването. Културната компетентност може да се опише като континуум от културно превъзходство към културно умение (Sue, 2001).

Нивата на културна компетентност могат да бъдат описани по следния начин (Sue 2001; Dupre and Goodgold 2007; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2014):

„Културна деструктивност“: най-ниското ниво, то означава, че човек или

система възприема другите култури като по-нисши и отрича, че културните различия трябва да бъдат разглеждани с цел справедливост.

„Културна неспособност“: вторият етап, в този случай човекът или системата са наясно с културните различия, но все още проявяват невежество и нерелистичен страх към малцинствата и практикуват покровителствен подход.

„Културна слепота“: средната точка, това означава, че човек или система изрично отрича превъзходството, но вярва, че културата или принадлежността към група нямат значение и че всички хора са еднакви и всички нужди могат да бъдат универсално посрещнати. Културната слепота игнорира културните силни и слаби страни, насърчава равенството вместо справедливостта и често води до обвиняване на оцелелия за неговите проблеми. С преминаването към по-положителните етапи на континуума, системата или човекът стават по-чувствителни и компетентни.

„Културна пред-компетентност“: на това

ниво доставчикът/системата разбира и зачита културните различия, вярвания и ценности, вижда слабостите в обслужването на малцинствата и полага усилия за подобряване на услугите, но има несъзнателни предубеждения.

„Културна компетентност“: това ниво се постига, когато системата и професионалистите зачитат различията и практикуват постоянна самооценка по отношение на убежденията, допусканията и нормите. Културната компетентност също изисква непрекъснато развитие на знания и ресурси, за да се обслужва най-добре всяко малцинство.

„Културно умение“: едно от най-желаните нива, което означава, че човек/система вижда и зачита разликите между културите, цени многообразието и взаимодействие с уважение с различни културни групи. Доставчиците с културно умение служат като модели за подражание и играят активна роля в

правенето на другите по-чувствителни.

Някои критици към континуума на културната компетентност твърдят, че най-желаното състояние на културна компетентност не е културно умение, а културно смирение (Ortega and Coulborn, 2011; Tervalon and Murray-García, 1998; Foronda et al., 2016; Tascón and Gatwiri, 2020).

„Културно смирение“: означава да осъзнаваме властовите дисбаланси и да приемаме своите ограничения, като разглеждаме другите като истински експерти в тяхната култура и показваме желание да се учим от тях. Практикуването на културно смирение представлява процес за цял живот с цел повишаване на нашето самосъзнание, за да възприемаме и премахваме своите предубеждения (Tervalon and Murray-García, 1998; Foronda et al., 2016). Прилагането на културно смирение означава, че сме готови да взаимодействаме с друг човек и да приемаме и зачитаме неговите вярвания, обичаи и ценности.

1.5) Интерсекционалност/пресеченост

Интерсекционалността твърди, че социалните идентичности са взаимно конструирани и взаимозависими, те не се създават в социални вакууми, а са засегнати от отношенията на социалната власт и отразяват системата на потисничество и привилегии. Произходът на интерсекционалността от черното феминистко движение подчертава, че двойното малцинствено положение на чернокожите жени ги кара да останат невидими за расовото движение поради техния пол, а междувременно тяхната расова идентичност прави така, че да бъдат изключени от феминисткото движение (Collins, 2000; Crenshaw, 1991; Carastathis, 2014; Dill and Kohlman, 2012).

Лекарите трябва винаги да са наясно с

позицията си по време на срещи лекар-пациент, без значение дали представляват доминиращата култура или принадлежат към малцинства, тъй като поради специфичните си познания и социален статус те притежават привилегията на клиничния поглед, която създава властови дисбаланс. Грижата за пациенти от малцинства винаги изисква допълнително внимание, независимо към коя малцинствена група принадлежат пациентите.

Всяко формиране на идентичност може да причини стрес за пациентите, поради което теорията за интерсекционалността, идеята за множество идентичности и присъствието и поддържането на неравенства на системно ниво са важни

въпроси във връзка със здравеопазването и здравните резултати (Arnold, Rebhook and Kegeles, 2014; Whitehead, Shaver and Stephenson, 2016; Cahill et al., 2017).

Позитивното формиране на идентичност е от съществено значение за благосъстоянието, следователно лекарите и здравните специалисти трябва да са наясно с потенциалния обхват на идентичностите и предизвикателната среда, която е създадена в пресичането на тези уникални, но успоредни идентичности.

Хората, принадлежащи към сексуални малцинства, са изложени неравномерно на дискриминация и предразсъдъци, като чернокожите съобщават, че по-често изпитват дискриминация въз основа на сексуална ориентация (Meyer, 2003). Изследванията също така предполагат, че младежите и хората в напреднала възраст, които са ЛГБ, е дори по-вероятно да се сблъскат с анти-гей предразсъдъци и са по-уязвими към неблагоприятните психологически ефекти от виктимизацията и тормоза. Резултатите, описани по-горе, също потвърждават, че използването на теорията за интерсекционалността може да ни помогне да разберем как множество социални идентичности като етническа принадлежност, раса, сексуална ориентация, пол, полова идентичност, социално-икономически статус, увреждане и др. медицират ефектите от предразсъдъците между микронивото на опита на отделен човек в ежедневието и макронивото на социалните структури. Теорията за интерсекционалността предоставя важна гледна точка за разбиране на преживяванията на малцинствата на множествена маргинализация и връзката с тяхното благосъстояние и здраве (McConnell et al., 2018). Цветнокожите хора, младежите, хората

в напреднала възраст, хората с увреждания, които са ЛГБТИ, от една страна се борят със социалните предразсъдъци, основани на тяхната полова идентичност и сексуална ориентация, а от друга страна са стигматизирани в групата на сексуалните и половите малцинства поради расизъм, ейджизъм, дискриминация на базата на увреждане. Някои проучвания установяват, че цветнокожите ЛГБ хора съобщават за високи нива на стрес и тежко раздробяване на идентичността, гължащи се както на расизъм, така и на хетеросексизъм, което предполага повишен риск за неблагоприятни здравни резултати (Bridges, Selvidge and Matthews, 2003; Meyer, 2003; McConnell et al., 2018; Ghabrial, 2017; Balsam et al., 2011). Междувременно други констатируют, че цветнокожите ЛГБТИ хора показват по-висока устойчивост въпреки по-голямото излагане на малцинствен стрес, което показва, че ранният им опит с расизъм може да им помогне да развият устойчивост и да разберат и да се справят със своята сексуална или полова идентичност (Balsam et al., 2015; Kertzner et al., 2009; Mustanski, Garofalo and Emerson, 2010). Това предполага положителна интерсекционалност, която се отнася до това, че (само) приемането и овластяването на една социална идентичност може да подкрепи други аспекти на идентичността и да увеличи устойчивостта и благосъстоянието (Ghabrial, 2017). Междувременно негативните преживявания (напр. расова/етническа или възрастова стигма) в рамките на ЛГБТ общността може да повлияе неблагоприятно на свързаността на расовите (или други) малцинства с ЛГБТ общностите и да ги лиши от възможностите за интимни връзки, подкрепа от други ЛГБТ хора и възползване от общностната устойчивост (McConnell et al., 2018).

1.6) Процес на разкриване

Разкриването се отнася до процеса на

идентифициране и приемане на собст-

вена та сексуална ориентация или поло-
ва идентичност (разкриване пред себе
си) и актът на разкриване на своята
сексуална ориентация или полова иден-
тичност пред другите (разкриване пред
приятели, семейство и т.н.). Процесът
на разкриване изглежда играе решаваща
роля за здравето и благосъстоянието на
ЛГБТИ хората (Brotman, Ryan and Cormier, 2003; Brotman et al.,
2007). Разкриването в контекста на полу-
чаване на здравни грижи е трудно, но в
някои случаи е необходимо, за да се прове-
де подходящ преглед и лечение, които са
насочени към специфични здравни нужди,
и за да се подпомогнат или улеснят ЛГБ-
ТИ хората да си правят рутинни меди-
цински прегледи и скрининги. Актът на
разкриване не е еднократно събитие, а
по-скоро процес през целия живот, който
се повтаря: ЛГБТИ хората трябва да се
разкриват отново и отново през целия
си живот (когато започват работа на
ново място или срещат нови хора и т.н.).

Процесът на разкриване е изключително
стресиращ поради страх от отхвърляне
(от близки или особено в служебния живот)
и поради изолация, отчуждение и самота. В
много случаи период на събиране на „данни“
и опит, експериментирание и внимателно
проследяване на реакциите на околните
предхожда акта на разкриване и по-голя-
мата част от ЛГБТИ хората се разкриват
пред приятел или друг доверен човек, пре-
ди да се разкрият пред по-широки кръгове
от хора (Fergusson, Hoorwood and Beautrais, 1999; Herrell et al.,
1999; Hegna and Wichström, 2007). Приятелите и семей-
ството, но дори учителите или доста-
вчиците на здравни услуги могат да имат
решаваща роля в подпомагането на ЛГБТИ
хората, когато се разкрият, и осигурява-
нето на защитена и сигурна среда за спра-
вяне със специфичните ЛГБТИ стресове.

Съществуват няколко модела, които
описват процеса на разкриване, за дефи-
ниране и разбиране на намерението за

повишаване на адаптивността на човека
при приспособяване на неговата сексуална
ориентация или полова идентичност към
хетеронормативно и циснормативно об-
щество, в което ЛГБТИ идентичностите
са стигматизирани. Предишни проучвания
показват, че разкриването обикновено се
случва в юношеството (от 12 до 17 го-
дишна възраст) по време на силно чувст-
вителния период на пубертета, когато
социалното, емоционалното и учебното
развитие напредват, въпреки че някои
хора откриват своята ориентация или
полова идентичност по време на ранното
детство или в зряла възраст. Това също
така означава, че някои хора са осъзнали
своята сексуална ориентация, преди да се
започнали каквото и да е сексуално пове-
дение, докато в други случаи сексуалните
преживявания предхождат установява-
нето на сексуалната ориентация или се
случва сексуално „изследване“ с цел изясня-
ване на сексуалната ориентация. Едно-
половото привличане или еднполовите
преживявания по време на юношеството
не показват автоматично нехетеросексу-
ална ориентация (Fergusson, Hoorwood and Beautrais, 1999;
Herrell et al., 1999; Safren and Heimberg, 1999; Hegna and Wichström, 2007).

Но също така е важно да се отбележи, че
сексуалната ориентация може да бъде аб-
солютно изяснена в по-млада възраст и че
възрастните причиняват силен стрес на
младежите от сексуални и полови малцин-
ства, като разглеждат не-хетеросексуал-
ните ориентации като фаза. Трябва също
така да подчертаем, че хората изживя-
ват своята сексуалност и пол в социален
и исторически контекст, в който те
обикновено са изложени на цисхетеронор-
мативен доминиращ дискурс (Fausto-Sterling, 2019).

Разкриването е повлияно от характе-
ристиките на човека (етнически, ра-
сов, културен, социален, образователен,
регионален произход), действителната
житейска ситуация, лична историята и
опит (виктимизация, предразсъдъци) и

възприеманите семейни или обществени ценности, като всички тези неща могат да затруднят или подпомогнат процеса. Здравните специалисти и най-важното – специалистите по психично здраве – биха могли да изиграят важна роля в разкриването, като подкрепят пациенти/клиенти, които се идентифицират или започват да се идентифицират като ЛГБТИ. Когато клиентите или пациентите са объркани относно своята сексуална ориентация или полова идентичност, здравните специалисти имат още по-важна роля в предоставянето на подкрепа чрез открити и доверителни отношения. Доставчиците на грижи, които са небрежни, имат несъзнателни предразсъдъци или негативно отношение към ЛГБТИ хората, оказват огромен негативен ефект върху здравето на ЛГБТ хората, като унищожават самочувствието, допринасят за рисково за здравето поведение и разрушават намерението за търсене на помощ.

Полът и сексуалната ориентация преди се схващаха като дихотомични и едноизмерни характеристики, но компонентите на сексуалната ориентация и половата идентичност са по-сложни и доста многоизмерни. Първата и най-известна концепция за спектър на сексуалната ориентация принадлежи на Кинси, който разграничава 7 вида сексуална ориентация от изключително хетеросексуална до изключително хомосексуална. Напредналите теории възприемат половата идентичност и сексуалната ориентация като многоизмерни континууми отвъд дихотомията. Хората обикновено имат разнообразни и много-странни идентичности, които могат да бъдат описани с помощта на многоизмерни модели. Човек може да притежава както мъжки, така и женски качества, или нито едните, нито другите, и това също представлява полова роля и поведение. По отношение на сексуалната ориентация многоизмерността означава, че хората

могат да имат различни нива на привличане към всеки пол успоредно. Важно/решаващо е да се забележи, че независимо дали пациентът прави секс с мъже, жени, нито едно от двете или и двете, собствената концептуализация на сексуалната му ориентация винаги е валидна и точна. Трябва също да подчертаем, че е необходимо и препоръчително да се използват същите думи и изрази, когато се описва или споменава сексуалната ориентация или половата идентичност на пациент, който са били използвани или са предпочитани от самия него. Ако се обърнем открито, гъвкаво и подкрепящо към своите пациенти, можем да изградим подкрепяща и положителна връзка между пациента и доставчика на грижи. Доставчиците трябва да бъдат информирани за етапите и теориите на процеса на разкриване, за да подпомогнат ефективно своите пациенти.

Ранните теории за разкриването се основават на модела на скръбта на Елизабет Кюблер-Рос и други модели на житейска криза (Makadon et al., 2015; Martin, 1991; Coleman, 1982). Те предполагат, че ЛГБ хората преминават през етапите на шок, отричане, гняв, тъга, уговорки и приемане по пътя си към самоприемане. В тези теории идентичността на сексуалната ориентация започва като несъзнавано чувство за странност или различност и се движи към по-голямо осъзнаване. При тези модели ЛГБТИ хората се движат по права линия от начална точка към крайна точка, която се намира там, където положителният образ и откритост са напълно развити.

По-късните теории критикуват ранния модел на разкриване, защото той представя разкриването като линейна, едноточна, непрекъсната крива нагоре с определена крайна точка (Morris, 1997; Makadon et al., 2015). Според по-модерните концепции разкриването е креативен кръгов и сложен процес с кръстовища, обръщания и спирки.

Разкриването може да се преживее отново и отново във всеки етап от живота, промяна или ситуация и може да доведе до предефиниране на идентичността. ЛГБТИ идентичностите са обект на редица различни предизвикателства и разкриването може да бъде осмислено като процес през целия живот, често движещ се на няколко успоредни нива (човек може да се е разкрил пред семейството си, но не в училище, или пред един приятел, но не и пред друг и т.н.). Преоценката на избора за разкриване се случва в живота на човека отново и отново в много житейски ситуации и хората от сексуални и полови малцинства се опитват да вземат правилното решение относно това дали да се разкрият или не, като претеглят плюсовете и минусите от това, под тежестта на срама, отбращението от себе си, стремежа към сигурност и интеграция на идентичността.

Бисексуалните хора често намират процеса на разкриване за още по-тежък, защото може да преживяват сексуалната си ориентация като борба между два отделни свята. Често се приема, че са хетеросексуални, когато са с човек от противоположния пол, и се приема, че са гей, когато имат партньор от същия пол. За да отхвърлят тези допускания, може да се наложи да се разкриват многократно в едни и същи ситуации или пред едни и същи хора, което може да бъде много обременяващо, като междувременно може да „минават за хетеросексуални“ и да бъдат привилеги-

ровани, когато имат партньор от противоположния пол/хетеросексуална връзка.

Разкриването като транс е не по-малко предизвикателна задача. Това включва не просто изразяване на собствените чувства и желания спрямо собствения пол, но и извършване на промени във външния вид, ролите, поведението или в някои случаи в тялото (на хормонално или анатомично ниво). Няколко модела се опитват да опишат процеса на полова идентификация при не-цисгендър хора, като един от тях е моделът на Лев за процеса на разкриване, който описва идентификацията в шест етапа: (1) осъзнаване; (2) търсене на информация/контакт; (3) разкриване пред близки хора; (4) проучване, идентичност и самоопределяне; (5) проучване, въпроси за прехода и възможна промяна на тялото; и (6) въпроси за интеграция, приемане и събития след прехода (McBee, 2013).

Някои транс хора са по-способни да останат скрити поради това, че „минават“ за не-транс (външният им вид се вписва в хетеро- и циснормативните представи за пола, следователно техният пол се разчита така, както те искат в циснормативен, обикновено бинарен контекст). Други транс хора се изправят пред сериозни предизвикателства с разкриването си, защото експериментират много с външния си вид и изразяване на пола, преди да се спрат (ако го направят) на някаква полова идентичност.

Глава 2. — Здравен статус

2.1) Психично здраве

2.1.1) Въведение

Когато разглеждаме предизвикателствата, свързани с психичното здраве на ЛГБТИ населението, е важно да отбележим, че да принадлежиш към сексуално малцинство само по себе си не води до повишена уязвимост към психични разстройства. По-голямата част от ЛГБТИ хората са добре приспособени и психично здрави. Да бъдеш част от малцинство обаче все още означава да се сблъскаш с повече насилие и по-голям риск от проблеми с психичното здраве, отколкото хората от мнозинството.

Този повишен риск възниква от онези негативни въздействия, които засягат много ЛГБТИ хора и до днес. Теорията за малцинствения стрес предполага, че поради стигматизация, предразсъдъци и дискриминация, ЛГБТИ хората изпитват по-голям стрес от хетеронормативните хора и че това непропорционално напрежение води до повишен риск от здравословни проблеми.

Стигмата и дискриминацията, както и негативните житейски преживявания като отхвърляне от семейството и приятелите и хомо/би/транс/интерфобско насилие, оказват значително отрицател-

но въздействие върху психичното здраве и за тези, които са по-малко устойчиви, те могат да донесат сериозно страдание. Тормозът и дискриминацията могат да доведат до депресия при някои ЛГБТИ хора и дори до самоубийство при най-уязвимите сред тях. Тези, които са претърпели физическа, сексуална или психична травма, имат по-висок риск да развият посттравматично стресово разстройство (ПТСР) (Roberts et al., 2012). Хроничният стрес, преживян от интернализиране на стигмата, не само води до по-лошо психично здраве, но може да предизвика и нездравословно поведение (като пристрастяване или рисково поведение), което от своя страна води до по-лошо състояние на физическото и психичното здраве (Meyer, 2003).

Данните показват, че ЛГБТИ хората са изложени на по-голям риск от депресия, тревожност и суицидно поведение. Те имат значително повишена честота на тютюнопушене, употреба на алкохол и на наркотични вещества в сравнение с хетеросексуалните хора (Institute of Medicine (U.S.), 2011).

Принос за по-лошите резултати за психичното здраве им и това, че ЛГБТИ хората се сблъскват с бариери при достъп до грижи за психичното здраве. Някои от тях избират изобщо да не потърсят медицинска помощ или избягват разкри-

ването на идентичността си поради преживяна или възприемана дискриминация. Други не могат да намерят културно компетентни грижи поради ограничена наличност или липса на обучени доставчици. Патологизацията на ЛГБТИ населението от психиатричната общност има дълга история и за съжаление допринася за недоверието към професията и практикуващите я и до днес.

Диагнозата „хомосексуалност“ е премахната от системите за диагностична класификация сравнително наскоро. В Десетото преработено издание на МКБ (Международна класификация на болестите) през 1990 г. Световната здравна асамблея окончателно отхвърля хомосексуалността като код, но въвежда новата категория „Психологични и поведенчески разстройства, свързани със сексуалното развитие и насоченост“ с категорично твърдение, че сексуалната ориентация сама по себе си не се разглежда като разстройство (van Drimmelen-Krabbe, 1994). Тази категория ще бъде изцяло премахната в най-новото издание на МКБ (МКБ-11) по препоръка на Работната група на СЗО за класификация на сексуалните разстройства и сексуалното здраве и МКБ-11, който официално ще влезе в сила на 1 януари 2022 г., не съдържа категория за диагнози, базирани на първо място на сексуална ориентация (Cochran et al., 2020). От Диагностичното и статистическо ръководство (DSM) Американската психиатрична асоциация (APA) премахва диагнозата „хомосексуалност“ през 1973 г., като я замества първо със „Смущение на сексуалната ориентация“ (SOD), а по-късно с диагноза „Его-дистонична хомосексуалност“ (EDH). Едва през 1987 г., след десетилетия дебати, е приета „теорията за нормалните вариации“, която гласи, че хомо- и бисексуалността като явление се срещат естествено и са нормална вариация на човешката сексуалност, точно както хетеросексуалността (Drescher, 2015).

Води се и продължаващ професионален дебат около гемедикализацията на транс идентичността. Аргументите в полза на запазването на свързаните с транс диагнози в системите за класификация показват, че тя позволява на транс хората да имат достъп до терапии за утвърждаване на пола, докато онези, които се застъпват за премахването им изцяло от DSM и МКБ, твърдят, че транс хората трябва да имат достъп до този вид интервенции без медицинска диагноза.

Доставчиците на здравни услуги трябва да са наясно с трудностите, с които се сблъскват сексуалните малцинства, за да могат да осигурят ефективно лечение на своите ЛГБТИ пациенти. Тяхното утвърждаващо и подкрепящо отношение е от решаващо значение за установяването на доверителни отношения между клиента и доставчика, позволява честна и отворена комуникация и в крайна сметка води до по-добро състояние на психичното здраве.

2.1.2) Общи проблеми, засягащи целия спектър

2.1.2.а) Проблеми на психичното здраве: Тежка депресия, биполарно разстройство и генерализирана тревожност

Съществуват значителни различия в психичното здраве, преживени от ЛГБТИ хората. Изследвания от 90-те години на 20 в. показват по-голямо разпространение на често срещаните психични разстройства при тях в сравнение с хетеросексуалните хора. За ЛГБ хората е по-вероятно да бъдат диагностицирани с тежко депресивно разстройство и генерализирана тревожност според представителна извадка от възрастни в САЩ (Wu et al., 2018).

Данните от проучванията на Системата за наблюдение на поведенческите рискови фактори в САЩ (BRFSS) също показват постоянно различие в риска за психичното здраве на ЛГБТ респондентите. ЛГБТ хората съобщават за по-високи вероятности за тревожност, депресия и психически дистрес в сравнение с хетеросексуалните хора в последователни проучвания на BRFSS (Gonzales and Henning-Smith, 2017; Landers, Mimiaga, and Conron, 2011; Matthews and Lee, 2014).

Положението с различията не изглежда по-добро от другата страна на Атлантическия океан. Проучване, изследващо населението на Англия и Уелс, установява, че при респондентите гей мъже и лесбийки има по-широко разпространение на често срещани психични разстройства и по-високи нива на психологически дистрес в сравнение с хетеросексуалните хора (King et al., 2003). Метаанализ в Обединеното кралство, обединяващ данни от 12 проучвания на населението, проведени между 2008 и 2013 г., установява, че при ЛГБ хората има по-широко разпространение на лошо психично здраве и благосъстояние в сравнение с хетеросексуалните. За лесбийките, гей мъжете, бисексуалните и „други“ не-хетеросексуални възрастни е два пъти по-вероятно да съобщават за симптоми на лошо психично здраве (т.е. безпокойство, депресия), отколкото за хетеросексуалните възрастни (Semlyen et al., 2016).

В нидерландско проучване, основано на популация, хомосексуални и други хора, които изпитват привличане към същия пол, съобщават за по-широко разпространение на психични разстройства в сравнение с хетеросексуалните хора (Sandfort et al., 2014). За хомосексуалните и другите мъже, които изпитват привличане към същия пол, също има по-голяма вероятност да имат тежка депресия, социална фобия и генерална тревожност, паническо разстройство и злоупотреба с наркотици, докато за жените е

по-вероятно да имат биполарно разстройство, зависимост от алкохол и наркотици, разстройства на настроението и тревожност и социална фобия (Sandfort et al., 2014).

Въпреки че горните проучвания са проведени с различни подходи, използвайки различни мерки и изследвайки различни прояви на психичното здраве, резултатите сочат в една и съща посока. Може да се направи изводът, че ЛГБТИ хората изпитват по-голям дистрес, поради което може да имат по-лошо психично здраве в сравнение с населението като цяло.

Проучвания, изследващи рисковете при гей мъжете, лесбийките, бисексуалните, транс и интерсекс хората поотделно, откриват значителни разлики между подгрупите, което показва, че всяка подгрупа на сексуалното малцинство има своите специфични рискови фактори и различна уязвимост към психичните проблеми. Бисексуалните мъже може да бъдат особено изложени на риск от лошо психично здраве като стрес и депресия, като те докладват за значително по-чест психичен дистрес в сравнение дори с гей мъжете (Caceres et al., 2018).

Проучванията, фокусирани върху транс хората, са ограничени, въпреки че има данни, показващи, че депресията, самоубийството и самонараняването са значими и сред транс хората и особено транс младежите (Grossman and D'Augelli, 2007). Транс пациенти са диагностицирани с депресия, шизофрения и разстройства, дължащи се на употребата на наркотични вещества, по-често от цисгендър пациенти. Транс пациентите също така имат по-високи нива на състояния, потенциално увреждащи психичното здраве, и неврологични и хронични болкови състояния (Dragon et al., 2017).

Психичните разстройства като депресия и тревожност произхождат от комби-

нация от генетични и психологически фактори и фактори на средата. Освен вътрешните причини – ендокринологични и биологични, външни фактори като стресови фактори от средата действат като задействащи или обострящи агенти. Те могат да бъдат случайни, например преживяване на словесно или физическо насилие от хомофобни или трансфобни членове на обществото, или постоянни, например религиозното възпитание на човека (чувството за извършване на грях или осъждане в ада) или отхвърляне от страна на семейството и приятелите. Интернализираната хомофобия допълнително увеличава психичното бреме.

Излагането на виктимизация като физическо и сексуално насилие, бездомност и насилие от страна на интимен партньор също е свързано със суицидност и депресивни симптоми (McLaughlin et al., 2012). По същия начин отхвърлянето от родителите е свързано с по-лошо психично здраве: по-високи нива на депресия и повече опити за самоубийство (Ryan et al., 2009).

2.1.2.b) Самоубийство и самонараняване

Тъй като сексуалната ориентация не се вписва в смъртните актове, няма данни за действителния брой самоубийства сред ЛГБТИ хората. Епидемиологичните проучвания обаче описват непрекъснато повишени нива на суицидни мисли и поведение при сексуалните малцинства (King et al., 2008a). В извадка от ЛГБ лица 91% съобщават, че някога са имали мисли за самоубийство; от тях 41% са мислили сериозно за самоубийство, а 36% са опитвали да се самоубият (McBee-Strayer and Rogers, 2002). Следователно може да се твърди, че сексуалните малцинства са изложени на по-висок риск от самоубийство, отколкото населението като цяло.

Честотата на самонараняване, несвър-

зано със самоубийство, показва подобен модел: разпространението на самонараняванията е по-високо сред хората от сексуални малцинства в сравнение с хетеросексуалното и/или цисгендър население, като транс и бисексуалните хора са изложени на най-голям риск (Liu et al., 2019).

Тези констатации показват важността на скрининга за суицидни мисли и поведение в тази популация и разработването или прилагането на превантивни програми, адаптирани към специфичните нужди и обстоятелства на ЛГБТИ хората.

2.1.3.) Проблеми, засягащи конкретни групи

2.1.3.a) Гей и бисексуални мъже

Здравословните проблеми на гей и бисексуалните мъже са подобни на тези на всички останали мъже, но те също така може да са изложени на определени рискови фактори, които могат да повлияят на здравето им по специфични начини. Освен обсъдените по-горе теми за общите проблеми, засягащи психичното здраве на ЛГБТИ малцинствата, има и специфични проблеми, засягащи изрично гей и бисексуалните мъже.

Проблеми с възприятието на тялото и хранителни разстройства

Гей и бисексуалните мъже имат тенденция да са по-недоволни от телата си и са изложени на по-голям риск от хранителни разстройства в сравнение с хетеросексуалните мъже. Докато малцина от тях достигат пълна анорексия или булимия, симптоми като диети, преяждане, прочистване и използване на хапчета за отслабване са доста често

срещани, както и притеснения за тялото (притеснения за теглото и формата; желание за мускулатура) и употребата на анаболни стероиди за изграждане на мускули (Calzo et al., 2017; Parker and Harriger, 2020).

Едно от възможните обяснения е, че гей и бисексуалните мъже може да бъдат по-силно повлияни от социално изградените представи за физическа привлекателност и да чувстват повече желание да се придържат към тези възприятия за красота. Теориите предполагат, че в общности на гей мъжете се засилва вниманието върху външния вид и това може да доведе до засилен натиск върху членовете да се придържат към приетите стандарти за красота, или че гей и бисексуалните мъже страдат от подобен натиск и изисквания като хетеросексуалните жени (тъй като членовете и на двете групи имат за цел да привлекат мъже), а това води до по-голям риск от неудовлетвореност от тялото сред тази популация (Beren et al., 1996; Siever, 1994).

Свързаните с хранителни разстройства поведения при сексуалните малцинства също са свързани с предизвиканите от стреса реакции към виктимизация, дискриминация и хомофобия. Интернализацията стигма може да доведе до самоомраза и самонаказване под формата на контрол на теглото или ограничителни практики на хранене (Calzo et al., 2017; Reilly, 2006). Физическите последици за здравето от гладуване, прочистване и използване на хапчета за отслабване включват дехидратация, недोхранване и заболявания на храносмилателния тракт, докато употребата на анаболни стероиди може да доведе до промени в хормоналната система, психиатрични симптоми, бъбречни, чернодробни, мускулно-скелетни и сърдечно-съдови проблеми. Те могат да допринесат и за други проблеми с психичното здраве като разстройства на настроението, тревожност или

употреба на наркотични вещества.

Кемсекс

Употребата на алкохол и наркотични вещества при секс винаги е присъствала сред гей и бисексуалните мъже. Употребата на стимуланти и психоактивни наркотици (като мефедрон, кристален метамфетамин, GHB/GBL, кокаин и кетамин), за да подпомагане, засилване, интензифициране и удължаване на сексуалното преживяване – напоследък под формата на кемсекс – става по-разпространена през последните десетилетия (Tomkins, George and Kliner, 2019). Има подгрупа от MSM, които правят кемсекс и са изложени на повишен риск това да повлияе негативно на тяхното здраве и благосъстояние. Притесненията, свързани с практикуването на кемсекс, са поради връзката му с високорисково сексуално поведение (множество сексуални партньори, секс без презерватив), което води до повишен риск от предаване на кръвнопреносими вируси и други сексуално предавани инфекции. Има констатации, които предполагат, че има и психо-социални последици от високорисковото поведение, свързано с кемсекс, тъй като то има отрицателно въздействие върху социалното функциониране и психичното благосъстояние на някои участници (Maxwell, Shahmanesh and Gafos, 2019).

2.1.3.b) Лесбийки и бисексуални жени

Докато жените от сексуални малцинства имат много от същите здравословни проблеми като хетеросексуалните жени, сред тях са отчетени значителни здравни различия, свързани със сексуалната ориентация (Baptiste-Roberts et al., 2017).

Жените от сексуални малцинства имат по-висока честота на прекомерна употреба на алкохол, проблеми, свързани

с алкохола, и разстройства, дължащи се на употребата на алкохол, отколкото хетеросексуалните жени. Освен това бисексуалните жени показват най-висок риск от всички подгрупи по сексуална ориентация. В проучвания, включващи както мъже, така и жени от сексуални малцинства, проблемите с алкохола са по-изявени сред жените от сексуални малцинства (Hughes et al., 2020).

Бисексуалните жени са изложени на особено висок риск от употреба на алкохол и наркотични вещества. Скорошно дълбочено изследване показва, че бисексуалните жени са изложени на значително по-голям риск от поведения, свързани с употреба на множество вещества (склонност към редовна злоупотреба с алкохол, употреба на марихуана, опиоиди, забранени наркотични вещества и разстройства, дължащи се на употребата на алкохол), в сравнение с лесбийките (Schuler and Collins, 2020). Това може да се дължи на специфични за бисексуалните рискови фактори – уникални социални стресови фактори за бисексуалните хора, например културната невидимост на бисексуалността и антибисексуалната стигма.

2.1.3.с) Транс хора

В резултат на широко разпространените предразсъдъци и стигма, транс хората често изпитват дискриминация. Преживяният малцинствен стрес води до по-висока честота на тютюнопушене, употреба на наркотици и алкохол (Hughto et al., 2021). Опитите за самоубийство са по-чести и има данни, показващи, че депресията, самоубийството и самонараняването са значими сред транс хората и особено транс младежите (Grossman and D'Augelli, 2007). В национално проучване в САЩ 41% от анкетираните съобщават, че са правили опит за самоубийство (Grant et al., 2011), докато в много-

центрово европейско проучване 24,5% от анкетираните правили опит за самоубийство поне веднъж в живота си (Smiley et al., 2017).

За транс хора също е установено, че имат повишен риск от хранителни разстройства за контрол на теглото и формата, особено прочистване и използване на хапчета за отслабване (Diemer et al., 2015). Други проучвания установяват, че транс мъжете са изложени на особен риск от хранителни разстройства и други поведения, свързани с възприемането на тялото (Witcomb et al., 2015). Предполага се, че транс хората – в допълнение към реакцията на малцинствения стрес – може да възприемат поведение, свързано с хранителни разстройства, за да постигнат по-мъжествена или женствена фигура (Watson, Veale and Saewyc, 2017).

Продължава дебатът за класифицирането на дистреса в резултат на несъответствието между половата идентичност и пола, приписан при раждането, като отделна диагностична единица. DSM-5 въвежда нов диагностичен термин, „полова дисфория“, който се отнася до психологическия дистрес, преживяван от хората, когато тяхната полова идентичност не съответства на тяхната физическа анатомия. Той е въведен вместо по-ранната диагноза „разстройство на половата идентичност“ в предишните версии на DSM, която патологизира самото полово многообразие. Предполага се, че новата диагноза е насочена конкретно към дистреса, който някои, но не всички транс хора изпитват. Транс активистите се противопоставят на използването на този диагностичен термин, тъй като се стремят да премахнат свързаните с транс диагнози от системите за класификация и тъй като той индивидуализира дистреса, вместо да се фокусира върху социалните очаквания и насилието. Някои изследователи също критикуват използ-

ването на „полова дисфория“, тъй като се сблъсква с намерението за намаляване на патологизирането и създава объркване около терминологията, използвана в академичната литература ^(Davy and Toze, 2018).

2.1.3.d) Интерсекс хора

Въпреки че по-голямата част от интерсекс хората са били проследявани от системата на здравеопазването от раждането си – макар и обикновено от хирургичните специалности – досега има само ограничени проучвания относно психичното здраве и благосъстояние на интерсекс популацията. Европейско проучване установява по-широко разпространение на психични разстройства и опити за самоубийство сред интерсекс хората ^(Falhammar et al., 2018), докато в скорошно проучване в САЩ повече от половината от интерсекс респондентите са страдали от приемливо или лошо психично здраве, особено в по-младата възрастова група. Най-често докладваните диагнози са депресия, тревожност и ПТСР ^(Rosenwohl-Mack et al., 2020). Животът с „различия в половото развитие“ може да означава огромен стрес и други трудности. Интерсекс хората страдат от ефекта на медукализация и патологизация, промените, причинени в тяхната идентичност, и липсата на модели (а често и липсата на информация) ^(GrApSIA and Audi, 2014). Групите за подкрепа са от съществено значение за застъпничество и укрепване на интерсекс хората ^(GrApSIA and Audi 2014).

2.1.4.) Конверсионна

терапия

За съжаление понякога все още има нужда от разяснения относно „конверсионната терапия“, известна също като „репаративна терапия“ или „терапия за лечение на хомосексуалността“. Концепцията на тези терапии се основава на погрешното допускания, че да бъдеш лесбийка, гей мъж или бисексуален е болест и следователно трябва да се лекува. Няма научни доказателства, че сексуалната ориентация може да бъде променена, и опитите за това са не само безполезни, но и могат да причинят значителна вреда на потърпевшия човек ^(Haldeman, 2002). Изявленията на Европейската асоциация по психотерапия², the Американската психиатрична асоциация³, Кралския колеж на психиатрите⁴, Американската медицинска асоциация⁵ и много други научни органи едновременно декларираат, че валидността, ефикасността и етиката на клиничните опити за промяна на сексуалната ориентация на човек са съмнителни, и в унисон осъждат подобни практики.

Освен това, Резолюцията на Европейския парламент от 11 март 2021 г. относно обявяването на ЕС за зона на свобода за ЛГБТИК лицата насърчава държавите членки да криминализират практиките на конверсионна терапия ^(Резолюция на ЕП 2021/2557).

Доставчиците на здравни услуги носят отговорността да защитават и насърчават здравето и благосъстоянието на своите пациенти и да го правят в съответствие с научно утвърдените и

2 <https://www.europsyche.org/quality-standards/eap-guidelines/eap-statement-on-conversion-therapy/>

3 <https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Policies/Position-Conversion-Therapy.pdf>

4 https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS02_2014.pdf

5 <https://www.ama-assn.org/system/files/2019-12/conversion-therapy-issue-brief.pdf>

основани на доказателства препоръки. Изследванията върху конверсионните или репаративните терапии опровергават тяхната ефикасност и също така показват, че те могат да бъдат вредни за пациентите. Опитите за промяна на сексуалната ориентация могат да причинят или влошат дистрес и лошо психично здраве при някои хора, включително да

довежат до депресия и мисли за самоубийство. Непълнолетните са особено уязвими и интервенциите, обучаващи или затвърждаващи стереотипно полово нормативно поведение, могат да увеличат самостигматизирането и малцинствения стрес и в крайна сметка да увеличат дистреса на децата и юношите (APA, 2009).

2.2) Телесно здраве

2.2.1) Въведение

Разпространението на определени заболявания сред сексуалните малцинства е изследвано в много проучвания, като резултатите варират в зависимост от използваната извадка. В тях се изследва връзката на артритата (Fredriksen-Goldsen et al., 2013; Patterson and Jabson, 2018), астмата (Dille et al., 2010; Heck and Jacobson, 2006; Landers, Mimiaga, and Conron, 2011), сърдечно-съдовите заболявания и хипертонията (Caceres et al., 2018; Everett and Mollborn, 2013; Farmer et al., 2013), раковите заболявания (Boehmer et al., 2014; Zaritsky and Dibble, 2010), и метаболитните нарушения като диабет и високи нива на холестерол (Beach, Elasy, and Gonzales, 2018; Mays et al., 2018) със статута на член на сексуално малцинство и въпреки че някои проучвания установяват положителна връзка, няма ексклузивни доказателства за което и да било физическо заболяване, което да е по-разпространено в цялата ЛГБТИ общност. Най-вероятното обяснение е, че сексуалните малцинства се състоят от много различни подгрупи и популации, всяка със своите специфични предизвикателства, рискове и защитни фактори, водещи до конкретни здравни резултати.

Освен това дори в рамките на по-малка

подгрупа има много социални различия и различия в средата и навиците между отделните членове. Две лесбийки, макар да имат еднакъв повишен риск да бъдат пушачи, ще имат различни рискове от развитие на хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ) в зависимост от разликата им във възрастта, социално-икономическия статут, образователното ниво, мястото на живот, здравноосигурителния статут и много други фактори. Докато в следващата глава са посочени някои физически заболявания, които биха могли да бъдат свързани с различни ЛГБТИ подгрупи, важно е да се посочи, че те не са свързани с това да бъдеш част от сексуално малцинство само по себе си и различните хора имат много различни нива на риск, свързан с едно и също заболяване, дори ако принадлежат към една и съща подгрупа на сексуалното малцинство.

Така клиницистът трябва да е наясно с по-високите рискове от някои заболявания в ЛГБТИ популациите и да предложи или организира подходящи скрининги, но да се въздържа от допускания, че пациентът страда от определени заболявания, тъй като принадлежи към група на сексуално малцинство.

2.2.2) Проблеми с телесното здраве, засягащи целия спектър

Проведени са епидемиологични проучвания, за да се установи дали по-високият процент на определени рискови за здравето поведения (като тютюнопушене или прекомерна употреба на алкохол) и по-голямото излагане на стрес при ЛГБТИ популацията водят до по-широко разпространение на някои свързани с риска и стреса заболявания (като ХОББ, сърдечно-съдови и чернодробни заболявания, рак и др.) сред хората от сексуални малцинства.

От началото на века насам националните изследователски центрове започват да включват въпроси относно сексуалната и половата идентичност в здравните преброявания, като по този начин предоставят статистически представителни резултати в здравните изследвания на ЛГБТИ. В проучванията се наблюдава значителна вариабилност по сексуална ориентация и пол при изследването на разпространението на хронични състояния като рак, хипертония, коронарна болест на сърцето, инсулт, ХОББ, астма, диабет, артрит, хепатит и бъбречни заболявания.

Има констатации, потвърждаващи по-широко разпространение на множество хронични състояния сред лесбийките и бисексуалните жени в сравнение с хетеросексуалните жени, но не и в случая на гей и бисексуални мъже (Gonzales, Przedworski, and Henning-Smith, 2016).

Повишената вероятно за тютюнопушене води до различия в свързаните с тютюна болести при лица от сексуално малцинство. Установено е, че **белодробните заболявания** са по-разпространени при групите от сексуални малцинства: при анализ

на данните от Системата за наблюдение на поведенческите рискови фактори в САЩ (BRFSS) за 2014–2015 г. се установява, че за гей мъжете е значително по-вероятно да имат хронична обструктивна белодробна болест в сравнение с хетеросексуалните мъже. За бисексуалните мъже е по-вероятно да имат астма, докато при лесбийките има по-голяма вероятност да имат астма и хронична обструктивна белодробна болест в сравнение с хетеросексуалните жени (Gonzales and Henning-Smith, 2017).

Нивата на хроничната обструктивна белодробна болест са по-високи сред бисексуалните възрастни, отколкото сред хетеросексуалните възрастни (Ward et al., 2015) и за хора от сексуалните малцинства е по-вероятно да имат астма (Conron, Mimiaga and Landers, 2010; Landers et al., 2011). В сравнение с хетеросексуалните пушачи, за пушачите, които са гей мъже и лесбийки, е по-вероятно да имат стрептококова инфекция в гърлото, а при бисексуалните пушачи е има по-голяма вероятност за синусова инфекция, астма и бронхит и имат по-високи шансове за остра респираторна инфекция дори след корекция за тютюнопушенето (Blosnich, Jarrett and Horn, 2010).

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ)

като водеща причина за смърт в Европа и техните рискови фактори са друга широко проучена тема при изследването на здравните различия при ЛГБТИ хората. Повишеното присъствие на рискови фактори (тютюнопушене, употреба на алкохол, психичен дистрес, комбиниране в някои подгрупи със затлъстяване) предполага по-голям риск от ССЗ при популациите от сексуалните малцинства. Някои проучвания също описват ролята на малцинствения стрес като медиращ фактор чрез хормона на стреса и проинфламаторни цитокини, свързани с имунни, метаболитни и сърдечно-съдови реакции (Juster et al., 2015; Mays et al. 2018).

Въпреки че някои проучвания констатирали повишено разпространение на някои заболявания, няма категорични доказателства, че ССЗ засяга сексуалните малцинства като цяло повече, отколкото хетеросексуалното население. В проучването на Ву при ЛГБ хората има значително по-широко разпространение на ССЗ в сравнение с хетеросексуалните: те показват по-висока вероятност за ангина, миокарден инфаркт, инсулт и други сърдечни заболявания. Що се отнася до рисковите фактори за ССЗ, артериосклерозата, хипертонията, високият холестерол и диабетът са повишени сред ЛГБ хората. Ву обаче изследва ЛГБ популацията като цяло и не сравнява подгрупите в сексуалното малцинство (Wu et al., 2018).

В проучванията, в които се сравняват подгрупите, се открива, че гей мъжете имат сходен риск от ССЗ с ексклузивно хетеросексуалните мъже, докато бисексуалните мъже имат по-висок риск от ССЗ (Caceres et al., 2018). При изследване на наличието на рискови фактори лесбийките и бисексуалните хора съобщават за по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания в сравнение с хетеросексуалните хора (Conron et al., 2010).

При гей мъжете има по-широко разпространение на хипертония, отколкото при хетеросексуалните мъже, въпреки че е по-вероятно да имат ИТМ в рамките на здравословния диапазон. Корекцията за ИТМ и физическа активност допълнително увеличава разликата между гей и хетеросексуалните мъже, като за гей мъжете е почти два пъти по-вероятно да бъдат хипертоници в сравнение с хетеросексуалните респонденти (Everett 2013).

Ендокринните заболявания също са разглеждани. За **диабета** се установява, че е по-разпространен сред сексуалните малцинства, в няколко проучвания, но разпространението му има тенденция да

се различава между подгрупите на сексуалните малцинства. Гей и бисексуалните мъже е по-вероятно да съобщават за диабет през целия живот, отколкото хетеросексуалните мъже, въпреки че има тенденция да са по-млади и да имат по-ниски нива на ИТМ (което означава по-ниски рискови профили за диабет) в сравнение с хетеросексуалните мъже в извадката от проучването на Системата за наблюдение на поведенческите рискови фактори в САЩ (BRFSS) за 2014 г. Подобни разлики не са открити при лесбийките или бисексуалните жени. При тях се съобщават за по-висок ИТМ в сравнение с хетеросексуалните жени, но разпространението на диабета сред лесбийките и бисексуалните жени не се различава от това при хетеросексуалните жени (Beach, Elasy and Gonzales, 2018).

Честотата на заболяемост от **рак** не се записва по сексуална ориентация, полова идентичност/изразяване на пола или полови белези, така че при липса на данни е трудно да се установи дали ЛГБТИ хората са изложени на по-висок риск от рак като цяло. Проучвания, показващи повече рискови фактори при ЛГБТИ популациите (напр. тютюнопушене, употреба на алкохол, затлъстяване или риск от HPV инфекция) показват, че някои видове рак може да са по-разпространени сред сексуалните малцинства. Има и някои резултати от епидемиологични проучвания, които показват, че ракът на гърдата, яйчниците, матката и шийката на матката може да бъде по-често срещан сред лесбийките и бисексуалните жени. Гей и бисексуалните мъже изглежда имат по-висок риск от рак на дебелото черво, но по-нисък риск от рак на простатата (Boehmer, Miao and Ozonoff, 2011).

Екологично проучване, използващо данни за сексуалната ориентация на ниво окръг, установява значителна положителна връзка между по-голямата плътност на мъжете и жените от сексуални малцинства

и честотата на рака на дебелото черво. По отношение на смъртността от рак дебелото черво е идентифицирана положителна връзка с плътността на мъжете от сексуални малцинства, но не и на жени (Boehmer, Ozonoff and Miao, 2011). Бомър също така открива значителна разлика в разпространението на рак, но само сред мъжете. За гей мъжете има двойно по-голяма вероятност за диагноза рак в сравнение с хетеросексуалните мъже (Boehmer, Miao, Linkletter et al., 2014).

Видовете рак, свързани с ХИВ, са по-чести при инфектирани с ХИВ сексуални малцинства. Честотата на рак на ануса при ХИВ-позитивни МСМ е 9 пъти по-висока, отколкото при ХИВ-негативни МСМ, като при последните тя все пак е по-висока от тази, наблюдавана в населението като цяло (Machalek et al., 2012).

Систематичен анализ, изследващ появата на рак при сексуални малцинства, прави преглед на литературата относно седемте места на рак, които може непропорционално да засегнат ЛГБТИ популациите. Куин и колеги разглеждат проучванията върху рак на ануса, гърдата, шийката на матката, дебелото черво, матката, белия дроб и простатата и въпреки че някои предполагат по-голяма честота на тези видове рак в ЛГБТИ популацията, те откриват, че с изключение на рака на ануса при МСМ, няма достатъчно данни, за да се установи дали ЛГБТИ популацията или нейните подгрупи са изложени на по-голям риск от тези видове рак (Quinn et al., 2015). По-късно извършен систематичен преглед обаче установява по-висока честота на рак на шийката на матката при бисексуалните жени и по-ниска честота на рак на матката при лесбийки в сравнение с хетеросексуалните жени (Robinson et al., 2017).

2.2.3) Проблеми с телесното здраве, засягащи определени групи

2.2.3.а) Лесбийки и бисексуални жени

Докато разглеждат подгрупите поотделно, проучванията разкриват значителни разлики в здравните резултати между субпопулациите на сексуалните малцинства. Лесбийките и бисексуалните жени е по-вероятно да имат наднормено тегло, отколкото хетеросексуалните жени. Те имат тенденция за по-висок индекс на телесна маса (ИТМ) или по-висок процент на ИТМ над 30 и тази разлика, започваща в юношеството, е постоянна през целия живот (Eliason et al., 2015).

Лесбийките и бисексуалните жени също са е по-вероятно да имат артрит, астма и хронична обструктивна белодробна болест в сравнение с хетеросексуалните жени (Gonzales and Henning-Smith, 2017; Patterson and Jabson, 2018). Разпространението на хроничната обструктивна белодробна болест е особено високо при бисексуалната популация и при бисексуалните жени (и мъже) се наблюдават различия при астмата, независимо от корекцията за тютюнопушене и затлъстяване, която е значително по-висока в сравнение не само с хетеросексуалните жени, но и с лесбийките (Gonzales and Henning-Smith 2017).

Лесбийките имат повече рискови фактори за рак на гърдата и различни видове рак на репродуктивните органи (яйчниците, матката и шийката на матката). Броят на бременностите и натрупаното време на кърмене са известен защитен

фактор срещу карцином на гърдата, яйчниците и матката (Babic et al., 2020; Chowdhury et al., 2015; Setiawan et al., 2013; Sung et al., 2016). Лесбийките, които средно имат по-малко бременности и кърмят за по-кратко време през живота си, може да са изложени на по-голям риск за тези видове рак, отколкото общата женска популация. Друг рисков фактор е лесбофобията и бифобията, с които те се сблъскват при получаване на здравни услуги, което намалява склонността им да посещават тези заведения, като се намалява ефективността на програмите за превенция за тях.

Освен това, при лесбийките има тенденция да имат по-висок индекс на телесна маса (ИТМ), което е допълнителен рисков фактор. Всичко това в комбинация със занижената тенденция за посещение на скринингови програми ги излага на повишен риск от рак (Brandenburg et al., 2007; Zaritsky and Dibble, 2010). Систематичен преглед установява, че в сравнение с хетеросексуалните жени, бисексуалните жени имат по-висока честота на рак на шийката на матката, а лесбийките имат по-ниски нива на рак на матката (Robinson et al., 2017).

2.2.3.b) Гей и бисексуални мъже

Докато гей мъжете имат телесно тегло в нормални граници по-често от хетеросексуалните мъже (Mays et al., 2018), бисексуалните мъже изглежда имат по-голям риск от наднормено тегло и затлъстяване и предполагаемо във връзка с това – по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания, отколкото гей и хетеросексуалните мъже (Dyar et al., 2019). Честотата на белодробни заболявания (астма и хронична обструктивна белодробна болест) също е по-висока сред бисексуалните мъже (Gonzales and Henning-Smith, 2017; Ward et al., 2015). Този повишен риск в някои проучвания се обяснява с по-високи-

те нива на употреба на тютюн, въпреки че има проучвания, при които разликите остават, въпреки че се прави корекция за тютюнопушене (Patterson and Jabson, 2018).

Бисексуалните мъже също имат по-високи рискови фактори за ССЗ – по-високи нива на психичен дистрес, затлъстяване, повишено кръвно налягане и гликиран хемоглобин, прекомерна употреба на алкохол и тютюн – в сравнение с хетеросексуалните или гей мъжете според общирни проучвания в САЩ (Caceres et al., 2018; Gonzales et al., 2016) и поради това се нуждаят от специално внимание от страна на здравните специалисти..

2.2.3.c) Транс хора

Транс хората след гонадектомия или при хормонозаместителна терапия може да са изложени на по-висок риск от остеопения или остеопороза. Може да се появи и образуване на кръвни съсиреци – рядък, но тежък страничен ефект (особено при тези, които също така пушат). Проблемите със сексуалното желание се появяват като странични ефекти от както от хормоналната терапия, така и от гениталните операции. Последното може също да доведе до болка, белези и загуба на чувствителност (Chew et al., 2018; Zeeman and Aranda, 2020). Съществува също така възможността транс хората да са изложени на по-голям риск от някои видове рак (**за повече подробности вж. глава 3.3.2.d**).

2.2.3.d) Интерсекс хора

Интерсекс хората също имат някои специфични здравословни проблеми и здравни нужди. По отношение на общото здравословно състояние и съпътстващите заболявания, Фолхамар и колеги анализират здравословното състояние на интерсекс хората в голяма извадка и установяват, че въпреки че 91.4% от тях имат добро

здравето според докладването от самите тях, дислипидемия, ССЗ, отклонения в ИТМ (както по-нисък, така и по-висок от средните), злокачествени заболявания, остеопороза, фрактури и опити за самоубийство сред тях са по-чести (Falhammar, Claahsen-van der Grinten, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels, Köhler and dsd-LIFE group, 2018). Рискът от тези заболявания варира в зависимост от възрастта и начина на живот, както и в рамките на изследваните подгрупи (Falhammar, Claahsen-van der Grinten, Reisch, Slowikowska-Hilczer, Nordenström, Roehle, Bouvattier, Kreukels, Köhler and dsd-LIFE group, 2018).

Трябва също така да подчертаем ефектите от ранната гонадектомия и последващите хормонални терапии (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021). Някои проучвания твърдят, че интерсекс хората имат по-висок риск от гонадални пренеоплазии и неоплазии или тумори на зародишни клетки, поради което в много случаи се прави гонадектомия на интерсекс деца с цел предотвратяване на по-късни неоплазии (което се смята за осакатяване сред интерсекс хората и много от здравните специалисти) (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo and Frazier, 2018; AI; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolffenbuttel, 2007). От друга страна други проучвания обръщат внимание на многообразната категоризация на интерсекс вариациите, продължителното изразяване на феталните маркери за зародишни клетки (вероятното припокриване на забавено узряване и ранни неопластични лезии) и възможните пристрастни отклонения на извадката (като ефект на „превантивната“ гонадектомия и поради онези здрави и „недиагностицирани“ интерсекс хора, които остават под радара), следователно се поставя под въпрос надеждността и валидността на проучванията, предполагащи по-широко разпространение на тумори, и се предлагат „изчакване с

повишено внимание“ вместо консервативна гонадектомия (Cools, Drop, Wolffenbuttel, Oosterhuis and Looijenga, 2006; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolffenbuttel, 2007; Slowikowska-Hilczer, Szarras-Czapnik, Wolski, Oszukowska, Hilczer, Jakubowski, Walczak-Jedrzejska, Marchlewska, Filipiak, Kaluzewski, Baka-Ostrowska, Niedzielski and Kula, 2015). Трябва също да имаме предвид, че има няколко психични и физически последици от гонадектомията и операциите за нормализиране на гениталиите. Гонадектомиите и нормализиращите операции могат също така да доведат до образуване на белези, необходимост от повтарящи се операции, недоволство от нежеланата операция и нейния изход, чувство на осакатяване, което може да повлияе на психичното здраве и да причини проблеми като тревожност, депресия и ниско самочувствие (GrApSIA and Audi, 2014). В резултат на гонадектомия много интерсекс хора губят възпроизводителната си функция, поради което са лишени от възможността да имат биологично дете (GrApSIA and Audi, 2014).

За да се предотвратят злокачествени заболявания, но да се запази евентуалното производство на хормони от половите жлези (следователно да се елиминират страничните ефекти на хормонозаместителната терапия и/или проблемите с възпроизводителната функция), някои проучвания предлагат отлагане на гонадектомията възможно най-късно, като е желателно да се изчака въпросният човек да стане пълнолетен и да е способен да даде информирано съгласие, като същевременно се осигурява постоянен скрининг (туморни маркери и образни изследвания) и необходимото точно проследяване (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, Meriggiola and Bertelloni, 2021; Knight and Tamar Mattis, 2017; Amnesty International 2017; Creighton 2001; Bauer and Truffer, 2019).

2.3) Здравно поведение и социална среда

Здравните различия, които преживяват ЛГБТИ хората, често се асоциират с определени поведения, свързани със здравето. Поредица от проучвания установяват по-високи нива на тютюнопушене, употреба на алкохол, употреба на наркотици за развлечение, по-високи честоти на затлъстяване и хранителни разстройства сред сексуалните малцинства. В задълбочено изследване за ЛГБТИ хората е по-малко вероятно да възприемат изследваното поведение, свързано със здравето, за което е установено, че е свързано с намалена обща смъртност: никога да не пушат, да извършват редовна физическа активност, да употребяват никакви или умерени количества алкохол, да имат нормално телесно тегло и да си набавят достатъчно сън (Cunningham, Xu and Town, 2018). Важността на тези констатации произтича от възможността по-високите нива на тези рискови за здравето поведения в ЛГБТИ популацията да водят до по-широко разпространение на някои свързани с рисковете заболявания.

Други поведенчески фактори и фактори на средата като по-слабо участие в здравни скринингови програми и по-високи нива на бездомност и насилие от страна на интимни партньори също могат да повлияят на здравето на сексуалните малцинства и да ги изложат на повишен риск от неблагоприятни физически и психически резултати.

2.3.1) Тютюнопушене

Тютюнопушенето е един от рисковите фактори, които са по-разпространени сред ЛГБТИ хората, отколкото сред населението като цяло. Няколко

проучвания показват, че за хората от сексуални малцинства е по-вероятно да пушат цигари, отколкото за хетеросексуалните хора (Cunningham et al., 2018; Jamal et al., 2018; Marti-Pastor et al., 2018; Gonzales and Henning-Smith, 2017).

Изследването на ЛГБТИ популацията като едно цяло в проучванията прави оценката на риска от употреба на тютюн по-малко точна. Проучвания, изследващи отделно различните подгрупи, установяват, че свързаните с тютюна здравни неравенства при ЛГБТИ хората могат да бъдат по-големи от посочените по-рано, особено сред бисексуалните жени и лесбийките.

Установено е, че бисексуалните жени са изложени на изключително висок риск от употреба на тютюн, дори в сравнение с лесбийките и гей или бисексуалните мъже (а не само с хетеросексуалното население). Изглежда, че бисексуалните жени са изложени на най-висок риск сред подгрупите възрастни ЛГБ хора за употреба на тютюневи изделия (Emory et al., 2016).

Значението на това различие идва от факта, че по-високите нива на тютюнопушене са свързани с повишен риск от заболявания, свързани с тютюна, по-конкретно белодробни и сърдечно-съдови заболявания (Blosnich et al., 2010; Gonzales and Henning-Smith, 2017).

2.3.2) Пристрастявания: злоупотреба с алкохол и наркотични вещества

Ранните проучвания надценяват честотата на зависимостите от алкохол и наркотици в ЛГБТИ общността поради

методологични проблеми (като набиране на изследователска популация от барове и нощни клубове и тълкуване на констатациите така, сякаш представляват цялата ЛГБТИ общност). Независимо от това, злоупотребата с алкохол и наркотични вещества несъмнено може да представлява проблем за значителна част от популацията на сексуалните малцинства.

Последните проучвания показват, че в сравнение с хетеросексуалните хора, при възрастните лесбийки, гей мъже и бисексуални хора има по-голяма честота на употребата на алкохол ^(Cunningham et al., 2018). Според национално представително проучване в САЩ за ЛГБ възрастните е по-вероятно да съобщават за прекомерна употреба на алкохол: при бисексуалните жени има най-висока честота, но за лесбийките все пак е два пъти по-вероятно да употребяват прекомерни количества алкохол в сравнение с хетеросексуалните жени, а за бисексуалните мъже – два пъти по-вероятно, отколкото при хетеросексуалните мъже ^(Gonzales et al., 2016). Жените от сексуални малцинства са изложени на особено висок риск от злоупотреба с алкохол и наркотици. В американско национално проучване 13,3% от лесбийките и 15,6% от бисексуалните жени отговарят на критериите за алкохолна зависимост в сравнение с 2,5% от хетеросексуалните жени ^(McCabe et al., 2009).

Причините, водещи до по-широко разпространената употреба на вещества в ЛГБТИ популацията, са разнородни. Някои употребяват алкохол или наркотични вещества като стратегия за справяне или като самолечение в трудни житейски ситуации. Други използват алкохол и наркотици за облекчаване на тревожността в социални и сексуални ситуации. В западните общества баровете и нощните клубове, положително настроени към ЛГБТИ, са били важни места за срещи с приятели или търсене на романтични

или сексуални партньори. В резултат на това употребата на наркотици за развлечение и прекомерното пиене са по-приети в ЛГБТИ общността, отколкото в по-широката общественост.

Тази уникална ситуация с употребата на вещества може да постави ЛГБТИ хората в повишен риск от излагане на потенциално пристрастяващи наркотици, а също така може да затрудни възстановяването от зависимости. Допълнителен фактор, водещ до по-висока честота на злоупотребата с вещества, е че за ЛГБТИ хората е по-малко вероятно да потърсят помощ, отчасти поради бариери при достъп до услуги и отчасти поради недоверие към специалистите по психично здраве.

По-големият риск от употребата на алкохол и наркотични вещества сред сексуалните малцинства може да се дължи на хроничния малцинствен стрес, преживяван от ЛГБТИ хората. Различията при употребата на алкохол и на наркотици са свързани с излагането на виктимизация като физическо и сексуално насилие, бездомност и насилие от страна на интимни партньори ^(Drabble et al., 2013; McLaughlin et al., 2012).

Проблемите, свързани със злоупотребата с алкохол и наркотични вещества, са същите като за населението като цяло: физическите, психическите и социалните последици от пристрастяването. В допълнение, намалените задръжки и повишената издръжливост (в случай на стимуланти) могат да доведат до поемане на по-голям риск, следователно по-висока честота на опасни сексуални практики – независимо от сексуалната ориентация – което води до по-висок риск от сексуално предавани инфекции.

Употребата на стимуланти и психоактивни наркотици при секс, известна също като кемсекс, е практика, в която

обикновено участват определени групи гей и бисексуални мъже (въпреки че може да се срещне при всички сексуални ориентации) (Lawn, Aldridge, Xia, Winstock, 2019). Важно е обаче да се отбележи, че практиките на кемсекс характеризират само малка част от популацията на МСМ, но тази хората от тази група са изложени на риск тази практика да повлияе негативно на тяхното здраве и благосъстояние (Maxwell et al., 2019). Притесненията, свързани с кемсекс, са поради връзката му с високорисково сексуално поведение (множество сексуални партньори, секс без презерватив), което води до изключително висок риск от сексуално предавани инфекции.

Съзнателно незащитеният анален сексуален акт („беърбек секс“) е новопоявил се феномен, който понякога формира част от идентичността сред малцинство от мъжете, които правят секс с мъже. Различни индивидуални, социални и културни фактори допринасят за това поведение, например промененото възприемане на ХИВ (вместо „смъртна присъда“ – хронично, но управляемо заболяване), привличане на риск и прегрешение срещу „антисептичните“ възгледи за безопасен секс, интернет като улесняваща среда или социалните норми на секс без предпазни средства (Berg, 2009). Има констатации, които показват, че практиката се увеличава (Wolitski, 2005) и че се полагат усилия за намиране на нови подходи за справяне с „беърбек“ поведението чрез целенасочени програми за превенция (Carballo-Díez et al., 2009).

2.3.3) Физическа активност и качество на съня

В случая на физическата активност, различията при различните сексуални

ориентации са по-малко последователни. Някои проучвания установяват по-високи нива на ограничена физическа активност сред сексуалните малцинства, но други откриват подобни нива на упражнения между сексуалните малцинства и хетеросексуалните мъже. Няколко проучвания установяват по-ниски нива сред юношите и младежите от сексуални малцинства (Calzo et al., 2014; Luk et al., 2018; Rosario et al., 2016). Броят на проучванията, изследващи здравните различия по полова идентичност, е още по-ограничен, но има някои резултати, които показват, че липсата на физическа активност представлява важен здравен проблем за много членове на трансгендър общността (Reisner et al., 2013). Следователно може да се твърди, че дори ако хората от сексуални и полови малцинства имат същото количество физическа активност като хетеросексуалното население, то все пак е по-ниско от препоръчаното (поне 150 минути аеробна физическа активност с умерена интензивност или 75 минути интензивна физическа активност или еквивалентна комбинация всяка седмица).

Жените от сексуални малцинства и гей мъжете може да имат по-лошо качество на съня (проблеми със заспиването или поддържането на непробуден сън или приемане на лекарства за сън) в сравнение с хетеросексуалните хора (Galinsky et al., 2018).

2.3.4) Нарушения на храненето и диетата

За сексуалните малцинства е по-вероятно да имат проблеми с храненето и диетата.

Лесбийките и бисексуалните жени са по-изложени на риск от затлъстяване, отколкото хетеросексуалните жени. Те имат тенденция за по-висок индекс на телесна маса (ИТМ) или по-висок

процент на ИТМ над 30 и тази разлика, започваща в юношеството, е постоянна през целия живот (Eliason et al., 2015).

Бисексуалните мъже също имат по-голям риск от наднормено тегло и затлъстяване (Caceres et al., 2018; Dyar et al., 2019) и са изложени на по-голям риск от хранителни разстройства, точно както гей мъжете (Calzo et al., 2017). Нездравословните практики за контрол на теглото (като прочистване или повръщане след преяждане) могат да доведат до отслабване, но също толкова често водят до затлъстяване и най-често до променливо тегло.

2.3.5) Участие в скрининги

По-ниското участие в здравни скринингови програми също допринася за здравните различия, преживявани от ЛГБТИ хората. Хората от сексуални малцинства са по-малко склонни да се подлагат на превантивни изследвания за рак като мамография или цитонамазка (Cochran et al., 2001). Това може да се дължи на бариери пред достъпа до здравни грижи (като липса на здравно осигуряване) или да е причинено от предишни негативни преживявания на предразсъдъци и дискриминация, които могат да доведат до избягване на рутинен скрининг.

За лесбийките и бисексуалните жени е по-малко вероятно да участват в скрининг за рак на шийката на матката, отколкото хетеросексуалните жени (Tracy, Schluterman and Greenberg, 2013). Самите те могат да подценят риска от рак на шийката на матката или понякога са информирани погрешно от медицински специалист, че не се нуждаят от цитонамазка (Curmi, Peters, and Salamonson, 2014). Често се смята, че лесбийките са изложени на по-нисък риск от рак на шийката на матката, отколкото хетеросексуалните жени. Възможно е обаче те да

са изложени на риск от HPV инфекция – ако правят секс с проникване с мъже или са го правили в миналото. Други може никога да не са правили секс с мъж, но все пак могат да се заразят с HPV и СПИ от партньорката си в резултат на сексуалната си практика (например орален секс или споделяне на секс играчки без използване на презерватив) (Bauer and Welles, 2001). Следователно редовният скрининг е важен за жените от сексуални малцинства и цитонамазката трябва да се предлага на лесбийки и бисексуални жени, както на всяка жена.

Жените от сексуални малцинства имат по-висока честота на рискови фактори за рак на гърдата и рак на репродуктивните органи, например затлъстяване, тютюнопушене, употреба на алкохол и нулипарност (никога да не са раждали) в сравнение с хетеросексуалните жени (Cochran et al., 2001). Освен това лесбийките и бисексуалните жени имат по-ниска честота на мамографски скрининг в сравнение с хетеросексуалните жени (Austin et al., 2013; Kerker, Mostashari, and Thorpe, 2006). Това различие, установено при мамографския скрининг, се добавя към други поведенчески рискови фактори и излага жените от сексуални малцинства на повишен риск от рак на гърдата.

Придържането към скрининг за рак на дебелото черво изглежда е по-добро при ЛГБТИ популацията, отколкото други скринингови програми. Някои проучвания (McElroy, Wintenberg and Williams, 2015) не откриват разлика в участието в скрининг за рак на дебелото черво по сексуална ориентация. Други проучвания (Charkhchi, Schabath and Carlos, 2019) установяват, че лесбийките или гей мъжете имат по-високи нива на скрининг в сравнение с хората с хетеро- и бисексуална ориентация, въпреки че трансгендър хората имат значително по-ниски нива на скрининг.

Транс мъжете е по-малко вероятно да си правят цитонамазка, отколкото

цисджендър жените, въпреки голямото разпространение на HPV инфекция сред тях и факта, че по-голямата част от тях имат шийка на матката през значителна част от живота си (Peitzmeier et al., 2014).

Благодарение на подобрената обществена осведоменост и достъпност, тестовете за ХИВ се увеличават сред рисковата популация. По-голям брой ЛГБТИ хора участват в скрининг за ХИВ, отколкото хетеросексуалното население. Това обаче все още не достига до честотата, препоръчана от насоките за обществено здраве. В САЩ насоките на CDC препоръчват тестване за ХИВ ежегодно, а 29% от гей мъжете на възраст 15-44 години никога не са били тествани (Febo-Vazquez, Copen, and Daugherty 2018). В Европа, освен отделни проучвания, показващи подобно ниска посещаемост сред МСМ (Hoyos et al., 2020; Mikolajczak, Hospers, and Kok 2006), наблюдението на CDC съобщава, че макар реалната честота на тестове за ХИВ по сексуална ориентация да не може да бъде изследвана, данните предполагат ниска честота на тестове за ХИВ при най-заstraшените (ECDC/WHO Europe, 2014).

2.3.6) Насилие от страна на интимен партньор

Насилието от страна на интимен партньор, наричано още домашно насилие или насилие от страна на партньор, е физическо, вербално, емоционално и сексуално насилие от настоящ или бивш партньор в интимна връзка.

Психическото насилие е най-често срещаното и може да има много форми като заплахи, унижение, сплашване, социална изолация или финансов контрол (**вж. по-вече подробности в глава 5.3.3**) Домашно насилие, насилие от страна на интимен партньор). Насилие от страна на инти-

мен партньор може да възникне както в хетеросексуалните, така и в еднородовите връзки, въпреки че рискът може да е по-висок при еднородовите двойки, а при бисексуалните хора има особено висока честота на насилие от страна на партньор (Walters, Chen, and Breiding 2013). ЛГБТИ хората преживяват домашно насилие поне толкова често, колкото хетеросексуалните хора.

Във връзка с насилие партньорът, упражняващ насилие, последователно се стреми да контролира партньора си чрез различни методи както в хетеросексуалните, така и в еднородовите връзки. Домашното насилие при ЛГБТИ хората обаче има уникални характеристики. За много оцелели заплахата от принудително разкриване от страна на партньора на сексуалната им ориентация или полова идентичност пред други хора представлява форма на психическо насилие. Притесненията за разкриване също могат да поставят бариера при търсене на помощ – оцелелият се страхува да съобщи за насилието, тъй като това води и до разкриване на връзката.

Като цяло хората от сексуални малцинства изживяват насилие по-често от хетеросексуалните и цисджендър хората през живота си. Това насилие има различни форми – от физическо насилие от страна на родители, тормоз в училище, отхвърляне от семейството до тормоз, дискриминация и престъпления от омраза – и обикновено се случва в контекста на хомо-, би-, транс-, интерсексфобия и енбифобия. Тези преживявания създават пречка пред търсенето на помощ, тъй като ЛГБТИ хората може да са се научили да очакват дискриминация или просто неадекватна реакция, когато се обръщат за помощ.

Насилието от страна на интимен партньор е свързано с неблагоприятни последици за здравето (Devries et al., 2013). За щастие нараняванията или смъртта в резултат

на пряко физическо насилие са по-редки, но хроничните последици от психичния стрес могат да доведат до сериозни отрицателни последици за здравето. Насилието от страна на интимен партньор е свързано с редица физически, психически и поведенчески здравословни проблеми в извадка от гей и бисексуални мъже (Houston and McKirnan, 2007). Има малко данни за здравните резултати на жените в еднополови връзки с насилие, но няма причина да се предполага, че последиците са по-малко сериозни от тези, преживяни от жени, претърпели насилие от страна на интимен партньор мъж.

2.3.7) Бездомност

ЛГБТИ младежите са в повишен риск да останат без дом. Около 40% от бездомните младежи в САЩ са ЛГБТ (Durso and Gates, 2012), докато широкообхватно проучване, проведено от британска благотворителна организация за бездомността при ЛГБТК+ младежите, установява, че този брой е 24% във Великобритания (Albert Kennedy Trust, 2015). Най-често конфликти с родители или настойници водят до бездомност и това често се случва на хомо- или трансфобни основания. Някои ЛГБТИ младежи са принудени да напуснат домовете си, когато родителите им разберат за тяхната сексуална ориентация или полова идентичност. В други случаи напускането на дома е доброволно решение, ако се възприема

като по-добра алтернатива на антигей тормоз или принудата за участие в „конверсионни“ или „репаративни“ терапии.

По улиците младежите от сексуални малцинства се оказват в уязвимо положение, изправени пред допълнителни опасности, които засягат бездомните ЛГБТИ хора. Те са особено изложени на депресия, ПТСР и психосоматични заболявания и са изправени пред по-висок риск от злоупотреба с наркотични вещества и алкохол (McLaughlin et al., 2012; Whitbeck et al., 2004). Размяната на секс за храна, подслон, наркотици, алкохол или пари („секс за оцеляване“) и в някои случаи проституцията често са крайна мярка за бездомните младежи, а ЛГБ юношите са особено уязвими към този вид сексуална виктимизация (Cochran et al., 2002). Това от своя страна ги излага на повишен риск от СПИ и сексуална експлоатация (Gangamma et al., 2008). Към всичко това се добавя и проблемът с достъпа до здравни услуги, тъй като липсата не само на здравно осигуряване, но понякога и липсата на подходящи документи за самоличност и законовите ограничения, свързани с непълнолетните лица, затрудняват достъпа до медицинска помощ за бездомните ЛГБТИ младежи. Те също така може да бъдат възпрепятствани при достъп до приюти или други услуги за бездомни. Предразсъдъците от персонала, потребителите на услуги или други бездомни хора може да усложнят трудностите, пред които са изправени бездомните ЛГБТИ хора.

Глава 3. — Здравни нужди

ЛГБТИ хората и техните здравни нужди често са невидими в здравните заведения. Това пренебрегване често произтича от липсата на знания относно специфичните здравни нужди на членовете на тази общност. В следващата глава събрахме най-важните въпроси, които имат пряко отражение върху доставчиците на здравни услуги.

3.1) Нужди, свързани с психичното здраве

3.1.1) Устойчивост, самоприемане и положителна идентичност

Въпреки заплахите за психологическото благосъстояние, породени от хомофобия и малцинствен стрес, много ЛГБТИ хора имат удовлетворяващ и пълноценен живот. Тази устойчивост – способността за справяне с малцинствения стрес – може да бъде подобрена чрез достъп до социална подкрепа и развитие на личната устойчивост. Източници на социална подкрепа за хора от сексуални и полови малцинства могат да бъдат подкрепящи приятели, приемащо семейство, принадлежност към ЛГБТИ организации и общностни групи и положителни взаимоотношения в училище и на работа. Личната устойчивост – която поддържа положително психично здраве и предпазва от последиците от малцинствения стрес – може да бъде засилена чрез формиране на добро самочувствие и разработване на стратегии за справяне.

Подкрепящата среда има положителни ефекти върху самочувствието и идентичността. Тъй като семейството играе жизненоважна роля в живота на детето и има централно и трайно влияние върху него, лесно е да се открие, че приемането от страна на семейство е от решаващо значение за здравето и благосъстоянието на младите ЛГБТИ хора. Лесбийките и гей момчетата в юношеска възраст със силно подкрепящо семейство имат по-високо самочувствие, по-голямо чувство за сигурност по отношение на взаимоотношенията с членовете на семейството и по-положително отношение към своята сексуална ориентация (Beaty, 1999). Младите ЛГБ възрастни с по-ниски нива на отхвърляне от страна на семейството е над 8 пъти по-малко вероятно да съобщават, че са правили опити за самоубийство, и е по-малко вероятно да имат проблеми с психичното здраве или да злоупотребяват с вещества, отколкото тези, които са преживяли по-голямо отхвърляне от страна на семейството (Ryan et al., 2009). Освен семейството, другите ЛГБТИ хора също имат роля в развитието на положителна

сексуална идентичност. Социалната подкрепа от други хора от сексуални и полови малцинства, чието поведение компенсират негативните социални въздействия, е защитен фактор за изграждането на положително самовъзприятие при младите ЛГБТИ хора. Моделите за подражание са също толкова важни за формирането на чувство за собствената същност. Проучванията разкриват, че моделите за подражание в медиите служат като източник на вдъхновение и комфорт за младите хора от сексуални и полови малцинства, а моделите за подражание в медиите, които са лесбийски, гей мъже и бисексуални хора, влияят положително върху ЛГБ идентичността (Gomillion and Giuliano, 2011).

За хората от сексуални и полови малцинства важна част от развитието на здрава личност е процесът на разкриване. Това е важна стъпка към изграждане на положително самовъзприятие и приемане на себе си като човек от сексуално или полови малцинство. Постигането на това положително вътрешно чувство за сигурност относно собствената идентичност на човека е основа не само за здравословно самочувствие, но и за автентични междупersonални взаимоотношения в следващ етап от живота. Важно е да се повтори, че макар от гледна точка на доставчика на здравни услуги това да е единично събитие, за ЛГБТИ човека разкриването е динамичен процес, продължаващ през целия живот. Всеки път, когато се сблъска с нова среда или срещнат нов човек, ЛГБТИ хората трябва да обмислят и да направят съзнателен избор дали искат да споделят своята идентичност.

Като цяло откритостта за сексуалната ориентация и половата идентичност се свързва с по-добро психично здраве. По-голямата откритост по отношение на собствената сексуална ориентация може да подобри психичното здраве на човека

чрез увеличаване на достъпа до социална подкрепа и намаляване на стреса от прикриване. Много проучвания установяват връзка между откритостта и по-доброто психично здраве, като по-ниска вероятност за депресия, тревожност и употреба на забранени наркотични вещества (Baiooco, D'Alessio, and Laghi, 2010; Beals, Peplau, and Gable, 2009). Разкриването на сексуалната ориентация е свързано с по-ниски нива на суицидни мисли (Michaels, Parent, and Torrey 2016) и рисково поведение (Rothman et al., 2012). Откритостта може дори да повлияе на физиологичните процеси. ЛГБ хората, които са разкрили своята сексуална ориентация пред родителите си, също така имат по-ниски концентрации на хормона на стреса – кортизол, и по-ниски нива на алостатично натоварване, отколкото ЛГБ хората, които не са открити пред семействата и приятелите си (Juster et al., 2015).

Откритостта относно сексуалната ориентация на човек обаче може да влияе различно на различните подгрупи на сексуалните и половите малцинства. За бисексуалните хора разкриването на сексуалната им ориентация може също да има отрицателни последици. Според скорошно проучване при бисексуални хора откритостта е свързана с увеличаване на определени рискови фактори (употреба на марихуана, употреба на забранени наркотични вещества и депресия), докато за лесбийките и гей мъжете откритостта е свързана с намаляване на употребата на забранени наркотични вещества (Feinstein et al., 2019). Възможно е, въпреки че разкриването има потенциала да намали стреса, свързан с прикриване, и да улесни връзките със социалната подкрепа, то също да може да изложи бисексуалните хора на риск от по-голяма дискриминация.

Доставчиците на здравни услуги са в позиция, в която могат да помогнат на пациентите си да обмислят плюсовете и минусите на разкриването в

различни ситуации, стратегиите за разкриване и начините за справяне с негативните реакции. Общото правило е, че въпросът за разкриването трябва да се разглежда на индивидуално ниво. Възможно е да има хора, които биха спечелили по-малко от разкриване, други може да не искат или да не могат да разкрият идентичността си на други хора по различни причини (ако са част от

религиозен орден или работят на определени позиции или в определени среди).

Доставчикът трябва да приема това и да подпомага ЛГБТИ клиентите, като подкрепя решението им по този въпрос. Помагането на клиентите да се чувстват в безопасност и подкрепени ще насърчи процеса им на самоприемане и разкриване.

3.2) Нужди, свързани с телесното здраве

Изглежда, че някои поведения, засягащи общото здравословно състояние, са по-разпространени сред хората от сексуални и полови малцинства. ЛГБТИ хората имат по-висока честота на тютюнопушене, употреба на алкохол и зависимост от наркотични вещества в сравнение с хетеросексуалните и цисджендър хората (Blosnich et al., 2010; Gonzales et al., 2016; King et al., 2008a). За някои подгрупи на сексуалните и половите малцинства също така е по-вероятно да имат рисково сексуално поведение (Feinstein et al., 2019; Herbst et al., 2008). Това ги прави по-изложени на риск от определени здравословни проблеми и създава по-голяма нужда от скрининг, превантивни мерки и мерки за намаляване на вредите за тази популация.

от сексуални и полови малцинства. Ваксинацията е ефективен инструмент за намаляване на заболяемостта и смъртността от болести, предотвратими чрез ваксинация, а уязвимите групи от населението имат особена полза от имунизацията. Имунизацията срещу човешки папиломен вирус (HPV) и хепатит А и В е препоръчителна за лица от сексуални и полови малцинства, както и участието в наличните програми за скрининг за рак.

3.2.2) Скрининг в заведения за първична медицинска помощ

По време на медицинското посещение може да се използва възможността да се извършат прости прегледи като измерване на кръвното налягане, изчисляване на ИТМ и разговор с клиента дали пуши и употребява алкохол (като допълнително се извършват кратки интервенции за спиране на тютюнопушенето и употребата на алкохол; **(за повече подробности вж. Глава 4.2.1.b)** Скрининг и интервенции в заведения за първична медицинска помощ). Това също така може да е възможно да се посъветват ЛГБТИ хората да участват в скрининги като програми за

3.2.1) Превенция: скрининг и ваксинация

Тъй като е известно, че някои здравословни проблеми и рисково поведение са по-разпространени сред ЛГБТИ популацията, е целесъобразно да се отдели специално внимание на превенцията на тези състояния. Скринингът за болести, които непропорционално засягат ЛГБТИ хората, е важен, тъй като може да допринесе за спасяването на животи или подобряването на качеството на живот на хората

скрининг за рак или тестване за СПИ.

3.2.2.а) Скрининг за рак на гърдата и шийката на матката за лесбийки и бисексуални жени

Жените от сексуални малцинства могат да бъдат изложени на повишен риск от рак на гърдата и рак на репродуктивните органи (яйчниците, матката и шийката на матката). Те имат по-висока честота на рискови фактори за рак, например затлъстяване, тютюнопушене, употреба на алкохол и нулипарност (никога да не са раждали) в сравнение с хетеросексуалните жени (Cochran et al., 2001). Следователно е важно те да си правят скрининг на гърдите съгласно националните препоръки. В Унгария всяка жена на възраст между 45-65 години трябва да си прави мамография на всеки две години.

Инфекцията с човешки папиломен вирус (HPV), предаван главно чрез сексуален контакт, е причина за цервикална дисплазия и неоплазия, което води до рак на шийката на матката. Обичайно е да се подценява рискът от HPV при лесбийки и бисексуални жени, но въпреки това те могат да бъдат изложени на риск от рак на шийката на матката. Редовният скрининг е също толкова важен за жените от сексуални малцинства, колкото и за хетеросексуалните жени, а цитонамазка (цервикална цитология) трябва да се предлага на лесбийки и бисексуални жени на възраст 25-65 на всеки три години.

3.2.2.б) Скрининг за рак на дебелото черво

Няма ясни доказателства дали ЛГБТИ популацията или нейните подгрупи са изложени на по-голям риск от рак на дебелото черво, но съществуват определени

рискови фактори (затлъстяване, тютюнопушене, употреба на алкохол), както и по-малки проучвания, които установяват положителна връзка между статута на член на сексуално малцинство и рака на дебелото черво (Boehmer, Ozonoff et al., 2011). Може да се твърди, че участието в скринингови програми за рак на дебелото черво за сексуални и полови малцинства е поне толкова важно, колкото и за широката общественост, и съответно трябва да бъде препоръчвано от здравните специалисти.

Съществуват няколко скринингови теста за ранно откриване на рак на дебелото черво, включително сигмоидоскопия, колоноскопия, двойно контрастна бариева клизма, виртуална колоноскопия, фекален тест за окултно кървене, фекален имунохимичен тест и ДНК тест на изпражненията. В Унгария се препоръчва двуетапен скрининг за рак на дебелото черво за всеки човек на възраст между 50 и 70 години. Състои се от фекален тест за окултно кървене и колоноскопия в случай на положителен тест (кръв, открита в изпражненията).

3.2.2.с) Скрининг за рак на простатата при гей и бисексуални мъже

Ракът на простатата е най-често диагностицираният рак при мъжете. Има ограничени данни за епидемиологията на рака на простатата сред гей и бисексуалните мъже, но всички мъже са изложени на риск от него и в популацията на сексуалните малцинства рисковите фактори за рак на простатата като тютюнопушене са по-разпространени. В Унгария няма организиран скрининг на населението за рак на простатата. И двата използвани скринингови метода – палпация на простатата чрез ректално туширане и скрининг на базата на простатно-специфичен антиген (PSA), имат ползи и рискове. Решението за скрининг за асимптоматичен па-

циент трябва да бъде обсъдено индивидуално и той трябва да има възможност да обсъди потенциалните ползи и вреди от скрининга с доставчика на здравни услуги.

3.2.2.d) Скрининг за рак при трансджендър мъже и жени

За доставчиците, които се грижат за трансджендър пациенти, е важно да разберат как процесът на преход (хормонално и/или хирургично лечение) влияе върху риска от рак и възможностите за скрининг. Естрогенът и неговите метаболити могат да имат канцерогенен ефект върху тъканта на гърдите. Транс жените, които преминават през медицински преход с естрогенна терапия, имат външни хормонални фактори, допринасящи за повишения им риск от рак на гърдата, в сравнение с цисджендър мъжете. Рискът при тях е по-нисък в сравнение с цисджендър жените (главно поради сравнително по-ниската кумулативна експозиция на естроген през целия живот), но това е риск, за който доставчикът трябва да знае, особено тъй като гърдните импланти може да затруднят диагностикацирането на туморна прогресия.

Транс мъжете, които не са претърпели двустранна мастектомия (реконструкция на гърдите) или които са претърпели само намаляване на гърдите, трябва да следват същите указания като цисджендър жените, що се отнася до скрининга за рак на гърдата. За тези, които са претърпели двустранна мастектомия и ограничено количество остатъчна гърдна тъкан прави мамографията технически трудна, може да се използват ултразвук и ЯМР, ако се идентифицира осезаема лезия.

По-голямата част от транс мъжете имат шишка на матката през значителна част от живота си и тъй като бре-

мето на HPV е непропорционално високо в трансджендър общността, те може да бъдат изложени на повишен риск от свързани с HPV дисплазия и рак. Поради това се препоръчва транс мъжете да си правят редовен скрининг в съответствие с насоките за това. Към самия скрининг трябва да се подхожда деликатно и да се извършва по уважителен начин, който по възможност минимизира преживяната травма (Puechl, Russell and Gray, 2019).

Транс жените, на които е направена вагинопластика, трябва да преминават рутинен преглед за наличие на кондиломи в резултат на HPV. В допълнение трябва да се обмисли скрининг за рак на ануса при ХИВ-позитивните транс хора (ако сексуалната активност го оправдава), тъй като инфекцията с ХИВ е свързана с по-висок риск от рак на ануса (Grulich et al., 2007).

Що се отнася до по-редките видове рак, за доставчиците на здравни услуги е важно да помнят, че транс хората могат да бъдат изложени на риск от развитие на типове рак според тяхната анатомия по рождение. Въпросът за препоръчания скрининг трябва да бъде разглеждан внимателно и деликатно, тъй като може да причини значителен стрес на някои трансджендър пациенти.

Транс жените, които не са преминали през отстраняване на простатата по време на хирургичния преход, може да бъдат изложени на риск от рак на простатата и медикът трябва да обсъди с пациента възможностите за скрининг. За трансджендър мъже с неотстранени матка и яйчници, ако те нямат симптоми, няма нужда от рутинен скрининг за рак на матката и яйчниците. За симптоматични пациенти ултразвуково изследване на таза или компютърната томография са подходящи инструменти

за първоначален скрининг (Puechl et al., 2019).

В Унгария няма официални препоръки за скрининг за рак при транс хората, но е важно доставчиците, които се грижат за трансгендър хора, да са наясно с рисковете от рак и да препоръчват съответния скрининг.

3.2.2.е) Скрининг за СПИ

Скринингът за сексуално предавани инфекции (СПИ) също е важна възможност за подобряване на здравето на хората от сексуални и полови малцинства. Насоките, които дават препоръки относно скрининга за СПИ и ХИВ при сексуално активни асимптоматични хора от сексуални и полови малцинства, са представени подробно в глава „Сексуално здраве“.

3.2.3) Ваксинация

Като цяло ЛГБТИ младежите трябва да получават подходяща за възрастта си ваксинация съгласно националните насоки. Тъй като МСМ и транс жените са изложени на повишен риск от заразяване с хепатит А и В, на незаразените лица, които нямат данни за ваксиниране, трябва да се предложи курс от 3 серии от ваксинации срещу хепатит А+В. Повечето от европейските схеми за имунизация на деца включват ваксинация срещу хепатит В от 90-те години на 20 век, така че по-голямата част от младите възрастни са имунизирани. Независимо от това, дори за тези хора, които са били ваксинирани срещу хепатит В в кърмаческия период или в детството, си струва да се обмисли предлагането на комбинираната вак-

сина срещу хепатит А+В с предимство пред единичната ваксина срещу хепатит А като бустер срещу хепатит В.

Инфекцията с човешки папиломен вирус (HPV) е фактор за развитието на рак на шийката на матката, ануса, пениса, вулвата, вагината и орофаринкса, както и генитални брадавици и рецидивираща респираторна папиломатоза (Arbyn et al., 2012). Сексуално активните хора – както хетеросексуалните, така и хората от сексуални и полови малцинства – са изложени на риск от заразяване с HPV и трябва да бъдат ваксинирани.

Ваксината срещу HPV се препоръчва за рутинна имунизация на възраст от 11 или 12 години, но тя може да започне на 9-годишна възраст и се препоръчва до 26-годишна възраст за тези, които преди това не са били адекватно ваксинирани (Meites, Kempe, and Markowitz, 2016).

В Унгария имунизацията срещу HPV се предлага само на момичета на 12 години, въпреки че подрастващите момчета също трябва да бъдат ваксинирани за профилактика на генитални и анални брадавици, свързани с HPV, както и за рак на ануса. Ваксината срещу HPV е въведена в повечето европейски страни през първото десетилетие на 21 век, поради което за повечето от хората, родени преди 1990 г., е малко вероятно да са имунизирани. Рутинно се препоръчва ваксиниране на възраст до 26 години, но медиците могат да обмислят предлагането на ваксинация срещу HPV за хора на възраст от 27 до 45 години (Meites et al., 2016)

3.3) Сексуално здраве

Сексуалното здраве не се състои само от консултиране и грижи, свързани с репро-

дуктивните функции и сексуално предаваните болести. Според определението

на СЗО сексуалното здраве е състояние на физическо, психическо и социално благополучие по отношение на сексуалността. То изисква позитивен и уважителен подход към сексуалността и сексуалните отношения, както и възможността за приятни и безопасни сексуални преживявания, свободни от принуда, дискриминация и насилие. Целите на подкрепата на сексуалното здраве на ЛГБТИ хората са същите като за населението като цяло. Ролята на здравния специалист е да помага на пациентите си да постигнат състояние на сексуално здраве, като им предоставя знания и възможности да предотвратяват болести и вреди и да имат положителни изживявания.

Важно е доставчиците на здравни услуги да се научат да обсъждат темите за сексуалното здраве, да задават неосъдителни въпроси относно сексуалното поведение, идентичност и активност и да са готови да отговорят на свързаните с това притеснения на своите пациенти. Получаването на сексуална история от пациентите помага за установяване на рисково поведение и намиране на възможности за превенция и диагностика.

Когато се обсъждат въпросите за сексуалното здраве, акцентът е по-скоро върху действителното поведение на човека, отколкото върху идентичността му, следователно – като се признава разнообразието от ЛГБТИ идентичности – използването на термините „мъже, които правят секс с мъже“ (МСМ) и „жени, които правят секс с жени“ (ЖСЖ) е по-точно в тази глава.

От широката тема за сексуалното здраве, здравните специалисти обикновено изразяват най-голяма загриженост за небезопасния секс като рисков фактор за заболяемостта и смъртността от СПИ. Някои здравословни проблеми са свързани с рисково сексуално по-

ведение, като СПИ и ХИВ инфекция, и има специфични фактори, които правят някои ЛГБТИ хора по-уязвими.

Подгрупите от сексуалните и половите малцинства се характеризират с различна честота на поведение, свързано с поемане на сексуален риск. Сред мъжете, които правят секс с мъже, е документирана висока честота на рисково сексуално поведение, въпреки че разлики могат да бъдат открити дори в рамките на популацията. Бисексуалните мъже съобщават по-често за проникващ анален секс без презерватив със случайни партньори, за тях е по-вероятно да съобщават за употреба на марихуана преди секс и е по-малко вероятно да съобщават за тестване за ХИВ и ползване на PrEP (пreekспозиционна профилактика) според скорошно проучване (Feinstein et al., 2019). Сред транс хората за транс жените е по-вероятно да имат рисково сексуално поведение (например незащитен приемащ анален сексуален акт, множество случайни партньори, секс работа), докато подобни рискови поведения са ниски сред транс мъжете (Herbst et al., 2008).

Поради това популациите с най-висок риск от ХИВ и СПИ са мъже, които правят секс с мъже (МСМ), и транс жени. Основният начин на предаване на ХИВ инфекцията при тази популация е незащитен анален сексуален акт и по-рядко – интравенозна употреба на наркотици. Съществува често, макар и неоснователно допускане сред доставчиците на здравни услуги, че лесбийките или ЖСЖ не са изложени на риск от предаване на СПИ. Те могат да правят или да са правили секс с мъже или да имат рисково сексуално поведение и множество сексуални партньори (Ybarra et al., 2016). Също така е документирано предаване на патогени на СПИ от жена на жена (Bauer and Welles, 2001). Това подценяване на реалния риск от СПИ за жените от сексуални малцинства може да доведе до липса на

възможности за скрининг и превенция.

Важно е също така да се обърне внимание на риска от бременност и необходимостта от контрацепция сред ЖСЖ, транс мъжете и небинарните хора. Жените, които правят секс с мъже и жени (ЖСМЖ), може да бъдат изложени на повишен риск от непланирана бременност, особено през юношеството ^(Charlton et al., 2013). По същия начин транс мъжете може да се нуждаят от консултиране за контрацепция и зачеване ^(Light et al., 2018).

3.3.1) Превенция на ХИВ инфекция и СПИ

3.3.1.а) Скрининг

Насоките за превенция на полово предавани болести, публикувани от Центровете за контрол и превенция на заболяванията на САЩ (CDC), предоставят препоръки относно скрининга за СПИ и ХИВ за сексуални и полови малцинства. Тъй като рискът е свързан със сексуално поведение, препоръките за скрининг са за сексуално активни асимптоматични хора. Въпреки че САЩ принадлежат към онези страни, където разпространението на ХИВ е високо, общите аспекти на препоръката за скрининг могат да бъдат приложени и в Унгария.

Скрининг за СПИ за МСМ се препоръчва ежегодно. Ако човекът е изложен на повишен риск (преви кемсекс или секс с множество или непознати партньори), тестване се препоръчва на всеки 3-6 месеца. Тестването трябва да включва серологично изследване за ХИВ и сифилис и скрининг за *Neisseria gonorrhoeae* и *Chlamydia trachomatis* в уретрата, а ако е необходимо – в ануса и гърлото ^(Workowski and Bolan, 2015).

Хепатитните вируси също са от значение. Известно е, че вирусът на хепатит А, предаван по фекално-орален път, има огнища сред МСМ (ECDC, 2019). Вирусите на хепатит В и С са патогени, пренасяни по кръвен път, които могат да се предават по сексуален път, и има все повече доказателства, че някои МСМ, особено тези, които са заразени с ХИВ, са изложени на висок риск от инфекция с хепатит С (Hagan et al., 2015). Тъй като е по-вероятно инфекцията с хепатит С да стане хронична в присъствието на ХИВ, скринингът за хепатит С чрез изследване на антитела срещу хепатит С се препоръчва поне веднъж годишно за МСМ, заразени с ХИВ. Скрининг за хепатит В чрез изследване на HBsAg също се препоръчва за сексуално активни МСМ, а имунизация срещу вируса на хепатит А и В трябва да се предлага на незаразени хора без документирана ваксинация.

Повишеният риск за трансджендър хора, особено трансджендър жени (както и небинарни хора), е свързан с рисково поведение, поради което препоръките за скрининг се основават не на идентичността, а на сексуалната активност на пациентите. Сексуално активните трансджендър хора – и особено тези, които правят секс с мъже, с високорисково поведение (небезопасен сексуален акт, споделяне на игли за инжектиране на хормони или други вещества) трябва да бъдат подлагани на скрининг подобно на МСМ.

Противно на общоприетото схващане, ЖСЖ може да се заразяват с бактериални, вирусни и протозойни сексуално предавани инфекции от сексуални партньори, които са както мъже, така и жени ^(Gorgos and Marrazzo, 2011). Важно е да се знае, че някои ЖСЖ правят или са правили секс с мъже и че някои практики правят възможно предаването на патогени на СПИ чрез обмен на вагинални течности. ЖСЖ, които са сексуално активни, трябва

да бъдат ваксинирани срещу хепатит А+В и редовно да си правят цитонаматка съгласно националните насоки.

3.3.1.b) Относителен риск на сексуалните практики

Понякога пациентите не са наясно със специфичните рискове за ХИВ и СПИ, свързани с определено сексуално поведение. Те може да не знаят, че могат да се заразят със СПИ от заразен партньор по време на определени действия като незащитен орален секс, използване на пръсти или споделяне на секс играчки. Има подробни диаграми, свързани с риска от заразяване със СПИ от заразен партньор по време на определено действие. За MSM най-рисковото действие е приемащият анален сексуален акт.

Действията, включващи обмен на телесни течности, позволяват предаването на ХИВ и вируси на хепатит, пренасяни по кръвен път, както и други патогени на СПИ, докато контактът с фекалиите излага хората на риск от хепатит А и чревни инфекции. Контактът с кожата е достатъчен за предаване на сифилис, HPV и HSV.

3.3.1.c) Превантивни мерки

Презервативите или други латексови бариери (кофердам) са основните и най-ефективни инструменти за предотвратяване на обмяната на телесни течности. Повечето пациенти са наясно с това, но все пак доставчикът трябва да подчертае значението на последователната и правилна употреба на мъжки и женски презервативи и кофердами. Секс играчките не трябва да се споделят между партньорите или трябва да се почистват с дезинфектант (или поне със сапун и вода) и да се използват с презервативи.

Когато се установят рискови сексуални практики, медикът трябва да насърчи пациента да ги промени или да спре да ги практикува, но по внимателен начин. Има различия в поемането на риск от хората и някои са готови да поемат по-голям риск от други. В някои случаи намаляването на вредата е най-добрият подход за медика и консултирането трябва да се фокусира върху оптимизиране на риска, който човекът поема или на който е готов да изложи партньора си. Хората трябва да бъдат съветвани да мислят и планират предварително и да обмислят риска, който са готови да поемат, преди контакта. Тъй като употребата на алкохол и наркотици влияе на рационалното вземане на решения, намаляването на употребата на вещества може да допринесе за свеждането до минимум на рисковото сексуално поведение.

3.3.1.d) Биопрофилактика

Профилактиката преди и след експозиция са интервенции, които използват антиретровирусна терапия (АРТ) за намаляване на риска от заразяване с ХИВ.

Постекспозиционната профилактика (PEP) е краткосрочно антиретровирусно лечение за намаляване на вероятността от ХИВ инфекция след потенциална експозиция. Четириседмичен режим на PEP и трябва да се предлага и започва възможно най-рано (в идеалния случай в рамките на 72 часа) от всички серонегативни хора с експозиция, която има потенциал за предаване на ХИВ (Young et al., 2007).

Предекспозиционната профилактика (PrEP) е стратегия за превенция за хора, които са изложени на много висок риск от заразяване с ХИВ. Състои се от ежедневен курс на антиретровирусни лекарства, приемани от ХИВ-негативни хора. Когато се приема според предписанието, PrEP има много висока ефективност за

предотвратяване на предаването на ХИВ (Chou et al., 2019). Важно е обаче пациентите да се информират, че PrEP не предпазва от други СПИ, така че те трябва да използват други форми на превенция.

3.3.2) Репродуктивни проблеми

Плановите за възпроизводство на ЛГБТИ пациенти често се пренебрегват, тъй като много доставчици смятат, че това не са въпроси, относими към хората от сексуални и полови малцинства. Важно е да питате хората от сексуални и полови малцинства за техните намерения да станат родители, за да им помогнете при семейното планиране и да насърчите пациентите да обмислят план за репродуктивен живот.

Значителна и нарастваща част от ЛГБТИ хората планират да станат родители. В скорошно проучване в САЩ 78% от участващите лесбийки и 47% от участващите гей мъже имат желание да бъдат родители (Riskind and Tornello, 2017).

Формирането на планирани семейства с ЛГБ родители – семейства на ЛГБ хора, които решават да станат родители след разкриването си – може да има значителни бариери за еднородителите двойки. Въпреки че съществуват различни начини ЛГБТИ хората да станат родители, достъпността им може да е различна в различните страни.

Асистираната репродукция, приемната грижа или осиновяването са вариантите, от които еднородителите двойки могат да изберат, макар че често им се налага да се изправят пред правни, финансови и медицински бариери. Агенциите за осиновяване и клиниките за репродуктивно здраве

могат да откажат да предоставят услуги въз основа на сексуалната ориентация или семейното положение на клиента, а националното законодателство и политики могат да забраняват еднородителите двойки да използват тези услуги.

Жените могат да обмислят оплождане *in vitro* (IVF) или инсеминация с донорска сперма и много лесбийки и бисексуални жени са избрали тази възможност. Те могат да използват сперма от известен (приятел или член на семейството от мъжки пол) или неизвестен донор (от банка за сперма) и жената, която зачене, ще бъде генетично свързана с детето си. „Асистираната от партньора репродукция“ (известна още като споделено майчинство) използва оплодените яйцеклетки на една жена и се прехвърля ембриона в матката на другата, като по този начин и двете майки са физически или биологично свързани с детето. Този процес обаче е най-взискателният, тъй като и двете майки трябва да преминат курс на хормонално лечение преди трансфера.

За гей и бисексуалните мъже възможност е сурогатното майчинство. В този случай сурогатна майка, която е изкуствено инсеминирана или е осъществил трансфер на ембрион в матката ѝ, износва детето. Бащата, чиято сперма е използвана, ще бъде генетично свързан с детето.

Транс хората се сблъскват със специфични предизвикателства, когато искат да станат родители, тъй като терапиите с полови хормони и терапиите за утвърждаване на пола намаляват или премахват фертилитета. Съществуват обаче възможности за транс хора, които искат да станат биологични родители, като донорска инсеминация, сурогатно майчинство или запазване на фертилитета (криоконсервация на яйцеклетки или сперматозоиди).

Други начини за родителство за ЛГБТИ хората са приемна грижа или осиновяване. В този случай няма да има генетична връзка между родителите и детето, но някои може да го предпочетат като възможност да дадат на изоставено дете дом или ако възразяват срещу сурогатно майчинство по етични съображения.

В Унгария жените до 45-годишна възраст имат достъп до асистирана репродукция, а лесбийки могат да имат достъп до асистирана репродукция само ако декларират, че са несемейни. Лесбийките, живеещи в регистрирано партньорство, са изключени. В Унгария сурогатното майчинство е забранено и еднородни двойки не могат да осиновяват заедно.

Преходът към родителство е голямо събитие в живота и дори когато е желано, може да бъде стресиращо за хората от сексуални и полови малцинства, съ-

щото както за хетеросексуалните родители. Бъдещите ЛГБ родители обаче може да получават по-малка подкрепа от своите приятели или роднини (Goldberg, 2006), а жените от сексуални малцинства може да са изложени на по-висок риск от следродилна депресия (Ross et al., 2007).

Запознаването с проблемите при формирането на планирани семейства с ЛГБ родители помага на медиците в усилията им да предоставят качествени здравни грижи. Доставчиците на здравни грижи трябва да са наясно с наличните възможности за ЛГБТИ хората, които искат да станат родители чрез осиновяване или асистирана репродукция. Доставчиците на здравни грижи, които са информирани за възможностите за ЛГБТИ хората, са по-добре подготвени да помогнат на бъдещите и настоящи ЛГБТИ родители да се грижат за себе си и своите семейства.

3.4) Рискове за здравето (помощ при пристрастяване, социална подкрепа)

За да се получи ясна картина на здравните проблеми, свързани с темата, е важно да се разбере социалният контекст и ролята на употребата на алкохол и наркотични вещества в ЛГБТИ общността. Все още има много стереотипи и стигма, свързани с употребата на вещества, и много ЛГБТИ хора са преживявали дискриминационни нагласи в здравните заведения поради употребата на алкохол или наркотични вещества.

В международни изследвания са установени високи нива на употреба на алкохол, тютюнопушене и употреба на наркотици сред лесбийките, гей мъжете и бисексуалните хора. Редица проучвания (Cunningham et al., 2018; Gonzales et al., 2016) са установили, че ЛГБТИ

хората са изложени на значително по-висок риск от прекомерна употреба на алкохол и алкохолна зависимост, отколкото хетеросексуалните циссгендър хора. Те също така са изложени на повишен риск от тютюнопушене и зависимост от наркотични вещества (Blosnich et al., 2010; Hughto et al., 2021).

Различията в тютюнопушенето, употребата на наркотични вещества и злоупотребата с алкохол са силно свързани с излагането на виктимизация като физическо и сексуално насилие, бездомност и насилие от страна на интимни партньори сред сексуалните и половите малцинства (Drabble et al., 2013; McLaughlin et al., 2012).

Други рискови фактори за употребата

на вещества са липсата на подкрепяща среда, психологическият стрес, екстернализиране/интернализиране на проблеми, негативни реакции на разкриването и жилищен статус (Goldbach et al., 2014). Ниските нива на възприемана подкрепа от родителите или от други възрастни в училище са свързани с по-високи нива на употреба на вещества (McDonald, 2018; Seil, Desai and Smith, 2014). Разкриването на сексуалната идентичност на неподкрепящи родители е свързано с повишена употреба на забранени наркотични вещества (Rothman et al., 2012). Бездомността и жилищната нестабилност при ЛГБТ младежите често са свързани с техният статус на членове на сексуални малцинства (принудени да напуснат дома си или избягали поради хомофобия на родителите) и са силен рисков фактор за употребата на вещества при младежите (Goldbach et al., 2014).

Докато социалните взаимодействия може да бъдат източник на стрес, те също така може да предложат сила и подкрепа на ЛГБТИ хората. Подкрепящата среда може да функционира като защитен фактор срещу зависимостта от вещества и срещу други психични проблеми. Възприеманата социална подкрепа е свързана с по-добро състояние на психичното здраве – хората с по-голяма подкрепа е по-малко вероятно да бъдат депресирани и по-рядко правят опит за самоубийство. По-голямата социална подкрепа е свързана и с намалена употреба на вещества (Seil et al., 2014). Други проучвания също потвърждават тази връзка. ЛГБ възрастните, които са разкрили своята сексуална ориентация пред родителите

си и чиито родители са показали подкрепящи реакции към разкриването, показват по-ниски нива на рискови за здравето поведения и състояния (Rothman et al., 2012).

При изследване на ефектите на социалната подкрепа върху психичното здраве сред младежите от сексуални и полови малцинства, по-високите нива на социална подкрепа се свързват с положителна самооценка. Социалната подкрепа е от основно значение за развитието на чувство за собствена същност и е особено важна за пограстващите ЛГБТИ хора, които обикновено са изправени пред по-големи количества стрес и насилие през младежките си години. ЛГБТИ хората обикновено са изложени на по-голям риск да бъдат отчуждени от семействата си и да преживяват тормоз в училище. Пограстващите от сексуални и полови малцинства, които получават социална подкрепа, имат по-положителни резултати в намаляването на психичните разстройства като симптоми на депресия, суицидни мисли, употреба на наркотици, насилие поради сексуална ориентация и тревожност (McDonald, 2018).

Освен подкрепящото семейство и връстници, подкрепата на ЛГБТИ общността също е важен източник на сила за хората от сексуални и полови малцинства от всички възрасти. Присъединяването към ЛГБТИ организации може да бъде значителен източник на подкрепа и справяне за хората от сексуални и полови малцинства и може да намали въздействието на малцинствения стрес (Meyer, 2003).

3.5) Синдемична теория

Изследванията показват наличието на едновременно протичащи епидемии или „синдемия“ от здравословни проблеми сред сексуалните и половите мал-

цинства (Coulter et al., 2015; Parsons, Grov and Golub, 2012).

Синдемичната теория предлага алтернатива на индивидуалния подход,

който се насочва към проблемите отделно, като се фокусира върху промяна на индивидуално поведение и/или лечение на индивидуално заболяване.

Според синдемичната теория при малцинствена популация натрупването на рискови фактори се преплита със сложни социални проблеми, водещи до непропорционална тежест на болестите (Mustanski et al., 2007). Едновременно протичащите психосоциални проблеми си взаимодействат и взаимно се подсилват. По този начин при сексуалните и половите малцинства употребата на вещества е свързана с ХИВ и други СПИ, депресия, самостигматизиране, насилие, малтретиране в детска възраст и се изостря от малцинствения стрес, произхождащ от обществената

хомофобия. Кумулативният ефект увеличава негативните последици за здравето. Този подход подчертава наличието на множество различия в здравето сред гей мъжете и лесбийките и поставя превенцията в по-широка контекстуална рамка.

За доставчиците тази теория предполага, че фокусирането върху един компонент на синдемията, например употребата на вещества, вероятно ще бъде недостатъчно. Човек от сексуално малцинство след специфична интервенция може да стане въздържател, но да продължава да е изправен пред различия в здравето поради други синдемични фактори като депресия, интернализирана хомофобия, насилие в детството и дискриминация..

Глава 4. — Създаване на приобщаващо здравеопазване

Какво трябва да направим?

4.1) Общи проблеми

Трудностите на разкриването в контекста на здравните грижи се коренят в присъствието на хетеросексизъм, хомофобия и циснормативност в системата и на институционално ниво (Brotman et al., 2002). Предишни проучвания показват, че разкриването има централна роля в преживяването на здравето и благосъстоянието на ЛГБТИ хората, поради което е необходимо да се осигури ЛГБТИ-позитивната услуга, за да се подпомогне и улесни процесът на разкриване в здравни ситуации (Brotman et al., 2002; Rosario et al., 2001). **(За подробна информация за разкриването вж. Глава 1.5 и Глава 3.2)**

4.1.1) Институционално ниво – създаване на безопасни места

Въпреки че като преломен момент за равенството на ЛГБТИ хората, през 1973 г. Американската психиатрична асоциация (АРА), най-голямата професионална организация в областта на психиатрията, заявява, че хомосексуалността не е психично заболяване, а хомосексуалността е премахната от DSM, нехетеросексуалните и нецисгендър хора са исторически стигматизирани от идеологиите на патологията и отклонението в ежедневието и в клинични условия. Постигането на равен-

ство в областта на здравето на институционално ниво е силно желано. Институционалните политики, организираната възможност за обучение за малцинственото население, средата на здравните заведения и комуникацията за здравно равенство и многообразие имат ключова роля при създаването на приобщаваща здравна система. Трябва да бъде създадено и поддържано задълбочено Ръководство за добри практики за здравето и благосъстоянието на ЛГБТИ хората за професионални асоциации, институции и здравни специалисти, като това ръководство трябва да предоставя обща информация за здравето на ЛГБТИ хората и специфични познания за различните области или специалности, където то ще се използва.

4.1.1.а) Политики за борба с дискриминацията и приобщаващо здравеопазване

Институциите трябва да подкрепят видимостта с писмени политики за равенство и многообразие, в които е посочено, че институцията не толерира дискриминация въз основа на сексуална ориентация или полова идентичност. Тези политики трябва да предоставят информация за тези, които може да я изпитат, относно стратегията на институцията за справяне с анти-ЛГБТИ тормоза или неуважителното отношение

със съвети за справяне с такива събития, възможности за получаване на подкрепа и точни стъпки за подаване на сигнал за събитието, когато това е необходимо. Както членовете на персонала, така и пациентите трябва да са наясно, че всякакъв вид дискриминация е неприемлива, и да разбират възможността си да докладват, както и процеса на институцията за справяне с такива събития.

Всички институции трябва да следят данните за удовлетвореността и преживяването на пациентите в ситуации на получаване на здравни грижи, за да получат информация за предразсъдъците, слабостите, силните страни и ключовите моменти от прилагането на антидискриминационните политики на институционално ниво. Получаването на обратна връзка от служители, пациенти, посетители и ЛГБТИ общността може да помогне за организирането на усилията за задоволяване на нуждите на пациентите.

Инициативи по политики, насочени към социалната справедливост и равенството в здравеопазването, могат да направят много, за да предизвикат промяна в мисленето, да премахнат бариерите и да създадат по-приемаща среда за ЛГБТИ пациентите. Следователно хората, създаващи политики, имат ключова роля за вниманието към равнопоставеността, безопасността и равния достъп до здравеопазване.

Желателно е разработването и приемането на политика, гарантираща на ЛГБТИ пациентите правото на равни посещения чрез интегриране на по-широко и приобщаващо определение на „семејство“ в политиките в здравеопазването. ЛГБТИ хората често са изолирани от семејството си въз основа на тяхната сексуална ориентация, полова идентичност или неконформни полови характеристики или

поради липса на членове на семејството (поради липса на деца или близки, които биха могли да ги подкрепят). Следователно пациентите трябва да имат правото безопасно да посочат лицето за подкрепа по време на прегледа или престоя си в болница или да отбележат надежден и подкрепящ човек, който да взема решения от тяхно име. Регистър на заместващи лица, вземащи решения, може да бъде създаден като онлайн регистър на данни, съдържащ името и информацията за контакт на заместващите лица, вземащи решения, и като част от общата здравна информация, той трябва да бъде достъпен за доставчиците на здравни услуги в случай на необходимост. В допълнение, правата за посещение не трябва да се ограничават само до членове на семејството или регистрирани партньори, а да включват приятели или контакти по желание на пациента, всеки човек, който играе значителна роля в живота на пациента, дори ако не е правно свързан.

4.1.1.b) Мултикултурна и многообразна среда

Гостоприемна среда

Здравната среда трябва да се трансформира в по-гостоприемна, безопасна и приобщаваща среда за ЛГБТИ пациентите и техните семејства (Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010). Хората от сексуални и полови малцинства задължително проверяват своята среда (напр. болнични чакални, лекарски кабинет, тоалетни и т.н.) за следи, които да им помогнат да идентифицират каква информация могат удобно и безопасно да споделят със своя доставчик на здравни услуги. За да накарат ЛГБТИ клиентите или пациентите да се чувстват сигурни и подкрепени, институциите могат да създадат по-приобщаваща клинична среда чрез следното (Makadon et al., 2015; GLMA,

1. Поставяне на плакати в здравното заведение, които насърчават многообразието и подчертават подкрепата, като показват расово и етнически многообразни еднополови двойки и семейства на дъгата, хора, които не са цисгендър, плакати от групи или организации за подкрепа на ЛГБТИ хора или организации за ХИВ/СПИН.
2. Поставяне на символи или стикери, свързани с ЛГБТ, в чакални и кабинети за прегледи (напр. знамето на дъгата, розов триъгълник, унисекс табели за тоалетни).
3. Наличие на брошури за препоръчителните здравни скрининги по възраст и пол, които съдържат информация по специфични за ЛГБТИ здравни проблеми, както и други брошури или листовки за здравни въпроси, които засягат ЛГБТИ хората, като безопасен секс, хормонална терапия, психично здраве, употреба на вещества и сексуално предавани инфекции.
4. Показване на специфични за ЛГБТИ медии, включително местни или национални списания или бюлетени за ЛГБТИ хора.
5. Отбелязване в заведението на такива събития като Световния ден за борба със СПИН, Месец на ЛГБТИ гордостта и Международния ден за видимостта на трансгендър хората.
6. Маркиране на единичните тоалетни като достъпни за всеки пол. Ако това не е възможно, въвеждане на политика, позволяваща на транс и интерсекс пациенти да използват тоалетната, която най-добре отговаря на техните нужди.

7. Коригиране на формулярите за регистрация на пациенти за записване на демографска информация и здравните досиета (например: официално име, предпочитано име, полова идентичност и местожителство).
8. Насърчаване на видимостта на ЛГБТИ персонала чрез създаване на безопасна и комфортна атмосфера, насърчаваща хората да се разкрият.
9. Запознаване с онлайн и местни ресурси, достъпни за ЛГБТИ хора (уеб страници, организации с нестопанска цел.

Многообразие и междугрупов контакт

Теорията за междугруповите контакти на Алпорт е разработена първоначално за расови и етнически срещи, но може да бъде разширена и към други групи. Тя описва, че определени директни връзки между членове на различни групи намаляват стигматизацията и нивата на предразсъдъци и засилват откритостта (Major, Mendes and Dovidio, 2013; Licciardello, Castiglione and Rampullo, 2011; Hewstone and Voci, 2009; Pettigrew and Tropp, 2006; Jones et al., 2000). Междугруповият контакт повишава знанията за външната група и по-добрите познания обикновено означават по-положителни нагласи (Steffens, 2004; Szél et al., 2020; Banwari et al., 2015; Dunjić-Kostić et al., 2012; Grabovac et al., 2014; Lopes, Gato and Esteves, 2016). Той намалява нивата на физиологичен стрес и докладвана от самите хора тревожност във връзка с членовете на външната група, а освен това помага на хората да възприемат гледната точка на членовете на външната група, следователно увеличава съпричастността и възприемането на перспективата. Открити ЛГБТИ преподаватели и здравни специалисти могат да окажат положително влияние върху отношението на студентите и колегите към ЛГБТИ общността (Kelley et al., 2008; Sequeira, Chakraborti and Panuntim, 2012).

Институциите трябва да подкрепят

кандидатурите на ЛГБТИ или други малцинствени работници, за да създадат по-многообразна среда и възможност за междугрупови контакти.

Обучение

Препоръчва се да се насърчава специфично обучение по ЛГБТИ здравни въпроси за всички членове на персонала (дори административен и хигиенен) и да се включат свързани с ЛГБТИ информация и елементи за насърчаване на равни възможности в задължителните курсове. С цел по-широк достъп до програми за обучение по ЛГБТИ въпроси е по-добре тези обучения да се предлагат безплатно или да бъдат финансирани и подкрепяни от институцията. Важно е да се информира персоналет защо сексуалната ориентация, половата идентичност и половете характеристики на пациента са от значение, за да се даде и получи подходяща грижа. Тези обучения също така трябва да подготвят болничния персонал, за да може да получи информация относно храненето на пациентите за тяхната сексуална ориентация и полова идентичност по подходящ и ненаатрапчив начин, без допускания. Тези обучения трябва да обхващат начина, по който членовете на персонала трябва да приемат, да се справят и да подкрепят разкриването на пациентите и техните семейни отношения. Здравните специалисти трябва да могат да обяснят на пациентите ясно защо трябва да се събира информация за пола, сексуалната идентичност и половете характеристики и да им гарантират, че дадената информация ще се обработва поверително и чувствително.

4.1.1.с) Други съображения

Информационните системи и средствата за управление на данни трябва да могат да регистрират информация за не-цисджендър идентичност и сексу-

ална ориентация и също така трябва да гарантират, че данните, свързани с половата идентичност и сексуалната ориентация, се обработват и съхраняват по разумен, поверителен и сигурен начин.

4.1.2) Лично ниво – използване на език, неявно и явно отношение

ЛГБТИ хората често изпитват дискриминация или предразсъдъци от страна на здравните работници, когато търсят грижи, и предишният им негативен опит със здравните специалисти може да доведе до забавяне или отхвърляне на търсенето на помощ. Лични разговори, формуляри за прием и прегледите са много важни възможности за медицинските специалисти да установят доверени, уважителни и подкрепящи отношения лекар-пациент. На индивидуално ниво здравните специалисти имат възможност да създават безопасна среда за ЛГБТИ пациентите в здравната система чрез активно слушане и уважителна утвърждаваща комуникация.

Взаимодействието между доставчик на здравни грижи и пациент изисква внимателно, неосъждащо отношение, уважение и съпричастност във всички случаи. Подобно на други пациенти, ЛГБТИ хората може да имат различна история (по отношение на възраст, етническа принадлежност или раса, социално-икономически статус, образование и т.н.) и да заемат различни позиции или да имат различни професии. Когато се срещнем с ЛГБТИ хора, които ни се доверяват достатъчно, за да разкрият ориентацията или половата си идентичност, може да е важно да ги попитаме за предишния им опит по време на взаимодействия в здравен контекст и да ги насърчим да ни дават

обратна връзка за настоящата среща.

Препоръчва се да изследваме собствените си ценности и убеждения, за да разпознаем всички скрити или несъзнателни предразсъдъци и стереотипи, които могат да създадат бариери пред нашето учене, личностно развитие и работа, в които участваме. Нашите ценности и убеждения могат открито или несъзнателно да повлияят на нашите нагласи и начина, по който се отнасяме към хора, представляващи различни групи, в межкултурни взаимодействия. Всички имаме предразсъдъци и скрити предубеждения и участието в обучение за многообразие и повишаването на самосъзнанието са полезни инструменти за тяхното разкриване. Колкото повече познания имаме за културното многообразие, толкова по-вероятно е да можем да обслужваме правилно многообразни и мултикултурни общности. Знанията и саморефлексията могат да ни дават възможност да научим правилните умения и практики за ефективно справяне с различията и с межкултурните взаимодействия.

4.1.2.а) Инструмент за саморефлексия

Да имаш стереотипи не е изцяло грешно – според Макрей и колеги ние използваме мислене в категории и стереотипи, за да опростим опита си и да намалим сложността на нашия свят при обработката на заобикалящата ни среда. Стереотипизирането обаче може да бъде изключително вредно, тъй като лесно може да доведе до стигматизация или дискриминация. Можем да измерваме нагласите или стереотипите по директен (явен) или непряк (неявен) начин. Явните нагласи обикновено са по-благоприятни поради стремежа към социалната желателност и невидимостта на несъзнаваните предубеждения. Неявните нагласи се оценяват по

по-непряк начин, като се измерва силата на асоциациите между понятия и стереотипи, като по този начин несъзнаваните нагласи се разкриват по-ефективно. По-голямата част от хетеросексуалните хора (84%) и повече от една трета от гей мъжете и лесбийките (38%) имат скрити предубеждения към сексуалните и половите малцинства (Makadon et al., 2015).

Можем да намалим ефекта от своите предубеждения, ако разсъждаваме върху личните си убеждения и нагласи, свързани с ЛГБТИ хората. Този инструмент може да бъде полезен с цел повишаване на осведомеността за нашите неявни нагласи, както и за измерване на стигмата в рамките на службите:

Оценка на личните предубеждения:

- Смятате ли, че лесбийки, гей мъже, бисексуални, транс или интерсекс хора не трябва да заемат определени длъжности или обществени позиции? Ако да, защо?
- Спирали ли сте някога да направите или кажете нещо, защото може да ви възприемат като гей или лесбийка?
- Спирали ли сте някога да направите или кажете нещо, защото може да ви възприемат като твърде мъжествен или женствен?
- Как мислите, че бихте се почувствали, ако член на семейството се разкрие като лесбийка, гей мъж, бисексуален, трансгендер или интерсекс човек?
- Как мислите, че бихте се почувствали, ако познат пациент внезапно се разкрие като лесбийка, гей мъж, бисексуален, трансгендер или интерсекс човек?

Ценности и нагласи:

Какви са първите Ви реакции на следните твърдения? Доколко сте съгласни или несъгласни и защо?

- Гей мъжете, лесбийки и бисексуалните хора биха могли да променят сексуалната си ориентация, ако наистина искат.
- Комфортно ми е да говоря с пациенти си за сексуално поведение, различно от сексуален акт пенис-вагина.
- Да бъдеш гей мъж, лесбийка, бисексуален, транс или интерсекс човек е избор на начин на живот.
- Чувствам се некомфортно, когато видя двама мъже да се гържат за ръка на обществено място.
- Ще се разстроя, ако някой ме помисли за гей или лесбийка.
- Би ми било некомфортно да имам връзка с бисексуален, транс или интерсекс човек.
- Ако мое дете се разкрие като лесбийка, гей, бисексуално, трансгендър или интерсекс, бих си помислил, че съм направил нещо погрешно като родител.

Правна, политическа и оперативна среда:

Доколко сте съгласни или несъгласни със следните твърдения и защо?

- Моето здравно заведение има политики за защита на ЛГБТИ клиенти или пациенти от дискриминация.
- Ще имам проблеми в работата, ако не спазвам правилата за защита на пациентите, които са ЛГБТИ.

- В моето здравно заведение никога не съм чувал някой да говори лошо за ЛГБТИ хора.
- Здравните специалисти в моята институция не биха имали никакви затруднения да работят с колега, който е ЛГБТИ, независимо от неговите отговорности.
- Откакто работя в моята институция, съм обучаван да защитавам поверителността на ХИВ статуса на пациентите.

Развиваме своите предубеждения и стереотипи, за да защитим себе си и своята групов идентичност, затова не е лесна задача да се откажем от стереотипите. Проучването на потенциалната вреда и последващата несправедливост на нашите предразсъдъци или изследването на обстоятелствата или причините за развитието на нашите убеждения и начина, по който те ни служат, може да ни помогне да се отърсим от своите предразсъдъци и предубеждения.

- Как ми служат моите убеждения?
- Какво мога да загубя, ако променя убежденията си?
- Каква е цената за поддържане на настоящата ми гледна точка?
- Как може да ми е от полза да се променя?

4.1.2.b) Обща анамнеза (въпроси за ефективна и приемаща комуникация пациент-лекар)

Снемането на медицинска история винаги трябва да се извършва по емпатичен и уважителен начин. По време на всеки аспект

от медицинската история трябва да използваме полово неутрални изрази и да се въздържаваме от въпроси, които предполагат допускания за половата идентичност или сексуалната ориентация на пациента. Най-добре е да задаваме отворени въпроси и да слушате как пациентите описват себе си и своите партньори. Освен ако термините, които пациентът е използвал, звучат унижително, се препоръчва да се използват същите изрази. Както описахме подробно в Глава 2., сексуалната ориентация, половата идентичност и половите характеристики имат сложни и повсеместни ефекти върху психичното и физическото здраве на човека, поради което трябва да улесним разкриването на половата идентичност или сексуалната ориентация, за да предложим по-добра грижа за ЛГБТИ хората. Трябва да сме наясно, че разкриването е изключително чувствителен процес и трябва да уважаваме избора на пациентите за него.

Важно е да се събере информация за сексуалната ориентация на пациента, половата му идентичност или характеристиките на тялото без нормативни допускания като част от медицинската документация. Следователно ЛГБТИ пациентите няма да бъдат принудени да обясняват своите обстоятелства отново и отново при всяко посещение при доставчика на здравни грижи. Препоръчваме включването на чувствителни към ЛГБТИ въпроси във формулярите за прием, като използвани местоимения, име или името на партньора. Това може да помогне да се избегнат недоразумения и погрешни допускания и да се подобри комфорта и увереността на ЛГБТИ пациентите.

В допълнение към общата медицинска история, хирургичната история и фамилната анамнеза, с ЛГБТИ пациентите е важно да се изяснят някои рискови поведения и проблеми с психичното или физиче-

ското здраве, например: наднормено тегло и затлъстяване, тютюнопушене, употреба на алкохол или наркотици, излагане на значителен стрес, хранителни разстройства, риск от рак: свързани с HPV тумори и рак на гърдата, насилие, виктимизация: престъпления от омраза, домашно насилие. Трябва да насърчим всички ЛГБТИ пациенти да участват в скринингите, тъй като ЛГБТИ хората са изложени на по-голям брой рискови фактори за диабет и сърдечно-съдови заболявания, лесбийките и бисексуалните жени имат повече рискови фактори за рак на гърдата, рак на шийката на матката и тумори на яйчниците, MSM имат с по-голям брой рискови фактори за рак на простатата, дебелилото черво, ануса и тестисите, а транс хората трябва да се подлагат на редовен скрининг в съответствие с настоящата си анатомия, получената хормонална терапия и пола по рождение.

Важно е да се установи сигурна и доверителна връзка с пациента, преди да се обсъжда сексуалната история ^(CDC, 2019; Makadon et al., 2015). Ако помощник, роднина или партньор е в кабинета за преглед, учтиво помолете този човек да отиде в чакалнята, преди да започнете да обсъждате сексуалното здраве с пациента. Трябва да започнем разговора с успокоително обяснение, например „Ще Ви задам няколко въпроса за Вашето сексуално здраве. Тези въпроси може да са много лични, но сексуалното здраве е много важно за цялостното здраве. Задавам тези въпроси на всички свои пациенти, независимо от възрастта, пола и сексуалната ориентация.“

При обсъждането на сексуалната история е още по-важно да се използва изразите на пациента и да се отразява езикът и терминологията, използвани от него за описание на партньорите и поведението. Хората може да изберат да се идентифицират по сексуална ориентация

ция или полова идентичност или да не го правят. Трябва също така да сме наясно, че начинът, по който човек се самоидентифицира, и какво е сексуалното му поведение, може да бъдат различни и може да се променят с течение на времето.

Ако нашият пациент използва непознати термини или поведения, в определени граници и до степен, оправдана от конкретната ситуация, трябва да го помолим да ги разясни или повтори. Приемете, че пациентът може да се смути, когато обсъжда сексуални въпроси, и бъдете наясно със собствените си чувства. Бъдете готови да обсъждате сексуалното поведение и сексуалната ориентация с пациентите си и да разберете дали описанието на пациента е некомфортно, непознато или смуцаващо за вас. Дори ако ситуацията ви кара да се чувствате неудобно или ви смуцава, трябва да обърнете внимание на своята невербална и вербална комуникация, за да демонстрирате непредубеденост (CDC, 2019; Makadon et al., 2015). Имайте предвид, че не всеки е сексуално активен и че независимо дали човекът прави секс с лице от същия или противоположния пол, той не е непременно гей, лесбийка или бисексуален и не е задължително да се идентифицира с определена сексуална ориентация. Това може да бъде подкрепящо за пациента и служи за предотвратяване на неясноти при общуването. Трябва да се въздържа от излишно любопитство и от използване на пациенти с цел събиране на информация за ЛГБТИ общността.

Когато оценяваме сексуалната история на транс и интерсекс хора, трябва да обърнем внимание на няколко допълнителни въпроса:

- Да не се правят допускания за поведението или тялото на пациента въз основа на външния му вид.

- Изяснете дали пациентът е претърпял операция за утвърждаване на пола, за да се идентифицира какви рискови фактори трябва да имаме предвид и да обсъдим с него.
- Имайте предвид, че обсъждането на гениталиите или сексуалната активност може да бъде усложнено от дисоциация на пациента с тялото му и това може да направи разговора чувствителен или стресиращ за него..

Поверителността е много важна в случай на ЛГБТИ идентичности и не трябва да обсъждате сексуалната ориентация, половата идентичност или характеристиките на тялото на пациента си с хора, за които не е необходимо да ги знаят, за да им осигурят адекватна грижа, като в противен случай пациентите могат лесно да бъдат ретравматизирани от преживяването на загуба на увереност. Политиките за поверителност, отнасящи се до всички пациенти, се отнасят и за тази много чувствителна информация!

Освен това се препоръчва да се създаде и поддържа списък на приятелски настроени към ЛГБТИ специалисти, за да се обслужват по-добре пациентите, като се насочват към позитивни към ЛГБТИ хората колеги, и да се обръща внимание на предлагането на специфични за ЛГБТИ хората здравни скрининги.

4.1.2.с) Телесен преглед

Телесният преглед е една от най-чувствителните части от срещата на доставчика на здравни грижи с пациента, като дори при подходящи условия и с подходящи предпазни мерки, той може да бъде много натрапчив и да постави пациента в особено уязвимо положение. Физикалният преглед може да бъде още по-смуцаващ за онези пациенти, които изпитват срам

или неудовлетвореност от тялото си поради очаквания за него (като несъответствие с идеала за красота, наднормено тегло, физически увреждания, неочаквани анатомични елементи и т.н.) или тревожност, дистрес или дискомфорт, причинени от съществуването или липсата на органи, съответстващи на полова идентичност. Физикалният преглед може да бъде много труден за хора, които имат предишен негативен опит със здравните специалисти.

Прегледът на интимни части, включително гърди, анус и гениталии, е много неудобен за повечето хора и е особено заплашителен за интерсекс и транс хора, но адекватният общ преглед и някои от редовните скрининги за рак го правят неизбежен. Преди всеки физикален преглед се препоръчва да се попита за предишния опит на пациентите и да се нормализира тревожността, която те изразяват. Ако е възможно, попитайте пациентите за техните предпочитания във връзка с езика и термините, които използвате (напр. тазов отвор вместо вагина) и за това, което би могло да им помогне да се чувстват по-комфортно, например друг доставчик (някой от същия пол като пациента)) да извършат прегледа, подкрепящият ги човек да присъства в кабинета или да бъде в чакалнята по време на прегледа. Изяснете ролята на всеки в кабинета, за да гарантирате чувството

за сигурност на пациента. Винаги искайте разрешението на пациента, преди да го докоснете или да извършите какъвто и да е преглед или да използвате инструменти по тялото му, и му разкажете за процеса и целта на текущия преглед. Уверете пациентите, че може да изразят или споделят всеки дискомфорт или негативни усещания по време на прегледа и може да ви помолят да прекъснете или спрете прегледа по всяко време и че ще го направите незабавно. Ако те изразят желанието прегледът да спре, трябва да уважите искането им!

Ако прегледът е успешен, информирайте пациента за това и му благодарете за сътрудничеството. Ако прегледът не е успешен или е прекратен по причини, които не са под контрола на пациента, обяснете го на пациента. Ако прегледът е прекъснат или неуспешен поради желанието на пациента да се спре прегледът или поради тревожността на пациента, валидирайте желанието и чувството им с цел предотвратяване на ретравматизация. Повечето пациенти оценяват неприключването на прегледа по какъвто и да било причина като свой провал.

Важно е също така да се избягват ненужните прегледи и да се подчертае, че любопитството към настоящата анатомия на транс или интерсекс пациент

Непрепоръчителни	Препоръчителни
Женен ли сте? / Омъжена ли сте?	Имате ли партньор? Кои са членовете на Вашето семейство?
Имате ли приятелка (към мъже) / приятел (към жени) ?	Във връзка ли сте? Имате ли приятелка или приятел? Имате ли една или повече връзки?
Правили ли сте някога секс с жена (към мъже) / мъж (към жена) ?	Правите ли секс? С кого правите секс?

без актуално медицинско значение не се смята за оправдан презлед. Трябва да сме наясно с факта, че много ЛГБТИ пациенти съобщават за малтретиране или тормоз във връзка с получаването на грижи в здравната система или в ежедневието си, затова е важно да се отбележи, че извършването на физикален презлед може да провокира ПТСР при травмирани хора. Ако срещнем пациент с предполагаеми или явни симптоми на ПТСР, трябва да го насочим към адекватни грижи за психичното здраве, където може да получи подходяща помощ в положителна и подкрепяща среда, за да разберат своя травматичен опит и да научи умения за справяне с травматичните симптоми.

4.1.2.d) Неправилни допускания

Доминиращите дискурси за сексуалната ориентация, половата идентичност и половите характеристики водят до здравни практики, които не успяват да отговорят на специфичните нужди на

ЛГБТИ хората и поддържат тяхната изолация и уязвимост^(Brotman et al., 2002). Хетеронормативността и циснормативността в здравните заведения се проявяват, когато лекарят допуска, че всички пациентки от женски пол се нуждаят от контрацепция, когато лесбийските двойки са изключени от IVF процедури, когато към транс или интерсекс хора се обръщат с неправилен пол или когато в плакати и програми за насърчаване на здравето липсват ЛГБТИ хора.

Ако е необходимо, можем да изясним своите допускания, преди да се срещнем с нов пациент, за да предоставим грижи, насочени към пациента^(Makadon et al., 2015):

- Правя ли предположения?
- Какви са тези предположения?
- Кое от тези предположения ми пречи да бъда отворен към този пациент?

Непрепоръчителни	Препоръчителни
Мъж ли сте или жена?	Как се казвате? Бих искал/а да проявя уважение. Как предпочитате да Ви наричат? Какви местоимения използвате? Като какъв пол се идентифицирате сега? Какъв пол Ви е приписан при раждането?
Преминавате ли през лечение за смяна на пола?	Имате ли достъп до утвърждаващи пола здравни грижи? Какви са Вашите цели за живота? За грижите към Вас?
	Кого смятате за свое семейство?
	Какво знаете за своята диагноза? За своята прогноза?

Уместни и необходими за предоставянето на грижи:	Неуместни, натрапчиви/любопитни въпроси:
Как болката Ви е повлияла на желанието за секс?	Колко сексуални партньори сте имали през живота си?
Каква дума или думи бихте използвали, за да опишете сексуалната си ориентация?	Кога разбрахте, че сте лесбийка/гей/бисексуален/транс?
	Ако сте правили секс само с мъже, откъде знаете, че сте бисексуална?
Имали ли сте някакви операции освен от тези, които обсъдихме?	Имате ли все още пенис?
Имало ли е някакви усложнения?	Истински ли са гърдите Ви?
Какви други лекарства или хормони приемате?	
Какъв пол Ви е приписан при раждането? Като какъв пол се идентифицирате сега?	Наистина ли сте транс или просто търсите внимание?

- Какви са възможностите ми да оставя настрана своите предположения по време на тази среща?

Трябва да заявим, че не е възможно да се разпознае нечия полова идентичност, полови характеристики или сексуална ориентация въз основа на името, външния вид или гласа. Използването на погрешно местоимение, име, пол или погрешно допускане за сексуалната ориентация може да предизвика смущение и унижение у всеки. Ето защо винаги е най-добре да не правите никакви допускания за нечия сексуална ориентация, полова идентичност или полови характеристики само въз основа на външния му вид ^(GLMA, 2006; Makadon et al., 2015).

Не предполагайте, че всички пациенти са хетеросексуални, цисджендър или гадични (неинтерсекс) хора ^(The Fenway Institute, 2016). Може да намерите тези въпроси за полезни. Когато ги задавате, вие не само ще получите по-адекватна информация,

свързана с пациента, но също така ще покажете своята подкрепа и приемане за сексуалното многообразие сред хората.

4.1.2.е) Местоимения и предпочитани изрази

Медицинските специалисти често използват медукализираш и стигматизиращ език, когато говорят за полова идентичност и сексуална ориентация, поради липса на чувствително и утвърждаващо образование за ЛГБТИ въпросите и липса на опит. Неправилно използвани изрази, стигматизиращи термини, ползване на грешния пол и други форми на неразбиране оказват неблагоприятно въздействие върху взаимодействието пациент - гоставчик.

В някои езици се използват полово неутрални местоимения, докато в други езици има местоимения, специфични за пола. Необходимо е да обърнем внимание на езика, който използваме, и да се оп-

и таме да приложим полово неутрални термини в комуникацията с другите и особено с небинарни или транс хора.

Всички правим грешки. Ако сте изразили допускане, използвали сте погрешното име или погрешния пол на пациент, не се притеснявайте, просто учтиво се извинете, че сте използвали грешното местоимение (или име). Тези неща могат да се научат. - „Уча се как да проявявам уважение и понякога правя грешки.“

4.1.2.f) Избягване на ненужни или дискриминативни въпроси

Много ЛГБТИ хора – и особено транс и интерсекс хора и лесбийки – са третираны с неуместно любопитство и са подложени на неравно третиране поради полово идентичност или сексуална ориентация (Barbara Chaim and Doctor, 2004; Ellis, Bailey and McNeil, 2015; Zeeman and Aranda, 2020). На ЛГБТИ хората често са задавани ненужни от медицинска гледна точка и напращащи въпроси за личния им живот, а в случай на нецисджендър идентичност – дори за техния външен вид, а понякога са подлагани на ненужни и инвазивни физикални прегледи.

Любопитството е съществена част от човешката природа, то е важен елемент, който улеснява ученето, според Ами Шатнер то е „установена основна цел на медицинското образование и признат компонент на професионалната компетентност“ (Schattner, 2015). Можем да си представим любопитството като спектър, можем да обозначим единия край като уместно любопитство, а другия като неуместно любопитство (Sheperd, Hanckel and Guise, 2019). Неуместно любопитство възниква, когато въпросът е ненужно личен или ненужен от медицинска гледна точка. Някои хора (дори здравни специалисти) биха могли да бъдат любопитни какво означава да бъдеш гей, лесбийка, бисексуален, интер-

секс или транс човек и да искат да задават въпроси, за да задоволят собственото си любопитство. Задаването на напращащи и неуместни въпроси или използването на пациентите като източници на информация с цел събиране на специфична за ЛГБТИ информация е непрофесионално и вредно, може да се разглежда като микроагресия и не обслужва интересите на пациента.

Ако не сте сигурни дали да попитате за нещо, запитайте се:

- Необходим ли е въпросът за осигуряване на подходяща грижа?
- Какво знам?
- Какво трябва да знам?
- Как мога да попитам за това по чувствителен начин?

Предложени действия на индивидуално ниво:

- Избягвайте да правите допускания за нечия сексуална ориентация, полово идентичност, изразяване на пола или полови характеристики въз основа на външния вид.
- Бъдете наясно със своите предразсъдъци, предубеждения и стереотипи.
- Осъзнайте, че самоидентификацията и поведението не винаги са в съответствие.
- Винаги използвайте правилното име и местоимения на пациентите, дори когато те не присъстват. Поправете колегите си, ако използват грешни имена и местоимения.
- Не к्लюкарствайте и не се шегувайте с ЛГБТИ хора. Реагирайте, ако някой около вас го прави.
- Защиатавайте поверителността. Обсъждайте сексуалната ориентация, полово идентичност или половите характеристики на пациента само с тези, които трябва да ги знаят.
- Обърнете специално внимание на здраво-

словните проблеми и различия, които се срещат по-често при ЛГБТИ хора.

- Ако се чувствате добре подготвени да служите на ЛГБТИ общността, помислете дали да не бъдете включени в Директорията на положително настроените към ЛГБТИ хората доставчици (налична в много страни).

- Винаги актуализирайте знанията си за ЛГБТИ хората, като посещавате специфично за ЛГБТИ въпросите обучение и четете литературата, точно както при всяка друга ваша професионална квалификация. (The Fenway Institute 2016; Makadon et al. 2015; Institute of Medicine (US) 2013; Bradford et al. 2012; GLMA 2006; Lee 2000)

4.2) Специфични въпроси

Изследванията, проведени през последните няколко години, потвърждават без съмнение, че ЛГБТИ хората изпитват значителни неравенства в здравеопазването. Сексуалните и половите малцинства са изправени пред по-лоши здравни резултати в сравнение с хетеросексуалните и цисджендър хората. Различията в здравето отчасти произтичат от „малцинствен стрес“: хроничен стрес, свързан с принадлежността към маргинализирана малцинствена група. Поради този хроничен малцинствен стрес, някои заболявания са по-разпространени сред хората от сексуални и полови малцинства. Важно е обаче да се подчертае, че те не са свързани само с това, че хората са част от сексуално или полови малцинство, а със специфични рискови фактори, свързани с малцинствения статус. Доставчиците не трябва да приписват свързаните проблеми на сексуалната ориентация, половата идентичност или половите характеристики на пациентите – като по този начин ги правят отговорни за собствените им здравословни проблеми – а да разбират връзката на стигматизацията, социалното изключване, дискриминацията и тормоза с последващото рисково поведение в тази уязвима група.

Други източници на неравенство в здравето са бариерите, които затрудняват достъпа до здравни грижи за ЛГБТИ хората, например липса на осигуряване, липса на културно компетентни услуги

или нежелание за търсене на медицинска помощ поради предишен опит с дискриминация и предразсъдъци от страна на доставчици на здравни услуги (McKay, 2011). Здравните работници играят важна роля за смекчаване на тези различия в здравето, като предоставят културно компетентни грижи за своите пациенти от сексуални или полови малцинства.

4.2.1) Вътрешни болести

Известно е, че **белодробните заболявания** са по-разпространени сред сексуалните и половите малцинствени групи, предимно във връзка с по-високите нива на тютюнопушене в тази популация.

Възрастните хора от сексуални и полови малцинства имат по-висока честота на астма, отколкото хетеросексуалните или цисджендър възрастни (Gao and Mansh, 2016; Heck and Jacobson, 2006), особено лесбийките и бисексуалните жени (Meads et al., 2018) и мъже (Gonzales and Henning-Smith, 2017; Ward et al., 2015). Астмата се причинява от смесица от генетични фактори и фактори на околната среда. Тя е свързана с тютюнопушенето – няколко проучвания показват по-високи нива на пушене или употреба на тютюн сред сексуалните и половите малцинства (Cunningham et al., 2018; Jamal et al., 2018). Свързана е също с разстройства на настроението и тревожност, като те също са по-разпрос-

транени в ЛГБТИ популациите (Wu et al., 2018).

Проучванията също така установяват по-голямо разпространение на **хронична обструктивна белодробна болест** сред сексуалните и половите малцинства, особено сред бисексуалните мъже и жени (Gonzales and Henning-Smith, 2017). Този повишен риск в някои проучвания се обяснява с по-високите нива на употреба на тютюн, въпреки че има проучвания, при които разликите остават, въпреки че се прави корекция за тютюнопушене (Patterson and Jabson, 2018).

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) са водещата причина за смърт, отговорна за повече от половината от всички смъртни случаи в европейските страни. По-високата честота на рискови фактори (тютюнопушене, затлъстяване, употреба на алкохол, стрес) предполага по-голям риск от сърдечно-съдови заболявания при ЛГБТИ популациите и има епидемиологични проучвания, потвърждаващи по-широкото разпространение на стенокардия, миокарден инфаркт, инсулт, хипертония и сърдечно-съдови заболявания сред ЛГБ хората (Everett and Mollborn, 2013; Wu et al., 2018). Проучвания, изчисляващи риска от сърдечно-съдови заболявания чрез изследване на отделни рискови фактори или използване на рамката на Фрамингам, идентифицират по-висок риск от ССЗ при ЛГБ популацията (Caceres et al., 2018; Clark et al., 2015; Conron et al., 2010). Освен подлежащите на промяна се рискови фактори – наличие на затлъстяване и тютюнопушене, липса на умерена физическа активност, захарен диабет, хипертония и висок холестерол – малцинственият стрес може да има роля в тежестта на ССЗ при сексуалните и половите малцинства. Проучвания описват патофизиологичната реакция към малцинствения стрес като остър провъзпалителен стрес, водещ до нарушаване на регулацията на метаболитните, сърдечно-съдовите и имунните биомаркери, като по този начин допринася

за сърдечно-съдовите заболявания (Juster et al., 2015; Mays et al., 2018). За **диабета** се установява, че е по-разпространен сред сексуалните малцинства, в няколко проучвания, но разпространението му има тенденция да се различава между подгрупите на сексуалните малцинства. По-висока честота на захарен диабет е установена при бисексуалните жени, но не и при лесбийките (Meads et al., 2018). За гей и бисексуалните мъже е по-вероятно да имат диагноза диабет, отколкото за хетеросексуалните мъже, дори след корекция за възраст и ИТМ (Beach et al., 2018).

4.2.1.а) Препоръка за доставчиците на здравни грижи

Горните констатации показват важността на скрининга за рисковите фактори, допринасящи за заболявания, които засягат хора от сексуални и полови малцинства. Доставчиците на здравни грижи трябва да са наясно с тези различия и да следят за изброените по-горе здравословни проблеми и рискови фактори при ЛГБТИ популацията. В заведенията за първична медицинска помощ е възможно да се използва възможността и да се извършват прости здравни прегледи като измерване на кръвното налягане, изчисляване на ИТМ и питане за тютюнопушене или употреба на алкохол дори по време на консултация, която се провежда по други причини. Това може да бъде и възможност за насърчаване на здравето – насърчете пациента да се храни здравословно, да извършва редовна физическа активност, да не пуши и да не употребява наркотични вещества, да не употребява никакви или умерени количества алкохол и да си набавя достатъчно сън.

4.2.1.б) Скрининг и интервенция в заведенията за първична медицинска помощ

В общата практика е удобно да се използва

ва записан час за оценка на здравословното състояние и извършване на прости здравни прегледи. У нас се препоръчва на общопрактикуващите лекари да провеждат всеки пациент за сърдечно-съдови рискови фактори: снемане на фамилна анамнеза; начин на живот; физически преглед, включително измерване на теглото, обиколката на коремната област, кръвното налягане и изчисляване на ИТМ. При пациенти с абдоминално затлъстяване и тези с висок сърдечно-съдов риск се препоръчва да се проверяват параметрите за метаболитен синдром (триглицериди, нива на холестерол и кръвна захар).

ЛГБТИ пациентите трябва да бъдат подлагани на скрининг за тютюнопушене, като се използват прости инструменти за скрининг, като тест на Фагерстрьом за никотинова зависимост (FTND, *вж. в приложението*) или в по-кратката му форма, Индекс на тежестта на тютюнопушенето (HSI) ^(Heatherton et al., 1991). Друг инструмент за скрининг, Контролен списък за пристрастеност към никотин (HONC, *вж. в приложението*), е разработен за оценка на силата на тютюневата зависимост, особено при пушачи в юношеска възраст.

За проблеми с пиенето и алкохолна зависимост са налични тестовете CAGE или AUDIT (*вж. в приложението*) и те могат да се използват в заведения за първична медицинска помощ. Тестът CAGE, адаптиран да включва наркотици (CAGE-AID), или по-дългият Тест за скрининг за алкохол, тютюнопушене и наркотични вещества (ASSIST) – разработен от СЗО за използване в първичната медицинска помощ – са подходящи за откриване на опасна, вредна и показваща зависимост употреба на психоактивни вещества ^(Humeniuk and World Health Organization, 2010).

Програми за минимална кратка интервенция за спиране на тютюнопушенето

(5А; **вж. в приложението**) и употребата на алкохол (**Кратка интервенция за опасно и вредно пиене; вж. в приложението**) могат да се изпълняват в заведения за първична медицинска помощ ^(Babor and Higgins-Biddle, 2001). Следващата стъпка трябва да бъде насочване към специализирани програми за отказване от тютюнопушенето (само поведенчески интервенции или в комбинация с фармакотерапия) или в случай на установена алкохолна зависимост или разстройство, свързано с употребата на вещества – насочване за допълбочена оценка и евентуално специализирано лечение.

4.2.1.с) Специфични за ЛГБТИ хората интервенции

Има все по-голям брой програми за интервенция, насочени специално към сексуалните малцинства, които се оказват ефективни. Те обикновено са разработени в англоговорящи страни като САЩ или Австралия, но могат да бъдат преведени на други езици и адаптирани за различни условия. По-долу са дадени примери за такива добри практики като отказ от тютюнопушене, интервенции за употреба на наркотични вещества и алкохол или програми за регулиране на теглото.

Признавайки специфичните нужди на ЛГБТИ пушачите, интервенции за спиране на тютюнопушенето са разработени заедно с и за тази популация, най-вече в САЩ, Канада и Австралия, под формата на групово консултиране за отказване, социални маркетингови кампании или приложения за смартфон. Тези интервенции, използващи специфични компоненти като срещи в ЛГБТИ пространства, ЛГБТИ фасилитатори и обсъждане на специфични за ЛГБТИ причини за тютюнопушене, се оказват по-ефективни за ЛГБТИ пушачите от интервенциите, предназначени за населението като цяло ^(Berger and Mooney-Somers, 2016). Програми за отказване, използващи

техники за промяна на поведението, като “The Last Drag”, общностно групово отказване от тютюнопушенето ^(Eliason et al., 2012) или “Put It Out Project (POP)”, онлайн (базирана във Facebook) интервенция за млади ЛГБТИ пушачи ^(Vogel et al., 2020) се оказват ефективни за целевите групи.

Други интервенции, специфични за ЛГБТИ хората, основани на стратегия за изграждане на умения за социална компетентност и теория на малцинствения стрес, също дават обещаващи резултати. Онлайн интервенция, насочена към употребата на вещества сред младежите от сексуални малцинства, е фокусирана върху техники за идентифициране и управление на стреса, вземане на решения и преподаване на умения за отказ от наркотици ^(Schwinn et al., 2015). Други програми, като например програмата за прекратяване на паралелна употребата на наркотични вещества и алкохол при млади пушачи от сексуални малцинства с по-нисък социално-икономически статус, са насочени и съобразени с конкретните нужди на специфичната популация ^(O’Cleirigh et al., 2018).

Друг интересен пример е програма за интервенция за жени от сексуални малцинства с проблеми с теглото. Тя използва елементи на упражнения, социална подкрепа и образование относно храненето и физическата активност и изглежда ефективна за справяне с различията в здравето, свързани с теглото и физическата форма, сред жените от сексуални малцинства. Дизайнът на програмата насърчава усещането за общност, фокус върху постигането на здраве и добра физическата форма, а не върху това да бъдеш слаба, и признаване на специфичните стресови фактори, изпитвани от лесбийките и бисексуалните жени ^(Fogel et al., 2016).

4.2.2) Онкология

Има предположение, че някои видове рак може да бъдат свързани със статуса на принадлежност към сексуално или полово малцинство. По-високите честоти на специфични рискови фактори, характеризиращи ЛГБТ популациите (напр. тютюнопушене, употреба на алкохол, затлъстяване или HPV инфекция), показват, че някои видове рак може да засегнат непропорционално ЛГБТИ хората. Научната литература идентифицира специфични места за рак – ануса, гърдата, шийката на матката, дебелото черво, матката и простатата – които изискват специално внимание от страна на доставчиците на здравни грижи ^(Quinn et al., 2015). Епидемиологичните находки, възможностите за превенция и клиничните последици за всяко място на рак са събрани по-долу.

4.2.2.а) Рак на ануса

Неоплазмите на аналния канал и перианалната кожа са редки видове рак, които засягат непропорционално мъжете, които правят секс с мъже (МСМ). Човешкият папиломен вирус (HPV), известен канцероген при хората, е причинен рисков фактор за развитието на рак на ануса. HPV е сексуално предавана инфекция, която се предава чрез контакт с телесни течности, аногенитална кожа или лигавици и може да се предава чрез сношение и орален секс. В случай на анален секс, HPV инфекцията може да доведе до анална интраепителна неоплазия (AIN) и да доведе до свързан с HPV рак на ануса. Раковите заболявания на ануса са редки и някои МСМ са изложени на повишен риск от този тип рак ^(Daling et al., 2004). Факторите, свързани с този повишен риск, са големият брой сексуални партньори през живота, едновременно наличие на други сексуално предавани инфекции, тютюнопу-

шенето и имуносупресията. ХИВ-позитивните мъже са изложени на най-голям риск от развитие на рак на ануса.

Прекурсорът на рака високостепенна АИН е много често срещан при МСМ, особено тези с ХИВ, и макар че честотата на прогресия до рак изглежда по-нисък, отколкото при цервикалните предракови лезии при жените, може да се обмисли скрининг за анална интраепителна неоплазия (АИН) (Machalek et al., 2012)..

Превенция:

Постоянното използване на външни презервативи се препоръчва като ефективна превантивна мярка за намаляване на риска от предаване както на ХИВ, така и на HPV.

Ваксината срещу HPV може да се използва за профилактика на свързано с HPV заболяване на ануса, тъй като тя намалява риска както от рак на ануса, така и от анален кондилком. В плацебо-контролирано, двойно слъпо проучване, четиривалентната ваксина срещу HPV намалява честотата на анална интраепителна неоплазия (Palefsky et al. 2011).

4.2.2.b) Рак на гърдата

Освен различните видове рак на кожата, ракът на гърдата е най-често диагностицираният рак при жените. Лесбийките имат повече рискови фактори за рак на гърдата и рак на репродуктивните органи: по-малко бременности, по-кратко кумулативно време на бременност и кърмене, в допълнение към употреба на алкохол, тютюнопушене и затлъстяване (Zaritsky and Dibble, 2010). В поредица от по-малки проучвания се установява по-висока честота на рак на гърдата сред жените от сексуални малцинства, но преглед констатира, че тези малки проучвания са с лошо методологично качество и достига

до заключението, че няма достатъчно данни, за да се установи дали ракът на гърдата е по-разпространен сред жените от сексуални малцинства (Meads and Moore, 2013). Изследователите се опитват да оценят разпространението на рака сред сексуалните малцинства, използвайки други подходи. Екологично проучване, използващо данни за сексуалната ориентация на ниво окръг, установява положителна връзка между по-голямата плътност на лесбийки и по-високата честота на рак на гърдата (Boehmer, Miao, Maxwell et al., 2014).

Въпреки ограничените публикувани данни, по-голямото разпространение на рискови фактори предполага по-висок риск от рак на гърдата при тази популация. Този факт, съчетан с по-слаба тенденция за посещаване на скринингови програми (Zaritsky and Dibble, 2010), показва важноста на насърчаването на скрининга сред жените от сексуални малцинства. Доставчиците на здравни грижи трябва да съветват жените да участват в скрининг за рак на гърдата съгласно националните препоръки. Според препоръките за скрининг, в България всяка жена на възраст между 45-65 години трябва да си прави маммография на всеки две години.

Рак на гърдата в транс популацията

Ракът на гърдата касае и транс хората. Транс пациентите, получаващи естрогенна терапия, са изложени на потенциално канцерогенни ефекти върху гърдната тъкан. Кумулативният риск е по-нисък, отколкото този при цисджендър жените, но това е фактор, с който доставчикът трябва да е наясно. Гърдните импланти могат да представляват допълнителна трудност за скрининг и диагностика. Тези транс хора, които имат останала гърдна тъкан, трябва да следват същите указания като цисджендър жените по отношение на скрининга за рак на гърдата. Ако маммографията не е възможна технически,

може да се използва ултразвук и ЯМР в случай на открити осезаеми лезии. (Puechl et al., 2019).

4.2.2.с) Рак на шийката на матката

Ракът на шийката на матката е четвъртият по честота рак при жените, въпреки че съществуват ефективни първични (ваксинация) и вторични профилактични възможности (скрининг), които биха могли да предотвратят по-голямата част от случаите. Жените от сексуални малцинства може да са изложени на повишен риск. Систематичен преглед установява, че в сравнение с хетеросексуалните жени, бисексуалните жени имат по-висока честота на рак на шийката на матката (Robinson et al., 2017).

Най-важният рисков фактор за рак на шийката на матката е инфекцията с човешки папиломен вирус (HPV). Инфекцията, предавана чрез сексуален контакт, е фактор за развитието на цервикална дисплазия и неоплазия, което води до рак на шийката на матката. HPV инфекцията – въпреки широко разпространеността – не е необичайна сред жените от сексуални малцинства. В скорошно проучване повече от половината жени от сексуални малцинства са били инфектирани с HPV, а около 37% са били инфектирани с високорисков тип HPV (Branstetter, McRee and Reiter, 2017). Други рискови фактори, които могат да допринесат за рак на шийката на матката, като по-висок ИТМ и тютюнопушене, са по-разпространени сред жените от сексуални малцинства.

Ваксинацията срещу HPV е ефективна превантивна мярка, която предпазва от високорисковите щамове на HPV, като впоследствие предотвратява развитието на рак на шийката на матката. Друг ефективен инструмент за предотвратяване на предаването на HPV е използването на презервативи или други латек-

сови бариери, които могат да намалят риска от сексуално предавани инфекции.

Редовният скрининг е важен за жените от сексуални малцинства, а цитонамазка трябва да се предлага на лесбийки и бисексуални жени на възраст 25-65 на всеки три години.

Рак на шийката на матката при транс пациенти

По-голямата част от транс мъжете имат шийка на матката през значителна част от живота си и тъй като бремеността на HPV е непропорционално високо в транс общността, те може да бъдат изложени на повишен риск от свързани с HPV дисплазия и рак. Препоръчва се транс мъжете да си правят редовен скрининг в съответствие с насоките за това. Самият скрининг трябва да се извършва внимателно по начин, който свежда до минимум преживяната травма на процеса, който обикновено е некомфортен (Puechl et al., 2019).

4.2.2.d) Рак на дебелото черво

Както и при рака на гърдата, няма ясни доказателства дали хората от сексуални и полови малцинства са изложени на по-голям риск от рак на дебелото черво, но съществуват определени рискови фактори (затлъстяване, тютюнопушене и употреба на алкохол), както и по-малки проучвания, които установяват положителна връзка между статута на член на сексуално малцинство и рака на дебелото черво (Boehmer, Ozonoff et al., 2011). Доставчиците на здравни грижи трябва да препоръчват на ЛГБТИ пациентите си участие в програмата за скрининг за рак на дебелото черво в съответствие с указанията. В Унгария е достъпен двуетапен скрининг за рак на дебелото черво за всеки човек на възраст между 50 и 70 години. Състои се от фекален тест за окултно кървене и коло-

носкопия в случай на положителен тест.

4.2.2.е) Рак на простатата

Ракът на простатата при гей и бисексуални мъже не е добре проучена тема. Има ограничено количество данни за епидемиологията и резултатите от различни проучвания са противоречиви (Simon Rosser et al., 2016). Въпреки това е известно, че рисковите фактори, например тютюнопушене, са по-разпространени и ракът на простатата е един от най-често диагностицираните видове рак при мъжете, поради което доставчиците на здравни грижи трябва да са наясно възможността за него.

В нас няма организиран скрининг на населението за рак на простатата. Установено е, че скринингът, базиран на простатно-специфичен антиген (PSA), не е достатъчно конкретен (повишени нива на PSA присъстват при други състояния, например доброкачествена простатна хипертрофия и простатит). Дори когато се открие наличие на рак, няма точен начин да се определи дали той някога би причинил симптоми по време на живота на мъжа, докато ненужното лечение може да доведе до странични ефекти като инконтиненция и импотентност.

Решението за скрининг чрез ректално туширане или чрез PSA за асимптоматичен пациент трябва да се обсъжда индивидуално за всеки пациент и той трябва да има възможност да обсъди потенциалните ползи и рискове от скрининга.

Транс хората, които не са подлагат на отстраняване на простатата по време на хирургичния преход, може да бъдат изложени на риск от рак на простатата. В резултат на терапията с лишаване от андроген простатата става атрофична, но остава потенциал за развитие на

рак на простатата, особено сред тези, които започват хормонална терапия след 50-годишна възраст. Доставчикът трябва да обсъди с пациента възможностите за скрининг (изследване на простатно-специфичен антиген (PSA) и палпация с пръст на простатата). Палпацията на простатата може да се извърши чрез ректално туширане или – ако е създадена неовагина – чрез трансвагинална палпация (Unger, 2014). Когато се палпира трансвагинално, простатата се намира отпред на неовагиналната стена и трябва да е малка или неосезаема.

4.2.2.f) Рак на матката

При липсата на публикувана литература, не е известно дали при лесбийките и бисексуалните жени има повишено разпространение на рак на матката в сравнение с хетеросексуалните жени. Рискът може да бъде по-висок сред жените от сексуални малцинства поради значително по-голямото разпространение на нулипарност и по-ниската употреба на орални контрацептиви (Zaritsky and Dibble, 2010). В допълнение, жените от сексуални малцинства имат тенденция да имат по-висок индекс на телесна маса (ИТМ), което е отделен рисков фактор за рак на матката.

Рак на матката при транс пациенти

За трансджендър мъже с неотстранени матка и яйчници, няма нужда от рутинен скрининг, ако нямат симптоми. За симптоматични пациенти ултразвукът на таза или компютърната томография са основните инструменти за диагностика. (Puechl et al., 2019).

4.2.2.g) Видове рак, свързани с ХИВ

Съвременната ефективна антиретровирусна терапия променя драстично свърза-

ната с ХИВ заболяемост и смъртност и значително подобрява качеството на живот на заразените с ХИВ хора. Не всеки инфектиран с ХИВ човек обаче получава АРТ, поради което някои видове рак, за които сега е известно, че са свързани с ХИВ инфекция, все още може да се появят при тази популация. Проучванията установяват повишена честота на неходжкинов лимфом, сарком на Капоши, рак на шийката на матката, рак на белия дроб, хепатоцелуларен карцином, лимфом на Ходжкин и рак на устната кухина и фаринкса сред пациенти с ХИВ инфекция ^(Yarchoan and Uldrick 2018; Silverberg et al. 2015; Engels et al., 2008). Инфектираните с ХИВ пациенти от сексуални и полови малцинства, които не получават ефективна АРТ, защото не са наясно със своята серопозитивност или не се придържат към терапията, може да са изложени на повишен риск от тези видове рак.

4.2.3) Психиатрия

Когато обсъждаме въпросите, свързани с психичното здраве на ЛГБТИ населението, е важно да отбележим, че да принадлежиш към сексуално или полово малцинство само по себе си не означава повишена уязвимост към психични разстройства. По-голямата част от ЛГБТИ хората са психично здрави, устойчиви на стрес и са добре приспособени. Да бъдеш част от сексуално или полово малцинство обаче все пак означава да се сблъскваш с по-високи рискове за психичното здраве, отколкото хетеросексуалните и цисгендър хората. Многократното излагане на стигматизация, социално изключване, дискриминация и тормоз води до стрес, който изпитват само хората от малцинствата, а това непропорционално напрежение води до повишен риск от различни проблеми с психичното здраве при малцинственото население. Здрав-

ните специалисти трябва да са наясно със специфичните рискове за психичното здраве, засягащи ЛГБТИ хората поради техния малцинствен статус. Доброто разбиране на тези проблеми е основата за осигуряване на приобщаващи грижи за психичното здраве на ЛГБТИ хората.

4.2.3.а) Депресия, тревожност и психологически дистрес

Повишеното разпространение и честота на психични заболявания сред сексуалните и половите малцинства е добре проучена тема. Глава 2.1 (Психично здраве) представя подробен преглед на психиатричните състояния при ЛГБТИ популациите, поради което по-долу е представяно само кратко резюме на епидемиологията.

За ЛГБТИ хората е по-вероятно да страдат от афективни разстройства като депресия, биполарно разстройство, дистимия, а също и тревожност и социално тревожно разстройство. ^(Wu et al., 2018; Semlyen et al., 2016; Sandfort et al., 2014). Те също така са изложени на висок риск от злоупотреба с алкохол и зависимост от наркотични вещества ^(Gonzales et al. 2016). Проучвания, изследващи отделно рисковете за ЛГБТИ подгрупите, откриват значителни разлики, показващи специфични рискови фактори и различна уязвимост към проблеми с психичното здраве. Бисексуалните мъже изглежда са изложени на особено висок риск от лошо психично здраве в сравнение дори с гей мъжете ^(Caceres et al., 2018). Транс хората също са изложени на висок риск ^(Dragon et al., 2017), особено транс младежите ^(Grossman and D'Augelli, 2007).

Причините за депресия и тревожно разстройство са многофакторни. Генетичните и психологическите фактори и факторите на средата играят роля в етиологията, продължаването и последиците от разстройствата на

настроението. Вътрешните – ендокринологични и биологични, и външните фактори – тези на околната среда, могат да предизвикат или изострят проблемите с психичното здраве.

Отрицателните преживявания като стигма, предразсъдъци, дискриминация, тормоз, насилие, изолация и изключване, както и постоянното очакване и страх, че това може да се случи отново всеки път, причиняват сериозно въздействие върху психичното благосъстояние на ЛГБТИ хората. Наред с предразполагащите рискови фактори, този хроничен стрес може да доведе до повишена уязвимост към психични проблеми като депресия и тревожност.

Рисковите фактори, които допринасят за развитието на тревожност и разстройства на настроението, присъстват по-често при ЛГБТИ хората. Те са изложени по-често на насилие и виктимизация (Andersen and Blossich, 2013) и е по-вероятно да употребяват алкохол и други вещества (King et al., 2008a). Стресови фактори като виктимизация, трудова дискриминация, тормоз в училище и отхвърляне от страна на семейството засягат по-често сексуалните и половите малцинства (Bränström, 2017).

ЛГБТИ хората изпитват стрес, свързан с общественото стигматизиране на тяхната сексуална или полова идентичност. Израстването в такова общество често води до интернализиране на тази стигма, така че сексуалните малцинства също така виктимизират себе си, като притежават негативно отношение към своята сексуална или полова идентичност (интернализирана хомо/би/транс/интерфобия).

Препоръки за доставчиците на здравни грижи

Важно е да се оцени, че по-големият риск

за ЛГБТИ хората не произтича по същество от това, че са сексуално или полово малцинство, а от отговора и реакцията, които получават от обкръжението си. Досега много проучвания доказват, че приемането от страна на семейството и подкрепящата среда намаляват здравните различия, застрашаващи ЛГБТИ младежите. (Detrie and Lease, 2007; Doty et al., 2010; Needham and Austin, 2010). Доставчиците трябва да са наясно със специфичните проблеми с психичното здраве и благосъстоянието, които засягат непропорционално ЛГБТИ хората поради техния малцинствен статус. Доброто разбиране на тези проблеми е основата за осигуряване на приобщаващи грижи на ЛГБТИ хората.

Скринингът за депресия и психично здраве в заведенията за първична медицинска помощ включва проучване на здравната история (като хоспитализация за проблеми като клинична депресия или предходно предписване на психоактивни лекарства) и фамилна анамнеза за психични заболявания (тъй като депресията и биполарните разстройства имат наследствени компоненти). Текущото състояние може да бъде установено с помощта на прости инструменти за скрининг като Скалата за депресия на Бек или Въпросника за здравето на пациента-2 (PHQ-2), който включва първите два елемента от PHQ-9. Ако се открие депресивно настроение и анхедония, пациентът трябва да бъде допълнително оценен, за да се определи дали отговаря на критериите за депресивно разстройство. Въпросникът за оценка на тревожността на Спилбъргър (STAI) или Скалата за тревожност на Хамилтън може да се използват за измерване на тревожността.

Допълва проблема и това, че мнозина избягват да търсят грижи за психичното здраве поради недоверие към психиатричната професия и практикуващите я или страх от дискриминация или хомофобия.

За да се компенсира този страх, е важно да се осигури приобщаваща клинична среда, в която клиентите от сексуални и полови малцинства да се чувстват в безопасност и добре дошли и където могат да обсъдят психичното си страдание с квалифициран и позитивен здравен персонал.

Хората, изпитващи депресия, тревожност или други проблеми с психичното здраве, се нуждаят от чувствителни към ЛГБТИ въпросите групи за подкрепа и консултации за психично здраве. Групите за взаимопомощ, работещи заедно с болницата, могат да бъдат полезни за интерсекс хората. Наличието на такова лечение обаче все още е ограничено и ЛГБТИ хората често трябва да се сблъскват с доставчици и други пациенти, които не са наясно с техните потребности или са отхвърлящи и показващи антипатия към тях. Този вид терапевтична атмосфера само добавя към стреса, с който трябва да се сблъскват ЛГБТИ хората.

Специфични за ЛГБТИ хората интервенции

За да се отговори на нуждите на психичното здраве на ЛГБТИ хората, са разработени и се разработват специфични програми за интервенция, съобразени със специфичните нужди на сексуалните и половите малцинства. Те използват специфични компоненти като срещи в ЛГБТИ пространства, ангажиране на ЛГБТИ фасилитатори и обсъждане на специфични проблеми. Тези интервенции, разработени предимно в САЩ, за съжаление все още не са достъпни в Унгария. Съществуват различни подходи за интервенция с различни начини на провеждане, като по-долу са дадени някои примери за тези, които са се оказали успешни за подобряване на психичното здраве на хората от сексуални и полови малцинства. Надяваме се, че с появата на повече

данни ще бъдат разработени по-специализирани програми, съобразени със специфичните нужди на различните популации (като трансджендър хора или по-възрастни хора от сексуални малцинства).

ESTEEM (Ефективни умения за овластяване на ефективни мъже), 10-сеансова интервенция за изграждане на умения за подобряване на психичното здраве на гей и бисексуални мъже, е предназначена да намали съпътстващите рискове за здравето на младите гей и бисексуални мъже. Това е индивидуално провеждана КПТ интервенция с ефикасност за намаляване на чувствителните към стрес психични разстройства (напр. депресия, тревожност) чрез подобряване на уменията за регулиране на емоциите; намаляване на моделите на избягване; и подобряване на мотивацията и самоефективността на поведението (Pachankis et al., 2019).

Rainbow SPARX е компютризирана когнитивна поведенческа терапия (ККПТ) под формата на онлайн игра, насочена към намаляване на депресивните симптоми при младежите от сексуални малцинства.

Тя показва обещаващи резултати и може да бъде предложена като ресурс за самопомощ, който може да се използва без стигма насаме или в допълнение към терапия лице в лице (Lucassen et al., 2015)..

4.2.3.b) Самоубийство и самонараняване

Трудно е да се прецени честотата на самоубийствата сред ЛГБТИ хората (тъй като сексуалната ориентация не се записва в смъртните актове), но епидемиологичните проучвания съобщават за повишен процент на суицидно поведение и суицидни мисли сред сексуалните или половите малцинства (King et al., 2008b).

Участниците от сексуални малцинства са изложени на по-голям риск от самоубийство, като рискът е най-висок за гей мъжете и бисексуалните жени. За гей мъжете е около четири пъти по-вероятно да направят опит за самоубийство, а за бисексуалните жени е над шест пъти по-вероятно да направят опит за самоубийство и има почти 21 пъти по-голяма вероятност за несуицидно самонараняване (Swannell, Martin and Page, 2016). Подобни високи нива на суицидни мисли и опити за самоубийство са открити сред трансгендър хората (Effrig, Bieschke and Locke, 2011). Несуицидното самонараняване е също толкова разпространено сред ЛГБТИ хората, а трансгендър и бисексуалните хора са изложени на най-голям риск (Liu et al., 2019).

Съществуват различни рискови фактори, свързани със суицидното поведение сред хората от сексуалните и полови малцинства: наличие на психични заболявания, злоупотреба с вещества и виктимизация. Излагането на физическо и сексуално насилие, бездомност и насилие от интимен партньор допринася за склонността към самоубийство (McLaughlin et al., 2012). Дискриминацията е свързана с по-голямо разпространение на суицидно поведение, медицирано от интернализирана хомо-, би- и трансфобия, която води до срам, враждебност и омраза към себе си (McDermott, Hughes and Rawlings, 2018; Puckett et al., 2017). Отхвърлянето от родителите също е свързано с по-лошо психично здраве и повече опити за самоубийство (Ryan et al., 2009).

Доставчиците на здравни грижи трябва да са наясно с този повишен риск и да следят за суицидни мисли и поведение в ЛГБТИ популацията. Препоръчва се също така да се обучат членовете на персонала да разпознават и реагират на предупредителни знаци за самоубийство и да се научат да разпознават риска и защитните фактори за суицидно поведение при

хора от сексуални и полови малцинства. Налични са редица въпросници за оценка на риска от самоубийство, но е важно суицидните мисли винаги да се приемат на сериозно, особено когато пациентите имат конкретни планове за отнемане на живота си (Ghasemi, Shaghghi and Allahverdipour, 2015).

4.2.3.с) Употреба на наркотични вещества, злоупотреба с алкохол и тютюнопушене

Злоупотребата с алкохол и наркотични вещества представлява проблем за значителна част от популацията на сексуалните малцинства. Съществуват сложни връзки между външни стресови събития, интернализиране на негативните обществени нагласи и разрушителни за здравето стратегии за справяне, които правят хората от сексуалните и половете малцинства по-заплашени от пристрастяване.

В сравнение с хетеросексуалните хора, при ЛГБТИ хората има по-широко разпространение на употребата на алкохол (Cunningham, 2016; Gonzales, 2016). Жените от сексуални малцинства са изложени на особено висок риск от употреба на алкохол и наркотични вещества (McCabe, 2009), особено бисексуалните жени (Schuler, 2019).

Има разнородни фактори, допринасящи за по-широката употреба на наркотични вещества в ЛГБТИ популацията. Употребата на вещества като дезадаптивна стратегия за справяне при трудни житейски обстоятелства или като само-лечение в стресови ситуации е известно явление и може да обясни по-високите нива на пристрастяване сред популация, изложена на по-високи нива на стрес.

В допълнение към това, положително настроените към ЛГБТИ хора барове и нощни клубове са били сцена на социалния

живот за много ЛГБТИ хора, което прави употребата на алкохол и наркотици рутинна част от социалните срещи. Тази до известна степен нормализирана употреба на наркотици за развлечение и прекомерното пиене в общността от една страна поставя ЛГБТИ хората в повишен риск от излагане на потенциално пристрастяващи наркотици, а от друга може да попречи на възстановяването от зависимост.

Допълнителен допринасящ фактор е, че в резултат на недоверието към здравните специалисти и бариерите пред достъпа до здравни услуги, ЛГБТИ хората е по-малко вероятно да търсят професионална помощ. Тези обстоятелства заедно водят до по-голям риск от зависимост сред групите на сексуалните и половите малцинства.

Моделите се променят с възрастта – употребата на алкохол и други вещества е най-висока в ранните години след навършване на пълнолетие и количеството и честотата на употреба намаляват с възрастта.

Известни са физически, психически и социални последици, свързани с дългосрочната злоупотреба с алкохол и наркотични вещества. Употребата на алкохол или наркотици по време на секс е свързана с по-висока честота на небезопасни сексуални практики и води до по-висок риск от сексуално предавани инфекции. Употребата на алкохол и наркотици е свързана с излагането на виктимизация като физическо и сексуално насилие, бездомност и насилие от страна на интимни партньори сред ЛГБТИ хората (McLaughlin, 2012; Drabble, 2013).

Употребата на тютюн и пушенето на цигари също са значителен проблем сред сексуалните и половите малцинства, което представлява и допринася за значителни здравословни проблеми. Тютюнопушенето е значително по-разпространено сред

ЛГБТИ хората, отколкото сред населението като цяло (38,5% срещу 25,3%) (King, Dube and Tynan, 2012), а също така има значителни разлики между различните подгрупи, като бисексуалните жени са с най-висок риск от употреба на тютюн (Emory et al., 2016).

Съществуват разнородни фактори, допринасящи за по-високите нива на тютюнопушене сред ЛГБТИ хората. Тютюнопушенето като дезадаптивен механизъм за справяне в стресови житейски ситуации може да бъде реакция на психологическия стрес, изпитван от членовете на маргинализирана малцинствена група. Честото посещаване на барове и нощни клубове, където пушенето е по-нормативно, може да засили експозицията. Съществуват и доказателства за маркетинга от страна на тютюневата индустрия директно към популации на лесбийки, гей мъже, бисексуални и трансгендър хора (ЛГБТ) (Stevens, Carlson and Hinman, 2004; Dilley et al., 2008)

Проучванията описват връзката между малцинствения стрес и поведението с повишен риск за здравето, включително тютюнопушенето. Установено е, че дискриминацията и виктимизацията са свързани с употребата на тютюн. Недоволството от собствената сексуална идентичност (по-високи нива на интернализирана хомофобия) също се свързва с интензивността на тютюнопушенето (Andersen and Blosnich, 2013). Употребата на други вещества, депресията и ниският социално-икономически статус също корелират с по-високите нива на тютюнопушене сред ЛГБТИ хората (Bruce Baskerville et al., 2018).

Употребата на алкохол, тютюн и други вещества често е част от струпването на фактори сред сексуалните и половите малцинства. Синдемичната теория – синергично взаимодействие на едновременно съществуващи рискови фактори или здравни детерминанти, водещо до прекомерно

бреме на болестта (Singer and Clair, 2003) – често се цитира в литературата, изследваща причините за различията в здравето на ЛГБТИ хората (Coulter et al., 2015; Parsons et al., 2012; Mustanski et al., 2007).

В ЛГБТИ популацията редица рискови фактори се преплитат със сложни социални проблеми, водещи до непропорционално бремене на болестите. Малцинственият стрес и социалната дискриминация водят до интернализирана стигма, ниско самочувствие, депресия, употреба на вещества и рисково сексуално поведение. Това от своя страна е свързано с повишения риск от СПИ и най-вече ХИВ, които могат да донесат допълнителна стигма от обществото и омраза към себе си, което води до по-нататъшно саморазрушително поведение. Кумулативният ефект увеличава степенята на отрицателните последици за здравето.

На ниво популация това означава, че не е достатъчно да се съсредоточим само върху отделните компоненти на синдемията, а трябва да се обърне внимание на всички допринасящи фактори, за да се намалят здравните различия при сексуалните и половите малцинства. За доставчика е важно да обмисли как различните синдемични фактори като депресия, интернализирана хомофобия, насилие в детска възраст и дискриминация се подсилват един друг и превръщат борбата със зависимостта в тежка задача за пациентите от сексуални и полови малцинства.

4.2.3.d) Проблеми с възприятието на тялото и хранителни разстройства

Хранителните разстройства са по-чести сред ЛГБТ възрастните и погроставащите, отколкото при хетеросексуалните и

цисгендър хора от тези възрастови групи (Parker and Harriger, 2020). Това по-широко разпространение на проблема се дължи на повишения стрес при хората от сексуални и полови малцинства. Свързаните с хранителни разстройства поведения при сексуалните малцинства са свързани с предизвиканите от стреса реакции към виктимизация, дискриминация и хомофобия. Установено е, че малцинственият стрес е свързан с преяждане при лесбийките и бисексуалните жени и неудовлетвореност от тялото при гей мъжете (Parker and Harriger, 2020).

Подгрупата, която е особено изложена на риск, е тази на гей и бисексуалните момчета и мъже, при които има по-широко разпространение на свързани с хранителни разстройства поведения (опити за отслабване чрез гладуване, повръщане или приемане на хапчета за отслабване) (Nagata, Ganson and Austin, 2020).

Възможно обяснение за това е, че гей и бисексуалните мъже са по-неудовлетворени от тялото си и следователно са по-уязвими към хранителни разстройства. Гей и бисексуалните мъже може да са по-засегнати от социалните норми, които ръководят културното възприемане на красотата, и да изпитват по-голямо желание да бъдат физически привлекателни и слаби. Някои предполагат, че ценностите и нормите в общността на гей мъжете фокусират повишено внимание върху външния вид и мнозина може да се чувстват принудени да отговарят на тези стандарти за красота (Beren et al., 1996). Други твърдят, че тъй като гей и бисексуалните мъже се стремят да са привлекателни за мъже, те са подложени на сходен натиск и изискания като хетеросексуалните жени, което води до по-голям риск от неудовлетвореност от тялото (Siever, 1994).

Бисексуалните жени също са изложени на по-висок риск от хранителни разстройства. Установено е, че те имат по-висока честота на свързани с хранителни разстройства поведения в сравнение с лесбийките и хетеросексуалните жени (Shearer et al., 2015), докато резултатите от изследванията на честотата на хранителните разстройства и свързаните с хранителни разстройства поведения сред лесбийките са доста непоследователни. Някои от проучванията показват, че те са изложени на по-висок риск от свързани с хранителни разстройства поведения (Davids and Green, 2011), особено преяждане (Austin et al., 2009); докато други не откриват значителни разлики между лесбийките и хетеросексуалните жени по отношение на разпространението на хранителни разстройства (Feldman and Meyer, 2007). Освен това е установено, че лесбийките са по-малко притеснени за собствената си физическа привлекателност, следователно са по-малко неудовлетворени от тялото си и е по-малко вероятно да имат свързани с хранителни разстройства поведения (Beren et al., 1996; Siever, 1994).

Притесненията за вида на тялото (притеснения за теглото и формата; желание за мускули) и използването на анаболни стероиди за изграждане на мускули също са по-чести сред трансгендър хората (Calzo et al., 2017; Diemer et al., 2015). Предполага се, че транс хората могат да възприемат погрешно поведение за контрол на теглото и формата, когато се стремят да придобият по-мъжествена или женствена фигура (Watson, Veale and Saewyc, 2017) или да достигнат толкова ниско телесно тегло, което да доведе до аменорея, което би могло да бъде желателно за транс мъж (Avila, Golden, and Aye 2019).

Хранителните разстройства представляват значителен риск за физическото здраве. Обсесивен контрол на теглото или рестриктивни хранителни практики като прочистване, гладуване и хапчета

за отслабване могат да доведат до сериозни последици за здравето. Употребата на анаболни стероиди увеличава риска от ендокринни нарушения, психиатрични симптоми, бъбреци, заболявания на черния дроб, мускулно-скелетната и сърдечно-съдовата система.

Най-големият риск, свързан с хранителните разстройства, идва от повишения риск от самоубийство и хората, страдащи от нарушено хранене, са изправени пред значително повишени нива на смъртност (Arcelus et al., 2011).

4.2.4.) Хирургия

4.2.4.а) Въведение

Операции на гениталиите за утвърждаване на пола са тези хирургични интервенции, които помагат за привеждане на гениталиите и/или вътрешните репродуктивни органи на човека в съответствие с половата идентичност на този човек, включително: хистеректомия, салпингофоректомия, орхиектомия, метоидиопластика, фалопластика, вагинопластика и гърдни операции (NHS, 2019a).

Въпреки че операциите се считат за една от последните медицински стъпки при смяна на пола и някои транс или полови неконформни хора не могат да постигнат облекчение от дистреса, психическото натоварване или страданието без тях, в други случаи транс и интерсекс хората може да постигнат комфорт със своята полова идентичност и полови характеристики, без да се подлагат на операции (NHS, 2020; WPATH - SOC7, 2012).

Транс активистите подчертават патологизацията подход на грижите за транс хората и настояват за демедиализация

на транс идентичността. От медицинската страна специалистите твърдят, че свързаните с транс диагнози като класификации могат да бъдат полезни за транс хората за достъп до процедури за утвърждаване на пола. Както в случая на някои операции по избор, транс хората трябва да имат достъп до този вид интервенция без обременяваща медицинска история и психиатрична диагноза. Тези хирургични и фармацевтични/хормонални терапии, които поддържат психическото (и физическото) благосъстояние на трансджендър хората, трябва да се провеждат в подкрепяща, нестигматизираща среда, от културно компетентни специалисти, които предоставят точна информация на транс хората, за да ги подкрепят за вземане добре информирани решения. Важно е също така на транс пациентите да се предостави задълбочено описание на рисковете, краткосрочните и дългосрочните (странични) ефекти и последиците от медицинските интервенции и лечения, но вместо патерналисткия медицински модел, това трябва да се случва в рамките на ориентираните към пациента грижи, като се зачита неговата способност за вземане на решения, свобода на действия и власт.

И все пак възможностите и изискванията за операции и лечения за утвърждаване на пола се различават в различните страни (Castagnoli, 2010). Има места, където тези операции са достъпни за транс възрастни без никаква психиатрична диагноза (напр. в Дания), докато в други страни е необходимо да се диагностицира „несъответствие на пола“ – като диагностична категория по МКБ – или да се спазят други изисквания (García and Ayuso-Mateos, 2019; Hilden, 2020; Kórász, 2015).

В България смяната на гражданския пол става по Закона за гражданска регистрация чрез завеждане на дело пред съда по местоживее. Пожелателно е ползване

на адвокат. Обикновено съдът насочва няколко експертизи - психиатрична, сексологична, гинекологична/андрологична. Наличието на поставена диагноза F64.0 - Транссексуалност, се приема за предимство. Предпоставка за положително решение е и започната хормонална терапия, довела до промяна на външния вид, или коригиращи пола операции.

В България, по Здравна каса не се покриват нито хормоналната терапия, нито хирургическите интервенции. Липсват и специалисти, които да провеждат такива, а наличните избягват публично да декларираат предлагането на подобни услуги.

В случай на операции на гърдите (уголемяване на гърдите, импланти или липофилнз при трансджендър жени и реконструкция на гърдите при транс мъже), тези допълнителни съображения също са важни:

Хормонална терапия не се изисква в случай на реконструкция на гърдите и вече не е изричен критерий, но се препоръчва пациентите да се подложат на феминизираща хормонална терапия (минимум 12 месеца) преди операцията за уголемяване на гърдите с цел максимален растеж на гърдите, осигуряващ по-добър хирургически (естетически) резултати (WPATH - SOC7, 2012).

Горните операции са значими, защото гърдите и гърдния кош са много важна и отличаваща част от половите характеристики. Наличието, размерът и формата на гърдите и гърдния кош са значителни външни характеристики, които могат да играят важна роля в представянето на пола.

В случай на интервенции за **отстраняване на гениталиите** (хистеректомия, салпингофоректомия, орхиектомия), съгласно WPATH се изисква препоръката на двама

специалисти по психично здраве с компетентност. Препоръчва се транс хората също така да получават непрекъсната хормонална терапия за утвърждаване на пола – освен ако хормоните не са противопоказани – в продължение на най-малко 12 месеца. Целта на хормоналната терапия преди гонадектомията е преди всичко да се въведе период на обратимо потискане на естрогена или тестостерона, преди пациентът да се подложи на необратима хирургична интервенция. Тези критерии не се прилагат за пациенти, на които се правят тези хирургични процедури по медицински показания, различни от полова дисфория (WPATH - SOC7, 2012).

В допълнение, преди да се подложат на операции за реконструкция на пола (метойдиопластика, фалопластика, вагинопластика), WPATH предлага пациентите да живеят непрекъснато в продължение на 12 месеца в половата роля, която съответства на тяхната полова идентичност, за да преживеят и да се приспособят социално към желаната от тях полова роля. Въпреки че това не е критерий за операции за смяна на пола, ако е необходимо поради някакви други причини, се препоръчва редовна психотерапия (с цел подготовка на пациентите за последствията, трудностите и други въздействия върху психичното здраве на полученото лечение и за улесняване на положителното справяне и намаляването на стреса и тревожността, свързани с интервенцията) (WPATH - SOC7, 2012).

Би било необходимо да преосмислим своите медицински процедури във

връзка със смяната на пола, за да ги приведем в съответствие с подхода, центриран около пациента, и да припомним и подкрепим по-добре свободата на действие на своите пациенти.

4.2.4.b) За самите операции:

Реконструкция на гърдите

Както бе посочено по-горе, формата на гърдите и гърдният кош са важни за транс хората за представяне на пола им в обществения и личния живот (Richards and Barrett, 2013; Selvaggi, 2020), поради което реконструкцията на гърдите може да бъде значима за транс пациентите, за да отразява вътрешното им усещане за пол. Някои транс хора често превързват гърдите си или използват специални байндъри⁶ за гърди дори преди операцията, за да постигнат по-голяма прилика с плосък гърден кош, но байндърът също има някои неприятни ефекти, а именно е неудобен, ограничава дишането и компресира гърдния кош и гърбначния стълб, така че продължителното му носене може да бъде болезнено и вредно (Poudrier et al., 2019). Повечето транс пациенти избират да се подложат на тази операция по време на смяната на пола, което има положителен ефект върху качеството им на живот, включително по-комфортна и отговаряща на идентичността им форма на тялото в съчетание с облекчението на прекратяването на използването на байндъри (Poudrier et al., 2019; Seamount, 2018).

Съществуват няколко техники за сплескване на гърдите, включително намаляване на гърдната тъкан, премахване на

6 Байндърите са дрехи или инструменти от плат, които помагат за компресиране или минимизиране на гърдната тъкан, за да се създаде вид на по-плосък гърден кош. Хората използват специално произведени байндъри, спортни сутиени, стратегическо наслаяване и превръзки или еластични материали за тази цел. Те обаче имат някои неблагоприятни последици за здравето.

кожа и преместване на зърното, като трябва да гарантираме, че нашите пациенти имат възможност да изберат най-доброто решение за себе си и да дадат информирано съгласие. Трябва също така да информираме пациентите, че реконструкцията на гърдния кош има някои общи хирургични усложнения като кървене, инфекция, белези, некроза, хематом и специфични проблеми: асиметрия, отклонение на контура, некроза на зърното или неудовлетвореност от резултатите (Richards and Barrett, 2013; Selvaggi, 2020).

Хистеректомия и салпингофоректомия

В някои случаи транс пациентите се подлагат на хирургично отстраняване на матката, включително отстраняване на шийката на матката, яйчниците и фалопиевите тръби. Предлага се също трансабдоминална лапароскопска техника или трансвагинални операции с различни показания и противопоказания. Хистеректомията обикновено се изисква преди други операции (като вагинектомия, скротопластика и фалопластика), но опцията за запазване на яйчниците е налична за пациентите и може да бъде полезна за поддържане на костната плътност.

Метоцидопластика

Метоцидопластиката се отнася до изграждането на микропенис чрез използване на увеличена с тестостерон клиторна тъкан и извършване на уретропластика при по-малко сложна хирургична процедура от фалопластиката. В случай на метоцидопластика, капацитетът за уриниране в изправено положение понякога е недостатъчен. Като положителен резултат, клиторната тъкан запазва своята еректилна функция и ерогенна чувствителност, но пенисът обикновено е твърде къс за проникване по време на секс (Petrovic and Djordjevic, 2003).

Фалопластика

Целта на фалопластиката е да се реконструира пенис, който е подходящ на външен вид и е функционален, като по този начин се дава възможност на пациента да осъществява сексуален акт и да уринира като цис мъж. В някои случаи се предлагат и естетични операции с цел намаляване на усложненията или хирургическия риск, като операцията включва само създаването на тяло на пениса (без преместване на уретрата).

Първата стъпка от фалопластиката е вагинектомия, като се отстранява лигавицата на вагиналната кухина, след което хирурзите извършват реконструкция на таза, за да се предотврати образуването на ректоцеле или цистоцеле (Weyers et al., 2010). Следващата стъпка е реконструкция на фалос: създаването на тялото на пениса с уретрата с помощта на радиално предмишнично ламбо. За да се създаде функционален пенис и да се поддържа ерогенно и кожно усещане, нервите на предмишницата се анастомозират с илиоингвиналният нерв и горзалните клиторни нерви, а част от клиторната тъкан се запазва и се поставя върху пениса. След възстановяване на тактилната чувствителност, ерекционната протеза може безопасно да се постави.

Некроза, хематом, белези, фистули или стеноза на пикочните пътища могат да възникнат като редки усложнения след фалопластика.

Скротопластика

Обикновено пациентите желаят създаване на скротум за по-добър вид на външните полови органи. Това може да се направи с използване на големите срамни устни, разцепени кожни присадки, кожни присадки с цяла дебелина

или генитална кожа, със или без тес-
тикуларни импланти (Lucas et al., 2017).

Уголемяване на гърдите

Уголемяването на гърдите или процедурата за реконструкция на гърдите е почти същата при транс хората, както при цис жените (например след мастектомия поради тумор на гърдата), но поради анатомичните различия на плоската форма на гърдите и зърната, има някои важни съображения: много хора с плоски гърди имат по-широка гърдна обиколка, а зърната им може да са по-овални от тези с обемни гърди, както и да са разположени по-странично на гърдите (Fakin and Lorenzini, 2020). Най-често срещаните техники за уголемяване на гърдите са липофилинг или имплантиране на гърдна протеза с имплант с подходящ размер и с най-естествен вид. По време на операцията имаме възможност визуално да променим мястото на зърното с избора на правилното място за импланта. Подробна информация за процедурата и резултатите от операциите на гърдите може да бъде прочетена в статията на Милър и колеги (Miller et al., 2019). Тези интервенции трябва да се разглеждат като операции за подобряване на качеството на живот, а не просто като козметични процедури: възприятието на тялото на транс хората, самовъзприетото здраве (което е един от най-важните здравни показатели), психичното благосъстояние и качеството на живот значително се подобряват с операция за утвърждаване на пола (Jellestad et al., 2018; Lindqvist et al., 2017; van de Grift et al., 2016; Manieri et al., 2014). Страничните ефекти или усложнения като хематом, инфекции, асиметрия, белези и капсулна фиброза са редки при уголемяване на гърдите и корелират с предоперативната хормонална терапия, ИТМ и размера на импланта (Miller et al., 2019; Fakin and Lorenzini, 2020).

Орхиектомия

При орхиектомия се отстраняват тестисите. В някои случаи кожата на скротума се оставя, за да се създадат срамни устни или да се очертае част от неовагината. Обикновено орхиектомия се препоръчва в рамките на същата процедура заедно с пенектомия и вагинопластика.

Пенектомия

Отстраняването на пениса обикновено се извършва заедно с вагинопластика. По време на пенектомия се създава нов отвор за уретрата, уретрата се скъсява и премества.

Вагинопластика

Вагинопластиката или създаването на неовагина обикновено се извършва като стъпка заедно с орхиектомията и пенектомията, като същевременно се запазват частично тъканите на пениса. По време на вагинопластика се създава нова вагина, клитор и срамни устни (Pariser and Kim, 2019). Запазването на сексуалното усещане и създаването на функционална вагина е важно в случай на вагинопластика, за да се осигури способност за оргазъм и възможност за приятен сексуален живот (Selvaggi et al., 2007). Инверсията на пениса е най-общата процедура за създаване на вагина. По време на процедурата пенисът се обелва – достатъчно дълбоко, за да се отдели фасцията на Дартос – и кожата се обръща отвътре навън, за да очертае вагината, като цилиндърът на кожата на тялото на пениса остава непокътнат (Weyers et al., 2010). В някои случаи – например при тези, които са били подложени на обрязване – кожата на долната част на корема или скротума се използва за създаване на подходящ размер за вагината.

Вагинопластиката може също да има уникални последици извън общите хирургични усложнения – например некроза на вагина-

та и срамните устни, везиковагинални, уретровагинални, колоновагинални или ректовагинални фистули, стеноза на уретрата и недостатъчен размер на вагината за коитус. За да се запази подходящият размер на вагината за проникване и за да се предотврати вагиналната стеноза, е необходимо продължително разширяване.

Клиторопластиката и лабиопластиката обикновено се извършват заедно с вагинопластиката. Малките срамни устни обикновено се правят от кожата на пениса, докато големите срамни устни се правят от кожата на скротума. За да се създаде функционален клитор по време на пенектомия, по-голямата част от тъканта на главичката на пениса се запазва и с пудендалния нерв се борава внимателно. Дисталната мукозна шийка на главичката ще се превърне в клиторна качулка. В някои случаи са необходими последващи операции, за да се постигне по-добра естетика.

Като алтернатива на вагинопластиката има и други хирургични възможности, като вагинопластика с нулева дълбочина или **вулволастика**. Тази процедура включва само създаването на вулвата – с клитора, големите срамни устни, малките срамни устни и премесения уретрален отвор – без да се създава вагинален канал (Garcia, 2018; Jiang et al., 2018).

Други операции

Могат да се правят също операции на лицето и шията или други естетични процедури, за да се адаптира външният вид на пациента към половата му идентификация. За транс жените най-често срещаните процедури са тироидна хондропластика или намаляване на видима адамова ябълка, имплант или реконструкция на челото, операции на брадичката и челюстта, ринопластика, намаляване на зигоматикуса, липопластика на талията

за моделиране на контура. Междувременно транс мъжете може да се подложат на имплантиране на адамова ябълка, оформяне на брадичката и челюстта, очертаване на челото и ринопластика.

4.2.5.) Фармакология

В България не вълществуват протоколи или регулация, свързана с хормоналната терапия при транс хора. Темата също така не се изучава и в медицинските университети. Идентифицирани са няколко ендокринолога, които консултират транс хора.

Официално, провеждането на хормонална терапия при транс хора е възможно едва след юридическа смяна на пола.

Според СЗО и WPATH трябва да бъде дадена препоръка от специалист по психично здраве с подходяща културна компетентност. Горепосочените организации също така предлагат транс хора да се подложат на психотерапия преди лечението (продължителността се определя от специалиста по психично здраве, обикновено 3 месеца) или да живеят непрекъснато в съответствие с предпочитания пол поне 12 месеца с цел да натрупат „житейски опит“. Въпреки това, според подхода, центриран около пациента, следователно зачитайки волята и свободата на действие на пациента, психологическо консултиране се препоръчва само ако пациентът поиска, след като му е предоставена подробна и адекватна информация за самото лечение и неговите ползи и странични ефекти.

Пациентите трябва да имат адекватни познания относно ефектите и страничните ефекти на хормоналната терапия и прогнозата на лечението, за да могат да дават добре информирано съгласие..

4.2.5.а) Примери за провеждане на хормонална терапия

При провеждане на хормонална терапия е изключително важно медикаментите да се закупуват единствено от аптеки! Често подобни медикаменти се предлагат в онлайн магазини и магазини за хранителни добавки. Има свидетелства за негативни странични ефекти, както и за медикаменти, имитиращи конкретни марки и продукти!

Опции при хормонална терапия за трансгендър жени (мъж към жена, МКЖ, МТФ)

Естрогенът има голям ефект върху физическите и емоционалните характеристики на жените. Може да се прилага перорално, чрез инжектиране или локално (гел, спрей или пластир).

Тестостеронните блокери или **анти-андрогените** са медикаменти или хормони, които антагонизират или блокират тестостерона. Най-често срещаният е спиронолактон, който намалява производството и инхибира действието на тестостерона. Тъй като спиронолактонът има ефект върху водния баланс, важно е да се обърне внимание на пациентката към приема на течности и поддържането на хидратация и ако е необходимо, трябва да се следи нивото на калий на пациентките. Най-честите нежелани реакции на спиронолактона са: прекомерно уриниране, световъртеж, замаяност.

Аналози на гонадотропин-освобождаващ хормон (GnRH) (напр. леупролид) също се предлагат като тестостеронни блокери, ако пациентката има непоносимост към спиронолактон. Аналозите на GnRH са много скъпи, но пациентките обикновено ги понасят добре. Може да се прилага на инжекции или като спрей за нос.

Финастерид и **дутастерид** могат да се използват, ако спиронолактонът или аналозите на GnRH са противопоказани.

Прогестерон също може да се използва като частичен тестостеронен блокер, ако други медикаменти не могат да се използват или са се оказали неефективни. Като често срещани странични ефекти може да се появят тревожност, депресия, раздразнителност, наддаване на тегло и висок холестерол в кръвта..

Препоръчителни дози при хормонална терапия:

1. Анти-андрогенна терапия:

- Спиронолактон 100 – 200 мг/ден (до 400 мг)
- Ципротерон ацетат 50-100 мг/ден
- GnRH агонисти 3,75 мг подкожно месечно
- Перорален естроген
- Перорални конюгирани естрогени 2,5–7,5 мг/ден
- Перорален 17-бета естрадиол 2-6 мг/ден
- Парентерален естроген
- Естрадиол валерат 5–20 мг интрамускулно/2 седмици или ципионат 2–10 мг интрамускулно/седмица
- Трансдермален естроген
- Естрадиолов пластир 0,1-0,4 мг/2 пъти седмично

Препоръки за наблюдение за трансгендър жени (МКЖ) при хормонална терапия:

- Наблюдавайте пациентките на всеки 3 месеца през първата година и след това на всеки 6-12 месеца.
- Редовно следете серумния тестостерон и естрадиол (тестостерон 30-100 нг/дл; естрадиол 100-200 пк/дл).
- Следете пролактина и триглицеридите преди започване на хормони и при посещенията за проследяване.
- Следете нивата на калий, ако пациентката приема спиронолактон.

- Препоръчва се скрининг на костната минерална плътност преди започване на хормони за пациентки с риск от остеопороза. Рутинен скрининг след 60-годишна възраст или по-рано, ако нивата на половите хормони са постоянно ниски.
- За МКЖ пациентките се препоръчва редовен скрининг на гърдите и простатата.
- Проследяване на чернодробните функции на всеки 6-12 месеца

(Tomlins 2019; WPATH – SOC7 2012; Gardner and Safer 2013; Unger 2016; Weyers et al. 2010; Gooren and Morgentaler 2014; NHS 2019b)

Опции при хормонална терапия за трансджендър мъже (жена към мъж, ЖКМ, FTM)

Лечението с **тестостерон** обикновено се прилага чрез (подкожни или интрамускулни) инжекции, но се предлага под формата на таблетки, локално (гел или пластир), кожни гела/пелети. Тестостеронът може да предизвика високо кръвно налягане, раздразнителност, подуване или спазми в областта на таза. Високите нива на тестостерон могат да доведат до високи нива на естроген и да провокират менструация.

Прогестагени могат да се използват като допълнителна терапия след оптимизиране на нивата на тестостерон, с цел потискане на менструацията. Прогестагените също провокират нарушения на настроението, умора и седирание, акне и могат да повлияят неблагоприятно на костната минерализация.

1. Перорално

> Тестостерон ундеканат 160–240 мг/ден

2. Парентерално (интрамускулно или подкожно)

> Тестостерон енантат или ципионат 50-200 мг/седмица или 100-200 мг/2

седмици

> Тестостерон ундеканат 1000 мг/12 седмици

3. Трансдермално

> Тестостерон 1% гел 2,5-10 г/ден

> Тестостеронов пластир 2,5-7,5 мг/ден.

Препоръки за наблюдение при трансджендър мъже (ЖКМ) при хормонална терапия:

- Наблюдавайте пациентите на всеки 3 месеца през първата година и след това на всеки 6-12 месеца.
- Следете серумния тестостерон при посещения за проследяване с практическа цел в мъжкия диапазон (300-1000 нг/дл). Пиковите нива на парентералния тестостерон могат да бъдат измерени 24-48 часа след инжектирането.
- Следете хематокрита и липидния профил преди започване на хормони и при посещенията за проследяване.
- Следете серумния естрадиол през първите 6 месеца и след това, докато кървенето от матката спре.
- Препоръчва се скрининг на костната минерална плътност преди започване на хормони за пациентки с риск от остеопороза. Препоръчва се рутинен скрининг след 60-годишна възраст или по-рано, ако нивата на половите хормони са постоянно ниски.
- Препоръчва се рутинен скрининг ЖКМ пациенти с шийка на матката или гърди.
- Проследяване на чернодробните функции на всеки 6-12 месеца.

(Tomlins 2019; WPATH – SOC7 2012; Carswell and Roberts 2017;

Gardner and Safer 2013; Unger 2016; Weyers et al. 2010; NHS 2019b)

4.2.5.b) Пубертет блокери

За транс деца, достигнали втори или трети стадий на Танер, са налични **ана-**

лози на GnRH за забавяне развитието на вторични полови белези и обратимо и временно преустановяване на пубертета. Аналозите на GnRH инхибират секрецията на хипофизната жлеза, като по този начин временно потискат секрецията на полови хормони (естроген и тестостерон). Тези хормони понякога се наричат „блокери“, тъй като предотвратяват по-нататъшното развитие на първични и вторични полови белези. За юноши, на които е приписан мъжки пол при раждането, аналозите на GnRH намаляват растежа на окосмяването по лицето и тялото, ограничават загълбочаването на гласа и растежа на външните гениталии (пенис и тестиси). За юноши, на които е приписан женски пол при раждането, лечението забавя първата менструация или провокира менорея и ограничава растежа на гърдите. **Пубертетното развитие и преживяната промяна в тялото може да причини значителен стрес за младежите, които не са цисджендър.** Честотата на **самоубийствата** на трансджендър младежи е много висока и е дори още по-висока при тези, на които е отказана възможността за блокиране на пубертета. Блокерите на пубертета могат да подобрят благосъстоянието и да намалят депресията, тревожността и риска от самонараняване или самоубийство при транс децата (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal and Gooren, 2008).

За получаване на блокери на пубертета в онези страни, където лечението е достъпно, пациентите трябва да изразят дълготрайно и интензивно несъответствие на пола или полова дисфория, което се влошава с пубертета. *(За подробна информация относно критериите, предложени от WPATH, вж. глава 5. – Специални въпроси)*

Терапията с блокери на пубертета обикновено започва на възраст от 12-13 години и медикаментите могат да се вземат в

продължение на 2-3 години. Когато гетето навърши възрастта на медицинско съгласие, то има възможност за по-нататъшни интервенции. Лечението с аналози на GnRH се прилага под формата на депо инжекции (месечно или на всеки три месеца) или като подкожна пелета или имплант (имплантите трябва да се сменят всяка година). Децата, които получават терапия с блокери на пубертета, трябва да се наблюдават редовно (за ефективност и странични ефекти; например ръст и костна плътност). Страничните ефекти на блокерите на пубертета включват краткосрочни симптоми: подуване, повишаване на телото, горещи вълни, главоболие, а също така могат да имат дългосрочни ефекти върху костната плътност и фертилитета (WPATH-SOC7, 2012; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal and Gooren, 2008).

Съществуват редица аргументи и контрааргументи в медицинската общност относно терапията за блокиране на пубертета и интервенцията е достъпна само в няколко държави (Giovannardi, 2017).

4.2.5.с) Хормонозаместителна терапия за интерсекс хора

Интерсекс хората са често обект на необратими медицински интервенции, извършвани без ясни и доказани медицински показания. Понякога, необходимостта от провеждане на хормонална терапия при тях, е свързана с последиците от такива интервенции.

Приведените примери са от конвенционалната медицина и може да не отразяват реалните нужди на интерсекс хората!

Хормоналната терапия на интерсекс хора може да включва минералокортикоидно и глукортикоидно заместване (в случай

на вродена надбъбречна хиперплазия) и/или заместване на полови стероиди, ако някой от тях се произвежда в недостатъчно количество или след гонадектомия. В случай на двустранна гонадектомия, ХЗТ е от съществено значение за заместване на производството на хормони от отстранената гонадна тъкан, за да се осигури оптимално затваряне на епифизата, сексуално развитие, психологическо благосъстояние и благосъстояние на връзките/сексуални живот и предотвратяване на страничните ефекти на хипогонадизма. ХЗТ във връзка с интерсекс вариациите се различава в зависимост от възрастта и нуждите на пациента.

Класическата ХЗТ за пациентки (интерсекс хора, записани като жени) със синдром на андрогенна резистентност (AIS) след гонадектомия (отстраняване на тестисите)

Деца: перорален етинилестрадиол 2,5-5 µг/ден или 50–100 нг/кг/ден, бавно се увеличава на всеки 6 месеца, докато достигне дозата за възрастни: 20-25 µг/ден;

Възрастни: перорален етинилестрадиол 20–25 µг/ден; естрадиол валерат 2 мг, конюжирани конски естрогени 0,625 мг; трансдермален естрадиол 50 µг дневно; естрадиолов имплант 50 мг на всеки 6 месеца или смесени тестостеронов естери 250 мг на всеки 4 седмици.

(Някои проучвания също споменават положителния ефект от тестостеронова терапия (в допълнение към естрогенната терапия) върху сексуалното желание на пациентките със синдром на пълна андрогенна резистентност.)

Липсва информация за хормонозаместителна терапия при пациенти с андрогенна нечувствителност, подложени на гонадектомия, и идентифициращи се като мъже.

ХЗТ при вродена надбъбречна хиперплазия (САН / ВНХ)

Хормонално лечение на ВНХ за деца:

- 10-15 мг/м²/ден хидрокортизон, разделен на 3 дневни дози; или 2-4 мг/м²/ден преднизолон (една пета от дозата хидрокортизон) два пъти дневно; или 0,25-0,375 мг/м²/ден дексаметазон веднъж дневно (за заместване на глюкокортикоиди)
- 0,05 до 0,2 мг/ден флуоидокортизон (за заместване на минералокортикоиди)

Хормоналната терапия винаги трябва да се съобразява с половата идентичност на детето!

Хормонално лечение на ВНХ за възрастни:

- Вместо 3 дневни дози, терапията за възрастни предлага 2 дневни дози хидрокортизон: 15-20 мг сутрин и 5-10 мг след обяд.
- 0,05-0,2 мг/ден флуоидокортизон (за заместване на минералокортикоиди)
- За жени със симптоми на преобладаване на андрогени или за които се търси фертилитет трябва да се обмисли друга терапевтична възможност.

Минералокортикоидното лечение трябва да се следи чрез измерване на кръвното налягане (в седнало и изправено положение, за да се установи наличието на ортостаза), нивата на серумните електролити (концентрация на калий) и активността на ренина в плазмата или нивата на директен ренин.

Вариации на хромозомите и хормонална терапия:

Хормоналната терапия след гонадектомия в проучване на *Хуанг и колеги* за пациентки с матка включва перорален естрадиол в дози от 2 мг дневно и перорален дигрогестерон в дози от 10 мг в

продължение на 14 дни всеки месец след операция и аглювантна химиотерапия, а за пациентки без матка се прилага ежедневна монотерапия с естрадиол (2 мг).

При синдрома на Клайнфелтер андрогенната хормонална терапия може да стимулира телесни мазнини повече като средното население и развитие на мозъка (подобро когнитивно и психосоциално развитие). Открита е по-висока корелация между ниското ниво на естроген и Х тризомията, тъй като е известно, че естрогенът има важна роля в здравето на костите и сърцето, поради което изследването *EXTREME Babies* се опитва да определи възможностите и ползите от ранната хормонална терапия. Въпреки това *Тарталия и колеги* подчертават, че са необходими дълготрайни изследвания и че трябва да се изследват неоткрити генетични фактори, като те също така настояват за редовни неонатални скрининги за тризомии на половите хромозоми, за да се получи съответна информация за цялото население, а не само за тези, които имат здравословни проблеми.

4.2.5.d) Рискове и странични ефекти от хормоналните терапии

Попитайте дали вашият пациент се нуждае от информация за ефекта на хормоналната терапия върху репродуктивните функции, тъй като продължителната употреба на хормони намалява фертилитета и увеличава риска от трайно безплодие. Ако пациентът желае, преди започване на хормонална терапия трябва да се даде възможност за запазване на гамети (сперматозоиди, зрели яйцеклетки или криоконсервация на ембриони). Поради хормоналната терапия някои пациенти може да имат намалено либидо (може да има еректилна функция и еякулация преди пенектомия). Също така е важно да се подчертае, че тестостеронът намалява

фертилитета, но бременност може да настъпи, ако матката и яйчниците не са отстранени, поради което при необходимост се препоръчва използването на контрацепция (презерватив) или вътрешматочно устройство, ако пациентът желае да предотврати бременност.

Рисковете и страничните ефекти на тестостеронните блокери, прогестерона, естрогените и аналозите на GnRH може да включват (Lawrence, 2007; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal and Gooren, 2008; Weyers et al., 2010):

- Венозна тромбоемболия (дълбока венозна тромбоза, белодробна емболия)
- Особено при пациенти с други рискови фактори (над 40 години, пушачи, със силно заседнал начин на живот, със затлъстяване, с тромбофилни нарушения)
- Третото поколение прогестини допълнително увеличава риска
- Трансдермалното приложение на естроген намалява риска от ДВТ
- Триглицеридемия (ефекти върху нивата на HDL холестерол, LDL холестерол и липопротеин)
- Увеличаване на риска от холелитиаза и панкреатит
- Нагряване на тяло
- Повишени чернодробни функционални тестове
- Намалено либидо
- Еректилна дисфункция
- Безплодие
- Хиперкалемия
- Хипертония (естрогенът увеличава, докато спиронолактон намалява кръвното налягане)
- Диабет тип 2 (особено при пациенти с фамилен анамнез за диабет или други рискови фактори)
- Повишен сърдечно-съдов риск (ако са налице допълнителни рискови фактори)
- Хиперпролактинемия, пролактином

Настоящите доказателства показват,

че няма повишен риск от рак на гърдата, въпреки че по-продължителният прием на феминизиращи хормони (т.е. брой години на приемане на естрогенни препарати), фамилната анамнеза за рак на гърдата, затлъстяването (ИТМ>35) и използването на прогестини вероятно влияят върху нивото на риска.

- Повишен риск от рак на простатата

Рисковете и страничните ефекти на прогестогените и тестостерона може да включват^(Feldman and Safer, 2009; Weyers et al., 2010; Lawrence, 2007):

- Полицитемия
- Нагдаване на телото
- Акне и мъжко оплешивяване
- Сънна апнея
- Повишени чернодробни функционални тестове
- Дислипидемия – намалява HDL, засяга LDL и триглицеридите (особено във връзка със синдром на поликистозните яйчници)
- Увеличаване на риска от хипоманиен, маниен или психотичен симптом
- Хипертония
- Диабет тип 2 (ако са налице допълнителни рискови фактори)
- Сърдечно-съдови заболявания (ако са налице допълнителни рискови фактори: нагдаване на телото, фамилна анамнеза и синдром на поликистозните яйчници)
- Данните сочат, че няма повишен риск от рак на гърдата или шийката на матката.
- Може да се увеличи рискът от рак на яйчниците и матката

4.2.6) Сексуално предавани болести

Когато се обсъжда темата за сексуално предаваните болести, използването на

термините „мъже, които правят секс с мъже“ (МСМ) и „жени, които правят секс с жени (ЖСЖ) е по-точно по отношение на въпроси, свързани с поведение, а не с идентичност. Най-засегнатите от ХИВ и СПИ популации са мъжете, които правят секс с мъже (МСМ), и трансгендер жените, но всеки сексуално активен човек има риск от заразяване със СПИ. Рисковото поведение включва небезопасен сексуален акт, секс работа, секс под въздействието на наркотици или алкохол и множество или анонимни партньори.

4.2.6.а) ХИВ инфекция и синдром на придобитата имунна недостатъчност (СПИН)

Инфекциозният агент е човешкият имунодефицитен вирус (ХИВ), ретровирус с два различни типа – ХИВ-1 и ХИВ-2. Те имат сходни епидемиологични характеристики, въпреки че патогенността на ХИВ-2 е по-ниска. В развитите страни по-голямата част от ХИВ инфекциите са ХИВ-1.

Начинът на предаване е предаване от човек на човек чрез незащитен полов акт; контакт на ожулена кожа или лигавица с телесни секрети; кръвопреливане или венозна употреба на наркотици.

Инкубационният период е променлив. Средното време от инфекцията до развитието на откриваем имунен отговор е 1-3 месеца. В рамките на няколко седмици до месеци след заразяването с ХИВ, много хора развиват остро заболяване, подобно на мононуклеоза, което трае няколко седмици. След това те може да бъдат без клинични признаци или симптоми в продължение на месеци или години, преди да се развият групи клинични прояви. Ако не се лекува, инфекцията прогресира и се появяват свързани с ХИВ опортюнистични инфекции или рак, което сигнализира за стадий на

синдром на придобитата имунна недостатъчност (СПИН). СПИН се определя като ХИВ инфекция с брой на CD4+ Т клетките под 200 клетки/ μ L или поява на специфични заболявания, свързани с ХИВ инфекция. Инфекциите, свързани с ХИВ, са пневмоциститна пневмония, кандидоза, туберкулоза, криптококов менингит, токсоплазмоза или цитомегаловирусна инфекция. Раковите заболявания, свързани със СПИН, са саркома на Капоши, неходжкинов лимфом, първичен лимфом на централната нервна система и рак на шийката на матката.

Ефективното антиретровирусно лечение (АРТ) може да контролира вируса и да предотврати предаването му на други хора. Инфектираните с ХИВ хора, които получават ефективно АРТ и чийто вирусен товар е неоткриваем в продължение на 6 месеца или повече, не предават ХИВ на своите сексуални партньори (Накратко това се нарича „неоткриваем = не предаваем“ ($H = H / U = U$)).

Правилното и последователно използване на презерватив ефективно намалява риска от предаване на ХИВ. При определени обстоятелства може да се обмисли профилактика преди и след експозиция.

Постекспозиционната профилактика (РЕР) е краткосрочна АРТ за намаляване на вероятността от ХИВ инфекция след потенциална експозиция.

Предекспозиционната профилактика (PrEP) е възможност за хора, които са изложени на много висок риск от заразяване с ХИВ. Състои се от ежедневен курс на антиретровирусни лекарства, приемани от ХИВ-негативни хора. Когато се приема според предписанието, PrEP има много висока ефективност за предотвратяване на предаването на ХИВ (Chou et al., 2019).

За сексуално активни MSM скрининг за ХИВ се препоръчва ежегодно, а за тези с

висок риск (които правят кемсекс, секс с множество или анонимни партньори, занимават се със секс работа) се препоръчва тестване на всеки 3-6 месеца. Сексуално активните трансгендър хора – особено тези, които правят секс с мъже – са изложени на висок риск от заразяване с ХИВ, поради което трябва да бъдат изследвани подобно на MSM (Becasen et al., 2019).

В случай на установена инфекция, докладване за случая до местните здравни власти е задължително и е необходимо проучване на контактите и източника на инфекцията. Трябва да се внимава за защита на поверителността на пациента.

4.2.6.b) Инфекция с човешки папиломен вирус (HPV)

Инфекцията с човешки папиломен вирус се причинява от човешки папиломен вирус (HPV), ДНК вирус от семейството на папиломавирусите. Има повече от 100 вида HPV, от които поне 14 са класифицирани като високорискови. Това са установени канцерогени при хората и имат причинно-следствена роля в развитието на рак на шийката на матката, ануса, пениса, вулвата, вагината и орофаринкса. Типовете с нисък риск са отговорни за генитални брадавици (condyloma acuminatum) и рецидивираща респираторна папиломатоза.

HPV се предава чрез директен контакт с аногенитална кожа, лигавици и телесни течности. Може да се предава чрез вагинален, анален и орален секс. HPV инфекциите са най-често срещаните СПИ и почти всички хора се заразяват в даден момент от живота си. Приблизително 90% от HPV инфекциите са асимптоматични и преминават спонтанно в рамките на две години. В някои случаи високорисковият тип HPV инфекция прогресира до цервикална дисплазия и неоплазия, което води до рак на шийката на матката. В ануса високосте-

пенната анална интраепителна неоплазия (AIN) е предшественик на рака на ануса.

Използването на презерватив намалява риска от инфекция с генитален човешки папиломен вирус (HPV), но не го елиминира напълно, тъй като предаването може да се осъществи чрез контакт кожа в кожа в области, които не са покрити от презерватива. Имунизацията срещу най-честото срещаните видове намалява риска от рак и генитални брадавици, свързани с HPV. Ваксината срещу HPV се препоръчва за рутинна ваксинация на възраст 11 или 12 години (преди началото на сексуалната активност) и за двата пола.

4.2.6.с) Инфекция с вируса на хепатит А

Вирусът на хепатит А е РНК вирус без обвивка, който причинява остър вирусен хепатит. Инфекцията с хепатит А не е сексуално предавана болест, но е известно, че причинява огнища сред MSM (ECDC, 2019).

Вирусът на хепатит А се предава по фекално-орален път и рядко чрез досег с кръв. В развитите страни има ниски циркулиращи нива на вируса на хепатит А, въпреки че понякога се появяват огнища. След инкубационен период от 30 дни симптомите започват с треска, неразположение, анорексия, гагене и коремен дискомфорт, последвани в рамките на няколко дни от жълтеница. Рядко се наблюдава остра чернотна недостатъчност. Клиничното заболяване продължава приблизително осем седмици, понякога по-дълго (до 6 месеца), но не се съобщава за хронична инфекция с HAV.

Ваксината срещу хепатит А е ефективна за превенция и имунизацията срещу инфекция с HAV се препоръчва за мъже, които правят секс с мъже. В случай на установена инфекция, докладване за случая до местния здравен орган е задължително.

4.2.6.d) Инфекция с вируса на хепатит В

Вирусът на хепатит В е ДНК вирус, който причинява инфекция с хепатит В. Предава се чрез сексуален контакт, кръвопреливане или по време на интравенозна употреба на наркотици. В развитите страни рискът от инфекция през целия живот е нисък (<20%) и повечето инфекции се появяват при възрастни рискови групи чрез интравенозна употреба на наркотици и сексуален акт.

Приблизително 50% от възрастните с остри инфекции са безсимптомни. След инкубационен период от 60-90 дни заболяването започва с неспецифични симптоми на неразположение, треска, главоболие, мигалгия, продължаващи от 3 до 10 дни. Следва иктерична фаза, която обикновено продължава от 1 до 3 седмици и се характеризира с жълтеница, светли или сиви изпражнения, чувствителност на черния дроб и хепатомегалия. Реконвалесценцията може да продължи седмици или месеци. Хронична инфекция с хепатит В се среща при по-малко от 10% от случаите, но може да доведе до цироза и хепатоцелуларен карцином.

Използването на презерватив предотвратява от предаване. Ваксината срещу хепатит В е ефективна за превенция и имунизацията срещу инфекция с HBV се препоръчва за мъже, които правят секс с мъже. При случайно излагане се препоръчва пасивна имунизация със специфичен имуноглобулин на хепатит В за предотвратяване на инфекцията. Препоръчва се скрининг за хепатит В чрез изследване на HBsAg за сексуално активни MSM.

Ако бъде идентифицирана инфекция, докладване за случая до местния здравен орган е задължително.

4.2.6.е) Инфекция с вируса на хепатит С

Вирусът на хепатит С е еднoверижeн РНК вирус, който причинява инфекция с хепатит С. Предава се главно чрез интравенозна употреба на наркотици и кръвопреливане, въпреки че е възможно и предаване по сексуален път. Рискът от предаване е по-висок в случай на незащитен анален сексуален акт, особено в случай съществуваща инфекция с ХИВ или друга СПИ.

В Европа между 0,5% и 3% от хората живеят с хронична инфекция с хепатит С. Остри симптоми се развиват при 20-30% от заразените хора. След 6-9 седмици инкубация се появяват симптомите: умора, загуба на апетит, треска, мускулни или ставни болки, коремна болка, намален апетит и загуба на тегло, жълтеница, тъмна урина и светли или сиви изпражнения. Около 80% от пациентите развиват хронична инфекция, която след няколко години може да прогресира в цироза и рак на черния дроб. По-вероятно е инфекцията с хепатит С да стане хронична в присъствието на ХИВ, затова скрининг за хепатит С чрез изследване на анти-тела срещу хепатит С се препоръчва поне веднъж годишно за MSM, заразени с ХИВ.

Ваксина срещу хепатит С все още не е налична, препоръчва се използването на презерватив за предотвратяване на предаването на хепатит С. Ако бъде идентифицирана инфекция, докладване за случая до местния здравен орган е задължително.

4.2.6.f) Аногенитална херпес-вирусна инфекция

Аногениталната херпес-вирусна се причинява от вируси на херпес симплекс (HSV) тип 1 и 2. Главно HSV-2 се свързва с аногенитална инфекция, въпреки че HSV-1 също може да причини генитална инфекция.

Гениталният херпес е честа СПИ, която се среща предимно при възрастни. Повечето

заразени хора нямат първични генитални симптоми, въпреки че 25% изпитват рецидивиращи генитални язви. Първичната инфекция може да бъде лека и неочевидна, откритото заболяване (10%) може да се появи с треска и неразположение, продължаващи седмица или повече, придружени от везикуларни лезии по шийката на матката, вулвата, главичката на пениса, препуциума, ануса и ректума. Рецидивиращи язви обикновено се появяват по вулвата, перинеалната кожа, краката и задните части. Могат да бъдат засегнати и други генитални или периаанални места, както и устата.

Предаването на HSV-2 става чрез директен контакт с кожата или секрети на заразен човек, обикновено чрез орален, анален или вагинален сексуален акт. Използването на презерватив намалява риска от предаване.

HSV-2 инфекцията увеличава риска от заразяване с нова ХИВ инфекция. Освен това хората с ХИВ и HSV-2 инфекция е по-вероятно да разпространяват ХИВ сред други. HSV-2 е една от най-честите коинфекции с ХИВ, като се среща при 60-90% от заразените с ХИВ хора.

Антивирусното лечение като ацикловир, фамцикловир и валацикловир може да намали тежестта и честотата на симптоматичните епизоди.

4.2.6.g) Гонорея (гонококова инфекция)

Гонореята е сексуално предавана болест, причинена от бактерията *Neisseria gonorrhoeae*. Гонококовата инфекция се предава чрез контакт с ексудати от лигавиците на заразени хора в резултат на сексуална активност по време на вагинален, анален и орален секс.

Гонококовата инфекция може да се прояви като остра гнойна секреция от уретрата

с гизурия в рамките на 2-7 дни след експозицията. Малък процент от гонококови инфекции протича безсимптомно. Друга форма на инфекция е мукопурулентен цервицит. Той може да бъде безсимптомен, въпреки че някои може да имат необичайно вагинално течение и кървене след сексуален акт. При 20% от случаите гонококовата инфекция води до ендометрит, салпингит или тазов перитонит с последващ риск от безплодие и извънматочна бременност.

Възможно е да се появят фарингеални и аноректални инфекции, които, макар и обикновено безсимптомни, могат да причинят сърбеж, тенезми и секрети.

Правилното и последователно използване на презерватив намалява риска от предаване. За сексуално активни МСМ скрининг за гонорея се препоръчва ежегодно, а за тези с висок риск (които правят кемсекс, секс с множество или анонимни партньори, занимават се със секс работа) се препоръчва тестване на всеки 3-6 месеца. В зависимост от сексуалната експозиция, трябва да се изследват и фарингеалните и ректалните места. Сексуално активните трансджендър хора – особено тези, които правят секс с мъже – трябва да бъдат изследвани подобно на МСМ.

Гонококовата инфекция обикновено се лекува с кратък курс антибиотици, въпреки че нарастващата антибиотична резистентност представлява проблем. Докладването на случая до местните здравни власти е задължително и се изисква разследване на контактите и източника на инфекция и уведомяване на сексуалните партньори.

4.2.6.н) Сифилис

Сифилисът е сексуално предавана бактериална инфекция, причинена от *Treponema pallidum*.

Начинът на предаване е директен контакт с инфекциозни ексудати от лезии по кожата и лигавиците на заразени хора по време на орален, анален или вагинален сексуален акт. По време на бременност възниква трансплацентарна инфекция.

Увеличаването на честотата на съобщените първичен и вторичен сифилис се дължи най-вече на увеличените случаи сред МСМ. Прогнозните честоти на сифилис са значително по-високи в популацията на МСМ (de Voux et al., 2017).

Инфекцията със сифилис се характеризира клинично с първична лезия, вторичен обрив, включващ кожа и лигавици, дълги периоди на латентност и късни лезии на кожата, костите, вътрешностите, ЦНС и сърдечно-съдовата система. Първичната лезия (шанкър) се появява около 3 седмици след експозицията като индурирана, безболезнена язва със серозен ексудат на мястото на първоначалната инвазия. Шанкърите могат да се появят върху или около външните полови органи, вагината, ректума, ануса или устата. След 4-6 седмици шанкърът започва да инволуира и се появява генерализиран вторичен обрив. Вторичните проявления преминават спонтанно в рамките на седмици или няколко месеца. Нелекуваните случаи ще преминат към латентна инфекция, която може да продължи години, а приблизително една трета от заразените хора развиват третичен сифилис.

Използването на презерватив намалява риска от предаване, но не го елиминира напълно, тъй като предаването може да възникне, ако раната от сифилис не е покрита от презерватива.

За сексуално активни МСМ серологичен тест за сифилис се препоръчва ежегодно, а за тези с висок риск (които правят кемсекс, секс с множество или анонимни партньори, занимават се със секс рабо-

та) се препоръчва тестване на всеки 3-6 месеца. Сексуално активните трансгендър хора – особено тези, които правят секс с мъже – трябва да бъдат изследвани подобно на МСМ. Вроденият сифилис се предотвратява чрез серологичен тест за сифилис в ранната бременност като рутинна част от пренаталния преглед.

Парентералният пеницилин е първата линия за лечение на сифилис. Докладването на случая до местните здравни власти е задължително и се изисква разследване на контактите и източника на инфекция.

4.2.6.i) Хламидийна генитална инфекция

Хламидийната генитална инфекция се причинява от имунотипове *Chlamydia trachomatis* D до K. Предава се чрез вагинален, анален и орален сексуален акт.

Хламидийната генитална инфекция се проявява предимно като уретрит или като цервикална инфекция. Уретритът често е трудно да се разграничи от гонококова инфекция и включва отделяне на мукопурулентен секрет, уретрален сърбеж и парене при уриниране. Асимптоматичната инфекция се среща при 1-25%. Възможните усложнения или последици от инфекции на уретрата включват епидидимит, безплодие и синдром на Райтер.

При цервикална инфекция клиничните прояви могат да бъдат подобни на тези при гонорея и могат да се проявят като отделяне на мукопурулентен ендоцервикален секрет с оток, еритем и лесно предизвикано ендоцервикално кървене, причинено от възпаление на ендоцервикалния колонен епител. До 70% от цервикалните хламидийни инфекции могат да бъдат

асимптоматични. Усложненията включват салпингит на матката и фалопиевите тръби с последващ риск от безплодие, извънматочна бременност или хронична болка в областта на таза. Асимптоматичните хронични инфекции увеличават риска от усложнения. Ендоцервикалната хламидийна инфекция е свързана с повишен риск от заразяване с ХИВ инфекция.

Тъй като гонококовите и хламидийните инфекции често са трудни за клинично разграничаване, се препоръчва лечение с кратък курс перорални антибиотици и за двата организма, когато има съмнение за един от тях.

Лимфогранулома венерум (LGV), причинена от серовари L1, L2 и L3, в последно време се откроява като причина за огнища на проктит сред мъже, които правят секс с мъже (МСМ) (de Vrieze and de Vries, 2014).

Използването на презерватив намалява риска от предаване. Хламидията е болест, за която е необходимо уведомление, докладване за случая до местните здравни власти е задължително и е необходимо проучване на контактите и източника на инфекцията. Препоръчително е едновременно лечение на редовните сексуални партньори.

За сексуално активни МСМ се препоръчва ежегодно изследване на три места (първа урина, фарингеален и ректален участък), а за тези с висок риск – на всеки 3-6 месеца. Сексуално активните трансгендър хора – особено тези, които правят секс с мъже – трябва да бъдат изследвани подобно на МСМ.

Глава 5. – Специфични проблеми

5.1) Групови характеристики

5.1.1.) Специфични за транс хората здравни проблеми

В резултат на критиките на някои транс активисти и специалисти по психично здраве към стигматизиращия, патологизиращ поглед към трансгендър идентичностите в DSM и МКБ, настоящото издание на МКБ-11 все още съдържа диагноза „Несъответствие на пола“, но тя е премахната от психичните разстройства и е поставена в различна глава, наречена „Състояния, свързани със сексуалното здраве“ (WHO - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 11, 2021; APA, 2017; Rodríguez, Granda and González, 2018). Следователно транс пациентите могат да потърсят медицинска помощ при преход, като в същото време са освободени от част от стигматизацията, причинена от медицинализацията (Rodríguez, Granda and González, 2018).

5.1.1.а) Психичното здраве като цяло

Въпреки че някои транс активисти и лекари се противопоставят на DSM 5 (Диагностично и статистическо ръководство за психични разстройства), защото стигматизира и патологизира трансгендър идентичностите, то все още съдържа диагноза „Несъответ-

ствие на пола“, което предполага, че това е психично разстройство^(WHO - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 11, 2021; APA, 2017; Rodríguez, Granda and González, 2018) и дадената причина за това решение е да се улесни достъпа до грижи (Rodríguez, Granda and González, 2018).

В DSM 5 се използват тези диагностични критерии за възрастни/юноши и за деца:

При юноши и възрастни трябва да съществуват поне две от следните състояния в продължение на поне шест месеца, за да се постави диагноза полова дисфория:

1. Забележимо несъответствие между изживяван/изразен пол и първични и/или вторични полови белези
2. Силно желание да се премахване на първичните и/или вторичните полови белези
3. Силно желание за първични и/или вторични полови белези на другия пол
4. Силно желание на човека да бъде от другия пол
5. Силно желание на човека да бъде третиран като другия пол
6. Силно убеждение, че човекът има типичните чувства и реакции на другия пол

В случай на деца дистресът и функционалните разстройства трябва да бъдат свързани с две от следните изисквания, за да се постави диагноза, а състоянията трябва да продължат поне половин година:

1. Силно желание на детето да бъде от другия пол или настояване, че е от другия пол
2. Силно предпочитане за носене на грехи, характерни за противоположния пол
3. Силно предпочитане към ролите на другия пол в игри с преструване или въображаеми ситуации.
4. Силно предпочитане към играчките, игрите или дейностите, използвани или извършвани стереотипно от другия пол
5. Силно предпочитане за приятели от другия пол
6. Силно отхвърляне на играчки, игри и дейности, характерни за приписания пол на детето
7. Силна неприязън на детето към половата му анатомия
8. Силно желание за физическите полови характеристики, които съответстват на изживявания пол

Тези критерии и патологизиращият подход не отговарят на изискванията за грижа, ориентирана към пациента, и не подкрепят полово неконформните млади хора и техните семейства.

5.1.1.b) Психично здраве на трансгендър младежите

Подкрепата на деца и юноши с трансгендър идентичност трябва да включва осигуряване на безопасна среда за децата да изразят своята полова идентичност, без да бъдат унижавани, малтретирани или отхвърляни (James et al., 2015; Aramburu, 2016). Специалистите по психично здраве могат да помогнат на родителите при разработването на вдъхващи увереност възможности за детето с цел изследване преживяванията на това да живееш в друга полова роля (напр.: обличане на грехи за другия пол по време на празници, използване на предпочитаното име и местоимения у дома) и за непрекъснато разширяване на обстоятелствата на

живот според предпочитания пол заедно с нуждите на детето. Ако родителите или настойниците не желаят да сътрудничат и се гържат пренебрежително, здравните специалисти трябва да им обяснят неблагоприятните последици от негативните нагласи и отхвърлянето върху психичното и физическото здраве на детето им.

Специалистите по психично здраве трябва:

1. да не отхвърлят, критикуват или съдят за полово неконформните идентичности.
2. да бъдат отворен за небинарни полови идентичности.
3. да подкрепят детето, като използват правилните местоимения.
4. да поддържат безопасна и подкрепяща среда по време на срещите.
5. да са активни като съюзници и да обхващат своите млади клиенти и техните семейства за терапевтичните възможности.
6. да извършват цялостна оценка на функционирането и трудностите на детето и семейството (силните и слабите страни на емоционалното функциониране, връстниците на детето и други социални връзки, интелектуалното функциониране на детето).
7. да информират пациентите и хората, които полагат грижи за тях, за възможностите и ограниченията на достъпните терапии.
8. да подкрепят семейството и детето при овладяване на несигурността и тревожността.
9. да помагат на семейството и детето да комуникират и управляват прехода с общността и институциите (напр. училище или служба по вписванията)

(WPATH - SOC7, 2012; Benestad, 2009; Jones et al., 2019).

Интервенции за деца и юноши

Според WPATH трябва да бъдат изпълнени

следните критерии за потискащи пубертета хормони:

1. Подрастващият е демонстрирал дълготраен и интензивен модел на несъответствие на пола или полова дисфория (независимо дали е потиснати или изразени);
2. Половата дисфория се появява или влошава с настъпването на пубертета;
3. Всички съпътстващи психологически, медицински или социални проблеми, които биха могли да попречат на лечението (напр. които могат да компрометират придържането към лечението), са разгледани, така че ситуацията и функционирането на подрастващия да са достатъчно стабилни, за да започне лечение; Подрастващият е дал информирано съгласие и особено когато подрастващият не е навършил възрастта на медицинско съгласие, родителите или другите настойници са дали съгласието си за лечението и участват в подпомагането на подрастващия през целия процес на лечение.“ (WPATH - SOC7, 2012; Hembree et al., 2009).

1. Напълно обратими интервенции. Използване на потискащи хормони за намаляване на ефекта на естрогена или тестостерона с цел забавяне на физическите промени във вторичните полови белези през пубертета. Прогестините или други лекарства (като спиронолактон) също намаляват секрецията на андроген. Продължително ползване на орални контрацептиви или депо инжекции могат да се използват за потискане на менструалния цикъл. В някои страни, след подходяща и дългосрочна психологическа оценка, са на разположение забавящи пубертета хормони (като аналози на гонадотропин-освобождаващ хормон [GnRH]) като медицинска интервенция с благоприятен ефект върху психичното здраве на транс младежите и те се разглеждат като животоспасяващи

интервенции, въпреки че дългосрочните последици все още са относително неизвестни (de Vries et al., 2014; Chew et al., 2018; Rew et al., 2021; Biggs, 2020). Въпреки това Рю подчертава в своя преглед, че блокери на пубертета отдавна се използват в случай на преждевременен пубертет като стандарт за медицинска грижа с редки неблагоприятни физически и психологически ефекти (Rew et al., 2021). Промени в настроението, емоционална лабилност и промени в телесния състав (увеличаване на мазнините, намаляване на телесната маса, костния обмен и скоростта на ръста) се съобщават като странични ефекти (Chew et al., 2018; Rew et al., 2021). Блокерите на пубертета поддържат II стадий на Танер, за да се даде повече време за наблюдение на развитието на половата идентичност без нарастващата тревожност и дисфория, които съпътстват характеризирането на развиващите се полови белези. Насоките за клинична практика на обществото по ендокринология изискват педиатричен ендокринолог да следи отблизо процеса на хормонално потискане, за да проследи развитието на пациента и да предотврати странични ефекти (отклонение ръста и по-ниска костна плътност) (Hembree et al., 2009).

2. Частично обратими интервенции. Използване на хормони с цел феминизиране или маскулинизиране на външния вид и други характеристики. Някои от тези интервенции като вирилизация и гинекомастия са обратими само чрез операции.

3. Необратими интервенции. Това са хирургични процедури с цел промяна на гениталиите или на външния вид. Операция на гениталиите трябва да се извършва само в случай че пациентът е живял според съответстващия пол поне една година и когато е навършил пълнолетие. При пациенти, които правят преход от жена към мъж, операция на гръдния кош може да се

извърши по-рано, след една година терапия с тестостерон (Hembree et al., 2009; WPATH - SOC7, 2012).

5.1.1.с) Възрастни транс хора

Няколко проучвания показват клинично значими нива на тревожност и депресия и повишено недоверие към други хора при трансджендър възрастни, като за тях също така е по-вероятно да съобщават за суицидни мисли и опити за самоубийство, да приемат психотропни лекарства и да се борят с проблематична употреба на алкохол (Institute of Medicine (US), 2011; Mathy, Lehmann and Kerr, 2003). Суицидните мисли са високи сред транс хората и е по-вероятно да бъде съобщено за такива от транс мъже, отколкото от транс жени, въпреки че за транс жените е по-вероятно да опитат да се самоубият (Xavier, 2000; Haas, Rodgers and Herman, 2014; Adams and Vincent, 2019; Peterson et al., 2017).

Препоръката за стандарти за грижа за транс хора, публикувана от Световната професионална асоциация за трансджендър здраве (WPATH), е достъпна на 18 езика. Стандартът за медицински грижи предоставя насоки от професионалисти въз основа на актуалната литература, знания и клиничен опит при оценката и лечението на транс хора. Въпреки това, както подчертахме в предишните глави, медицинският дискурс за транс хората и самия преход често е патологизиращ и медиализиращ. Следователно към медицинските и психологическите ръководства и стандарти във връзка с транс идентичностите трябва да се подхожда по-критично. Трябва да се стремим да установим диалог със своите транс пациенти и да се подложим на самоанализ във връзка със своите предразсъдъци и патерналистични начини на говорене и лекуване на своите транс пациенти. Трябва да отразяваме по-приемащо и утвърждаващо отношение и комуникация в името на психичното (и физическото) благополучие на пациен-

тите. Трябва да направим някои стъпки към културното смирение и да обмисляме своите привилегии и своята сила, дадени ни от статута ни на професионалисти.

На транс хората трябва да бъдат предоставяни по утвърждаващ начин на транс-специфични грижи за психично здраве с цел намаляване на техните психични проблеми и риска от самоубийство.

Специалистите по психично здраве трябва да оценят историята на дистреса на пациента във връзка с пола, приписан при раждането, наличието или отсъствието на подкрепящи отношения, ефектите от преживяните социални нагласи, стигма, дискриминация и нормализиране, както и общото състояние на психичното им здраве. Медицинските специалисти и специалистите по психично здраве трябва да оценят ресурсите и способностите на своите пациенти да се справят със стигматизираната си идентичност. Доставчиците също трябва да оценят възможностите на своите пациенти за прилагане на конструктивни механизми за справяне и да предоставят информация за услугите за подкрепа.

При предоставена адекватна подкрепа и информация, трансджендър възрастните трябва да имат възможност за достъп до интервенции (напр. операция или хормонална терапия), за да се намали дистресът им, причинен от несъответствието между тяхната полова идентичност и полови характеристики

Хормонална терапия за възрастни

Специалистите трябва да насърчават, насочват и помагат на пациентите си да дават напълно информирано съгласие и да се подготвят дори за хормонална терапия и да изключат всякакви съществени паралелно протичащи проблеми с

психичното здраве. Ако е необходимо за пациентите, репродуктивните възможности също трябва да бъдат обсъдени преди започване на хормонална терапия.

Тези транс хора, които се подлагат на терапия за утвърждаване на пола, в повечето случаи са доволни, съжаление или намерение за „обръщане“ на процедурата са изключително редки, което също така подсилва тезата, че подходът, ориентиран към пациента, и уважението към пациента са важни и целесъобразни в случай на грижа за транс пациенти, поради което не се изискват патерналистични медукализирани процедури (Lawrence, 2003; van de Grift et al., 2018). Семейната или социалната подкрепа, психологическата готовност, положителният хирургичен опит без усложнения предполагат добри резултати за здравето на трансгендър хората след операция (Lawrence, 2003; Papadopoulos, 2017; van de Grift, 2018).

Транс хората се нуждаят от следоперативна грижа (включително предписване на хормони) и проследяване, за да се контролират дългосрочните им здравни резултати (Monstrey et al., 2009). Здравните специалисти трябва да насочат вниманието на пациентите към необходимостта и желателността на непрекъснатата грижа: наблюдението на краткосрочните и дългосрочните ефекти от интервенциите (гонадектомия, други операции и/или дългосрочна хормонална терапия с високи дози), необходимостта от препоръчителни скринингови тестове, съобразени с насоките, и други ползи от ефективното проследяване. Целта на следоперативния процес на проследяване е да се предотвратят нежелани странични ефекти, да се извърши специфичен скрининг и да се лекуват всякакви състояния или заболявания, свързани с хормоналното или хирургичното лечение на пациента. Грижите след лечението трябва да бъдат

екипна работа, включваща хирурга, ендокринолога, общопрактикуващия лекар и специалиста по психично здраве или психотерапевта, който е участвал в терапевтичен екип, за да подкрепи пациента.

Простатата не се отстранява по време на вагинопластика, поради което транс жените трябва да бъдат проследявани за хиперплазия и тумори на простатата. Скринингът на PSA не е необходим рутинно за транс жени, нивото на PSA може да бъде ниско поради ефекта на феминизиращите хормони в случай на рак, но се препоръчва за пациенти с висок риск след 45-годишна възраст.

След операции за отстраняване на гърдите може да има остатъчни тъкани, поради което трябва да се извърши редовен преглед на гърдите при транс мъже (ако не може да се направи мамографски скрининг) (Weyers et al., 2011; Burcombe et al., 2003). Трансгендър пациентите с налична шийка на матката или след вагинопластика трябва да бъдат изследвани за HPV (на всеки 3-5 години) и за вагинална или цервикална неоплазия редовно. Ако шийката на матката е напълно отстранена и няма данни за предишна високостепенна колонизация на HPV, няма нужда от допълнителен скрининг.

Транс хора с налични матка или яйчници трябва да бъдат изследвани след хормонална терапия с цел изключване на СПКЯ. Няма доказателства във връзка с риска от рак на яйчниците при транс пациентите, въпреки че нулипарността и генетичните мутации могат да окажат своя ефект, поради което тези, които имат определени рискови фактори, трябва да бъдат изследвани на всеки 1-3 години. Офоректомия се препоръчва, ако пациентът не желае да запази фертилитета си, и операцията не е противопоказана.

Точно както при цис жените, инфекциите

на долната част на пикочно-половата система засягат по-често транс жените поради скъсената уретра. В някои случаи следоперативната анатомия не гарантира безпрепятствено уриниране, като след операцията могат да възникнат уринарна инконтиненция и други нарушения на пикочния мехур (Hoebeke et al., 2005; Kuhn, Hildebrand and Birkhaeuser, 2007). В някои случаи пациентите не предприемат определени интервенции (напр. вагинектомия), като в този случай генитални оплаквания като сърбеж или парене могат да възникнат във вагината поради вагинална сухота, затова трябва внимателно да насочим вниманието на пациентите към използването на лубриканти за облекчаване на дискомфорта и предотвратяване на инфекции (Bizic, Kojovic, Duisin, Stanojevic, Vujovic, Milosevic, Korac and Djordjevic, 2014; Meltzer, 2016).

Лекарите в първичната медицинска помощ трябва да могат да осигурят подходяща грижа за своите транс пациенти с хирургична история и/или хормонална терапия. ОПЛ трябва да са наясно с най-често срещаните проблеми с физическото здраве във връзка с прехода, за да могат да насочат пациента към подходящия специалист, ако е необходимо.

Неадекватният процес на проследяване може да доведе до неподходящо обслужване на пациентите и да остави предотвратими неблагоприятни последици за здравето или ранни стадии на рак недиагностицирани, но от друга страна прекомерният скрининг може да доведе до ненужни интервенции и високи разходи за здравната система.

Някои интервенции или прегледи могат да бъдат физически или емоционално натоварващи за някои от транс или небинарните хора, особено в случай на преглед на външните или вътрешните гениталии или пикочно-половата система.

Сексуална функция

При сексуалното и репродуктивното здраве на трансгендър хората също има някои уникални съображения. Хормоналната терапия може да има ефект върху фертилитета, въпреки че са проведени малко изследвания върху свързаните с репродуктивното здраве нужди на тази популация. Трансгендър хората може да имат проблеми със сексуалното функциониране: както транс жени, така и транс мъже съобщават за затруднения със сексуалната възбуда, намалено сексуално желание и трудности със способността за оргазъм (Institute of Medicine (US), 2011).

Очаква се феминизиращите хормони да намалят сексуалното желание, но от друга страна не са представени доказателства, които да потвърдят, че маскулинизиращата хормонална терапия увеличава сексуалната възбуда и способността за оргазъм (Klein and Gorzalka, 2009). Хирургичните процедури и техники са подобрени, което води до по-добра способност за оргазъм след операция както за транс мъжете, така и за транс жените (Garcia, 2018; Selvaggi et al., 2007; Lawrence, 2005). Както при мъжка ХЗТ, така и при вагинопластика трябва да обърнем внимание на пациентите върху осигуряване на подходяща лубрикация в ежедневието и особено в случай на вагинален сексуален акт, тъй като мъжката ХЗТ, и вагинопластиката са свързани с вагинална сухота, поради което изкуствената лубрикация е важна, за да се предотвратят увреждане на тъканите и инфекции (Bizic, Kojovic, Duisin, Stanojevic, Vujovic, Milosevic, Korac and Djordjevic, 2014; Meltzer, 2016).

5.1.1.d) Грижи за транс хора в напреднала възраст

Транс хората може да забавят прехода си с цел избягване на дискриминация на работното място и в ежедневието. Те може да изберат да не се разкрият като

транс в продължение на десетилетия, като са прекарвали десетилетия скрити или са били подложени на стигматизация и дискриминация (Porter et al., 2016). Трябва да имаме предвид, че ако хормоналната терапия бъде започната на по-късна възраст, тя ще бъде по-малко ефективна и общото здравно състояние на възрастните хора може да повлияе на възможността за предписването ѝ. Все пак някои проучвания показват, че хормоналната терапия, започната в по-късна възраст, има благоприятен ефект върху живота на транс хората (Lawrence, 2003; Porter et al., 2016). Транс хората в напреднала възраст често преди това са били женени или са имали деца, следователно, както и при транс децата, в такива случаи може да се наложи да обърнем повече внимание на подкрепата на семейството им (Persson, 2009; Porter et al., 2016).

Също така трябва да сме наясно, когато се грижим за по-възрастни транс хора, че те са по-малко подкрепяни от семейството си, може да са изолирани от близките си хора, по-вероятно е да са безработни, поради което е по-вероятно да живеят сами и в неадекватни жилищни условия. Наличието на адекватни познания за специфичната за страната система за финансиране на лекарства също е важно, когато се грижим за по-възрастни транс хора, тъй като в някои страни хормоналната терапия за транс хора не се поема или се поема в минимална част от системата за здравно осигуряване, което допълнително влошава положението на транс хората в напреднала възраст.

5.1.2.) Специфични за интерсекс хората здравни проблеми

Интерсекс телата по принцип са физи-

чески здрави. Интерсекс вариации като чадърен термин се използва за описване на хора, живеещи с вродени атипични хромозомни, хормонални и/или анатомични полови белези, поради което трябва да имаме предвид, че това е разнообразна група. Съществуват и огромни различия в начина, по който хората в медицинската професия използват термина „интерсекс“ и как групират интерсекс вариациите (Jones, 2018). Тарталия и колеги подчертават в своето проучване, че резултатите от ранните проучвания на тризومیите на половите хромозоми трябва да се обработват с повишено внимание поради малкия размер на извадката, метода на напречното сечение, изместването при подпора на извадката извадката (поради тенденцията, че само тежките случаи на тризومیите на половите хромозоми са били разпознавани, преди да са налични генетични тестове), както и поради факта, че при клиничните изпитвания на лечението често липсва рандомизиран контрол и заслепяване (Tartaglia, Howell, Davis, Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz and Ross, 2020). Тези методологически въпроси се появяват и по-рано в изследването на Питърс и колеги (Pieters, Kooper, van Kessel, Braat and Smits, 2011). Въз основа на горните причини, някои от тези констатации не могат да бъдат обобщени за цялата интерсекс популация.

Да бъдеш интерсекс или да имаш интерсекс вариация не означава, че тялото е дисфункционално. Някои проблеми с психичното или физическото здраве на интерсекс хората са свързани с тяхната интерсекс вариация или лечение, което са получили, докато други са независими от това. Трябва също така да вземем предвид, че принижаването на интерсекс състоянието до обикновена диагноза и медикализирането на интерсекс вариациите оказват дълбоко отрицателно въздействие върху психичното и физическото здраве на интерсекс хо-

рата, засягат тяхната индивидуална и социална идентичност и възможности, техните връзки и социални отношения (Knight, 2017; Amnesty International, 2017; GrApSIA, 2015).

5.1.2.а) Психично здраве

Медицинската професия смята, че хората с интерсекс тела не могат да се интегрират в обществото, поради което интерсекс бебета, деца и младежи често са подлагани на ненужни и необратими операции за определяне на пола (Jones et al., 2019). Децата обикновено са в състояние да категоризират собствения си пол на възраст от 3 години, а половата идентичност става относително консистентна до 6-годишна възраст, въпреки че трябва да отбележим, че флуидност или различия все пак в някои случаи могат да се появят по-късно. Интерсекс хората често се чувстват неспокойни поради несъответствие между пола, приписан при раждането, и половата идентичност: жените със синдром на пълна андрогенна резистентност и вродена надбъбречна хиперплазия, които са отгледани според нормите на женския пол, по-рядко изпитват този вид трудности, докато при деца с най-често срещаните мъжки интерсекс състояния (нарушение на биосинтеза на тестостерон или реакцията на тъканите към дихидротестостерон и/или тестостерон поради дефицит на 5 α -RD-2-5 – 5-алфа-редуктаза тип 2, или 17 β -HSD-3 –17 β -хидроксистероид дехидрогеназа-3), които са отгледани като жени, има много по-широко (59% и 39%) разпространение на полова дисфория (Mendonca et al., 2000; Mains et al., 2008; Cohen-Kettenis, 2005).

Нежеланите операции имат тежки дългосрочни последици върху психичното и физическото здраве на интерсекс хората, като причиняват необратими физически и психологически увреждания (Amnesty International, 2017; Knight, 2017; Bauer and Truffer, 2019). Някои интерсекс хора съобщават за скръб и чувство за

загуба на автономия поради тези операции за определяне на пол без тяхното съгласие, често извършвани в ранна детска възраст. В резултат на тези нежелани операции (най-вече операции на гърдите и такива, които причиняват белези) те може да се почувстват отчуждени от себе си и от собственото си тяло (Jones et al., 2019; Knight, 2017; GrApSIA and Audi, 2014). Преживяните негативни нагласи и дискриминация предизвикват по-ниско самочувствие и нарушено възприятие на тялото. Интерсекс хората често се сблъскват с обществен и медицински натиск да вземат решение за своята полова идентичност и да се приспособят към половите норми и бинарните полови характеристики (Jones, 2016; Knight, 2017; Amnesty International, 2017; Bauer and Truffer, 2019).

Това причинява тежък дистрес и им пречи да изследват и изразяват собствената си в някои случаи небинарна полова идентичност. Всички горепосочени фактори биха могли да обяснят защо самонараняването, суицидните мисли и опитите за самоубийство са особено честни в интерсекс популацията. Определени медици в някои страни сега признават, че родителите трябва да обмислят да оставят тялото на детето си непокътнато с цел запазване на автономията, достойнството, сексуалната функция и фертилитета на детето (Knight, 2017). Въпреки че някои здравни заведения все още подкрепят ранните операции с цел да се даде възможност на децата да „израснат с по-нормално изглеждащи гениталии“ и „да се сведе до минимум тревогата на родителите“, подходите, базирани на правата на човека, твърдят, че тези видове осакатяване са ненужни и не трябва да се разглеждат като терапевтични (Knight, 2017; Jones et al., 2019).

В много случаи интерсекс хората са съветвани от лекарите да крият своя интерсекс статус, което може да бъде огромна тежест както за семейството, така и за човека. Родителите и настой-

ниците често крият интерсекс статуса на децата си дори от самото дете поради препоръка или предложение на лекарите (Danon and Krämer, 2017). В резултат на това някои хора с интерсекс вариации получават малко или никаква информация за своето състояние, прогресията му и възможностите им да получат или отхвърлят лечение. Информирането и подкрепата на пациентите и техните настойници във връзка с интерсекс вариациите е от съществено значение. Желателно е нашите пациенти и техните близки да бъдат гържани в течение за непрекъснато развиващите се техники и лечения, за да се осигури подходяща грижа за интерсекс младежите и да се даде възможност както на настойниците, така и на самите пациенти да дадат информирано съгласие и да не съжаляват за решението си за направена операция или получено лечение.

Също така е много важно интерсекс хората и техните близки да получат подходяща подкрепа, като трябва да ги информираме за възможностите и ползите от групите за взаимопомощ и да им препоръчаме опитни, утвърждаващи и културно компетентни услуги за психично здраве.

5.1.2.b) Телесно здраве

Проблемите с физическото здраве във връзка със самото интерсекс състояние или в резултат на направени операции и получено лечение трябва да бъдат признати. Определена информацията вече беше представена в Глава 2. (2.2.3 *Проблеми с физическото здраве, засягащи определени групи*), затова в настоящата глава бихме искали да поставим акцента първо върху ефектите на гонадектомията и методите и страничните ефекти на хормонално-заместителните терапии, след което бихме искали да предоставим допълнителна информация за различните интерсекс вариации.

Хирургически интервенции

В случай на интерсекс вариации трябва да се споменат два вида операции: 1) нормализиращи операции на външните полови органи и 2) гонадектомия.

Първата група операции (нормализиращи операции) включва няколко техники или процедури (напр. вагинопластика, лабиопластика, операции за намаляване на клитора, фалопластика, скротопластика и уретропластика), за да се произведе анатомия, която е по-подходяща за очакваните външни полови органи / типични мъжки/женски полови белези (Zhang, Pan, Ji, Wang, Shen, Liu, Lu and Zhou, 2013; Creighton, 2001; Bauer and Truffer, 2019; Zeeman and Aranda, 2020). Тези операции са обосновани като подпомагащи по-добра психосоциална адаптация, въпреки че много медицински и граждански доклади привличат вниманието към техните вредни последици (напр. белези, травми, инконтиненция, намаляване или загуба на сексуално усещане, доживотна хормонално-заместителна терапия и нейните странични ефекти) (GrApSIA and Audi, 2014; Zeeman and Aranda, 2020; Knight, 2017; Bauer and Truffer, 2019; Amnesty International, 2017). Нормализиращите операции при малки интерсекс деца, преди те да могат да обявят своята полава идентичност, включва риск от приписване на грешен пол (Zeeman and Aranda, 2020; Knight, 2017; Bauer and Truffer, 2019; Amnesty International, 2017).

Втората група включва отстраняване на тестиси, яйчници, овотестиси или фиброзно-ивичести гонади. Най-разпространеният аргумент за гонадектомията е предполагаемият повишен риск за някои злокачествени заболявания на половите жлезы, въпреки че настоящите изследвания оспорват необходимостта от гонадектомия и насърчават изчакване с повишено внимание (скрининг и проследяване) (Knight, 2017; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo and Frazier, 2018; Huang, Wang and Tian, 2017; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis,

Cools, Drop and Wolffenbittel, 2007; Slowikowska-Hilcz, Szarras-Czapnik, Wolski, Oszukowska, Hilcz, Jakubowski, Walczak-Jedzejowska, Marchlewska, Filipiak, Kaluzewski, Baka-Ostrowska, Niedzielski and Kula, 2015; Kathrins and Kolon, 2016; Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019). За да се оцени действителният риск от злокачествено заболяване и да се предотвратят ненужни гонадектомии, Куулс и колеги предлагат нова категоризация на риска от тумори на зародишните клетки, която може да установи по-добра основа за изчакване с повишено внимание (отлагане на гонадектомията възможно най-бързо, но поне до пубертета) и следователно може да се запази фертилитета на интерсекс хората (Cools, Drop, Wolffenbittel, Oosterhuis and Looijenga, 2006; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolffenbittel, 2007; Knight 2017; Parliament of Australia, 2012).

Операциите, извършени с информирано съгласие и с цел определяне на пол в съответствие с желанието на човека, или ефектът от хормоналния баланс, постигнат от медикаменти, могат да се смятат за положителни резултати за здравето, но трябва да отбележим, че няколко психични и здравни рискове са свързани с ранното хирургично лечение, често провеждано без съгласие, и последващата хормонално-заместителна терапия, прилагана за смекчаване на ефектите от гонадектомията и кастрацията.

Определени медици в някои страни сега признават, че родителите трябва да обмислят да оставят тялото на детето си непокътнато с цел запазване на автономията, достойнството, сексуалната функция и фертилитета на детето (Knight, 2017). Въпреки че някои здравни заведения все още подкрепят ранните операции с цел да се даде възможност на децата да „израснат с по-нормално изглеждащи гениталии“ и „да се сведе до минимум тревогата на родителите“, подходите, базирани на правата на човека, твърдят, че тези видове осакатяване са ненужни и не трябва да се разглеждат

като терапевтични (Knight, 2017; Jones et al., 2019)

Хормонално-заместителна терапия

Хормонално-заместителната терапия (ХЗТ) е задължителна след двустранна гонадектомия, за да се замести производството на хормони в гонадната тъкан: да се гарантира пубертетно развитие и психологическо благосъстояние и благосъстояние на връзките/сексуален живот, да се поддържат вторични полови белези и да се предотвратят други застрашаващи здравето странични ефекти на хипогонадизма като остеомаляция и остеопороза. Изборът на лекарствена форма трябва да се ръководи от нуждите и предпочитанията на пациентите. ХЗТ се различава в зависимост от времето на гонадектомията.

Тестостерон (или друга андрогенна терапия) може да се прилага перорално, както и в трансдермална и инжекционна форма (вж. подробности в Глава 4.2.5. Фармакология). Обикновено 8-10 мг/кг тестостерон се използват за продължителна заместителна терапия. Тестостероновите импланти (400-800 мг на всеки 3-6 месеца), кремове, гелове или пластири могат да осигурят по-стабилни нива на тестостерон от интрамускулните инжекции, а пероралният тестостерон се използва рядко.

Налични са заместители на естроген в перорална (етинилестрадиол, конюгиран конски естроген, естрадиол валерат, естрон), подкожна (естрадиол), трансдермална (естрадиол) и други форми (спрей за нос, вагинален крем, песар). Оптималната доза естроген за хормонално-заместителна терапия все още не е известна. За поддържане на костната минерализация се предлагат конюгиран конски естроген 0,625 мг, естрадиол валерат 2 мг, естропинат (пиперазин естрон сулфат) 1,25 мг въз основа на

проучвания върху жени в постменопауза.

Прогестерон за предотвратяване на остеопороза при жените може да се прилага периодично (медроксипрогестерон 10 мг или дигрогестерон 10 мг в продължение на 14 дни на месец). За осигуряване на аменорея е възможно непрекъснато прилагане на прогестерони.

В случай на понижена костна минерализация може да се пристъпи към нормални физически дейности, прием на калций и на витамин D (Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013; Warne, Grover and Zajac, 2005).

Като цяло здравословните проблеми във връзка с полученото хормонално лечение и гонадектomia или кастрация включват по-ниска костна плътност, по-висок риск от остеопороза, разстройства на настроението, депресия или агресия, наддаване на тегло или сексуална дисфункция, както и повишен риск от съсирване на кръвта.

Хормоналните терапии имат свои собствени рискове и ползи, както подчертахме в Глава 4 (вж. Глава 4.2.5.d Рискове и странични ефекти от хормоналните терапии). Естрогенната терапия увеличава риска от тромбоемболични събития (миокарден инфаркт, инсулт, дълбока венозна тромбоза), като в същото време се съобщава за повишен риск от остеопороза, сърдечно-съдови заболявания, влошаване на когнитивната функция и болест на Паркинсон в случай на дефицит на естроген (Warne, Grover and Zajac, 2005; Ko, King, Williams, Creighton and Conway, 2017).

Репродуктивно здраве

В случай на интерсекс вариации трябва да се справяме със здравни проблеми, свързани с репродуктивното здраве и сексуалното здраве, дължащи се на гонаден дисморфизъм и дисфункция, а в някои случаи на ранни медицински интервенции, прилага-

щи хирургическа или химическа стерилизация (Jones et al., 2016; GrApSIA and Audí, 2014). В голямо австралийско проучване почти две трети от интерсекс хората посочват, че техните интерсекс вариации или полученото лечение са повлияли на сексуалния им живот (Jones, 2016). Съвременните медицински технологии могат ефективно да се справят с безплодие или да подпомагат зачеване, ако функцията и анатомията на съответните вътрешни полови органи го позволяват.

Подробна информация за най-често срещаните интерсекс състояния:

(С информацията по-долу трябва да се работи внимателно и критично поради медиализиращото виждане за интерсекс състоянията като цяло и ограничения размер на изследваната популация. Резултатите са представени чрез използване на медицински категории според клинична номенклатура, която някои хора от интерсекс общността намират за патологизираща. Извършването на проучвания в по-приобщаваща перспектива, като се вземат предвид действителните проблеми и опит на засегнатите, би било необходимо/желателно.)

Комплексна хипоспадия

Деца от мъжки пол с комплексна хипоспадия имат дислокиран отвор на уретрата (CDC, 2020). Отворът на уретрата може да бъде от долната страна на пениса (между пениса и скротума или между ануса и скротума). 32% от децата с хипоспадия имат скрити или липсващи тестиси, 15% имат ингвинална херния (Jones and Leonard, 2019). Някои от по-ранните проучвания показват, че еректилна дисфункция, смущения в еякулацията и инфекции на пикочните пътища са по-чести сред хората с хипоспадиаза, отколкото при средното население, но има големи различия между резултатите от различните

проучвания (Urology Care Foundation, 2021; Jones and Leonard, 2019; Bujan, Perovic, Milicevic, Jovic, Marjanovic and Djordjevic, 2004; Singh, Jayanthi and Gopalakrishnan, 2008). Трябва също така да имаме предвид, че литературата за сексуалното здраве на хората, живеещи с хипоспадиаза, не е толкова обширна и също така, че анеякулацията или неудовлетворението от ерекцията може да бъдат психическо и физическо следствие от предишни операции (Jones and Leonard, 2017; Örtqvist, Fossum, Andersson, Nordenström, Frisén, Holmdahl and Nordenskjöld, 2017).

Вродена надбъбречна хиперплазия

Това състояние се развива, защото стероидният ензим 21-хидроксилаза липсва или е неефективен, в резултат на което секрецията на кортизол и алдостерон са неадекватни, поради което могат потенциално да възникнат електролитни аномалии или надбъбречна криза (Jones and Leonard, 2017; Knight, 2017; Speiser, Arlt, Auchus, Baskin, Conway, Merke, Meyer-Bahlburg, Miller, Murad, M. H., Oberfield and White, 2018). Деца с ВНХ обикновено се раждат с атипични гениталии (Jones and Leonard, 2017; Knight, 2017; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013; Papadakis, Kandaraki, Tseniklidi, Papalou and Diamanti-Kandaraki, 2019; Merke and Poppas, 2013). Необходимо е внимание към нивата на електролитите и доживотен прием на минералокортикоидни и глюкокортикоидни добавки (Knight, 2017; Merke and Poppas, 2013). За деца с ВНХ с ХУ генотип има по-висок риск от рак на тестисите (Jones and Leonard, 2017; Speiser, Arlt, Auchus, Baskin, Conway, Merke, Meyer-Bahlburg, Miller, Murad, M. H., Oberfield and White, 2018; Merke and Poppas, 2013; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013). В случай на генотип ХХ с нередовен менструален цикъл са по-чести диспареунията и СПКЯ (Speiser, Arlt, Auchus, Baskin, Conway, Merke, Meyer-Bahlburg, Miller, Murad, M. H., Oberfield and White, 2018; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013). В резултат на лечението може да се развие затлъстяване, хипертония, остеопения, остеопороза, инсулинова резистентност или метаболитен синдром (Jones and Leonard, 2017; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013; Merke and Poppas, 2013). Намаленият фертилитет е характерен както за мъже, така и за жени с ВНХ, особено за тези, които живеят със сол-губеща форма

(Jones and Leonard, 2017; Papadakis, Kandaraki, Tseniklidi, Papalou and Diamanti-Kandaraki, 2019; Kamoun, Feki, Sfar and Abid, 2013). Хормоналният дисбаланс по време на юношеството може да повиши риска от някои съпътстващи заболявания (Merke and Poppas, 2013).

Синдром на андрогенна резистентност

Хората с андрогенна резистентност имат ХУ хромозоми, но поради частичната (PAIS) или пълната (CAIS) резистентност към андрогени (тестостерон), те обикновено имат женски (CAIS) или атипични (PAIS) полови белези (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elia, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Jones and Leonard, 2017). Тестиси има, но обикновено не са спуснати и могат да бъдат намерени в коремната кухина, в ингвиналния канал или в големите срамни устни. Липсват матката, шийката на матката и проксималната вагина (поради липсата на диференциация на структурите на Волф), а дисталната вагина има средна дължина от 2,5 до 8 см (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elia, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Jones and Leonard, 2017; Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019). Пациентите с AIS изглежда имат уникален хормонален профил, който се различава от физиологичните мъжки или женски (Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozzi, Penta and Esposito, 2019; Fallat and Donahoe, 2006). Състоянието обикновено се свързва с безплодие, но действителното разпространение или причините не могат да бъдат идентифицирани поради широкото разпространение на ранна гонадектомия, като според някои проучвания хората с AIS имат нормално функциониращи тестиси, които трябва да бъдат запазени възможно най-дълго, за да осигурят производство на ендогенни хормони (Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elia, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Fallat and Donahoe, 2006). Пациентите със синдром на андрогенна резистентност могат да имат по-висок риск от рак на тестисите, но при AIS появата на злокачествен тумор е необичайна преди пубертета, като няма консенсус сред резултатите (Lanciotti, Cofini, Leonardi,

Bertozi, Penta and Esposito, 2019; Fallat and Donahoe, 2006; Dicken, Billmire, Krailo, Xia, Shaikh, Cullen, Olson, Pashankar, Malogolowkin, Amatruda, Rescorla, Egler, Ross, Rodriguez-Galindo and Frazier, 2018; AI; Looijenga, Hersmus, Oosterhuis, Cools, Drop and Wolfenbuttel, 2007). В случай на пациенти с AIS трябва да обърнем специално внимание и на повишения риск от остеопения и остеопороза поради андрогенната резистентност и като основен страничен ефект от гонадектомията (Lanciotti, Cofini, Leonardi, Bertozi, Penta and Esposito, 2019; Tyutyusheva, Mancini, Baroncelli, D'Elios, Peroni, D., Meriggiola and Bertelloni, 2021; Jones and Leonard, 2017; Bauer and Truffer, 2020). Те може да изпитат затруднения по време на проникващ сексуален акт пенис-вагина в случай на недостатъчна дължина на вагината или непропорционалност на размера на пениса и вагината (GrApSIA and Audi, 2014). Те може също така да изразят полово неконформност, да прекъснат връзката или да отхвърлят пола, приписан им при раждането (Jones and Leonard, 2017).

Синдром на Майер-Рокитански-Кустер-Хаузер (вагинална агенезия)

Хората с MRKH имат нормални външни полови органи и функционални яйчници, но вагината и матката са недоразвити или липсващи. Състоянието често остава неоткрито до настъпването на първична аменорея (Jones and Leonard, 2019). Сред засегнатите хора са по-чести сексуална дисфункция (диспареуния поради недостатъчна дължина на вагината), безплодие, скелетни и бъбречни аномалии, сърдечни малформации (Medline Plus, 2017; Jones and Leonard, 2019).

Тризомия на X хромозомата (47XXX)

Тризомията на X хромозомата е най-честата анеуплоидия на половите хромозоми при жените (Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Jones and Leonard, 2017). При външния вид може да са налице висок ръст, клинодактилия и детска хипотония като незначителни физически характеристики (Tartaglia, Howell, Sutherland, Wilson and Wilson, 2010; Jones and Leonard 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft,

2018). Понякога хората са засегнати от врождени сърдечни аномалии (коарктацията на аортата, белодробна стеноза, дефекти на преградата), заболявания на бъбреците и никочните пътища, малформации на яйчниците и преждевременна менопауза (Tartaglia, Howell, Sutherland, Wilson and Wilson, 2010; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Tartaglia, Howell, Davis, Kowal, Tanda, Brown, Boada, Alston, Crawford, Thompson, van Rijn, Wilson, Janusz and Ross, 2020). Жените с тризомия на X хромозомата може да са с повишен риск от проблеми с ученето, поведенчески и емоционални затруднения и забавено развитие на речта, езика и двигателните умения (Tartaglia, Howell, Sutherland, Wilson and Wilson, 2010; Huttaff-Lee, Cordeiro and Tartaglia, 2013; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Van Rijn, 2019).

Синдром на Клайнфелтер (47XXY)

Синдромът на Клайнфелтер е една от най-честите интерсекс вариации, като обикновено остава неоткрит до по-късна възраст, а две трети от случаите никога не се идентифицират (Jones and Leonard, 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018). Сред хората с този синдром са по-чести относителните дефицити в изпълнителните функции, работната памет и в някои области на социално внимание, затрудненията в обучението и езика (Jones and Leonard, 2017; Ross, Roeltgen, Stefanatos, Benecke, Zeger, Kushner, Ramos, Elder and Zinn, 2008; Van Rijn, 2019; Skakkebaek, Moore, Pedersen, Bojesen, Kristensen, Fedder, Laurberg, Hertz, Østergaard, Wallentin M. and Gravholt, 2017). Според някои от резултатите хората със синдром на Клайнфелтер обикновено имат малки тестиси и първична тестикуларна недостатъчност, поради което може да имат намален фертилитет. Те имат по-висок риск от метаболитен синдром, сърдечно-съдови и аутоимунни заболявания (Лупус, Съогрен, ревматоиден артрит) и неходжкинов лимфом (Jones and Leonard, 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Kathrins, M. and Kolon, 2016; Ji, Zöller, Sundquist and Sundquist, 2016). Те също така с повишен риск от рак на гърдата и белия дроб (Fallat and Donahoe, 2006; Jones and Leonard, 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018; Falhammar, Claahsen-van der Grinte, Reisch, Slowikowska-Hilczner,

Синдром на Търнър (45X0)

Хората със синдром на Търнър имат характерен външен вид, те обикновено имат къса шия с кожна гънка между ухото и рамото, ниско тилно окосмяване, лимфедем на ръцете и краката (Jones and Leonard 2017). Фертилитетът им е намален поради хипофункция на яйчиците или преждевременна яйчникова недостатъчност. Скелетните аномалии, бъбречните проблеми, вродените сърдечни проблеми (напр. coarctatio aortae) и проблемите с вътрешното ухо са по-чести сред тях. Те имат по-висок риск за някои поведенчески и когнитивни затруднения (Jones and Leonard, 2017; Skuse, Printzlau and Wolstencroft, 2018). Те са в по-висок риск за редица здравословни проблеми като диабет, инсулт, възпалително заболяване на червата, невробластом, рак на половите жлези и червата (Jones and Leonard 2017; Ji, Zöller, Sundquist and Sundquist, 2016; Schoemaker, Swerdlow, Higgins, Wright, Jacobs and UK Clinical Cytogenetics Group, 2008). Поради всички тези здравословни проблеми, те имат повишена обща смъртност (Jones and Leonard, 2019).

Трябва да утвърждаваме и ценим интерсекс състоянията и да ги разглеждаме като здравословен израз на човешкото многообразие. Трябва да информираме пациентите и техните близки, за да могат да дадат своето информирано съгласие и да се предотвратят необратими хирургични интервенции, за които те биха съжалявали или които са ненужни. Трябва също така да гарантираме обучение и грижи с феминистка и психосоциална перспектива за професионалистите по време на или преди предаване на информация и работа с пациенти.

Някои интерсекс хора може да се възползват от хирургични процедури или хормонално лечение (с информирано съгласие) в даден момент от живота си. И в двата

случая грижите и проследяването след лечение са необходими, така че дългосрочните резултати за здравето да могат да бъдат наблюдавани. Доставчиците на здравни грижи трябва да подчертаят необходимостта от наблюдение на краткосрочните и дългосрочните ефекти и от предложените скринингови изследвания, съобразени с насоките, както и други ползи от проследяването след лечението. Грижите за интерсекс пациенти след лечение също така трябва да се предоставят от терапевтичен екип, включващ както медицински специалисти, така и специалисти по психично здраве (хирург, ендокринолог, общопрактикуващ лекар и гоставчик на грижи за психичното здраве или психотерапевт

5.1.3) Специфични здравни проблеми на бисексуалните хора

Бисексуалните хора са изложени на риск от прекомерен стрес, като стигматизирането на бисексуалната идентичност като нелегитимна идентичност, „просто фаза“ или преход между хетеросексуалността и хомосексуалността е широко разпространено в рамките на ЛГБТ общността и в обществото (Maimon et al., 2019). Бисексуалните са определяни като сексуално безотговорни и дори по-безразборни във връзките си от другите сексуални малцинства (Friedman et al., 2014). Бисексуалните хора могат да изпитат уникални бариери пред разкриването поради гореспоменатите предубеждения, които водят до липса на принадлежност към общността и подкрепа от групата.

Поради все по-широкото изключване и възприемана стигматизация, бисексуалната общност заслужава повече внимание във връзка със здравето и здравните нужди (Brewster and Moradi, 2010; Dodge et al., 2016). В проучвания, разглеждащи сексуалните малцинства не като хомогенна група, бисексуалните хора

съобщават за по-лошо психично здраве (по-високи нива на тревожност, депресия, психични заболявания, склонност към самоубийство и самонараняване) и повече използване на грижи за психичното здраве, отколкото гей мъжете и лесбийките (Jorm et al., 2002; Tjepkema, 2008; Steele et al., 2009; Wu et al., 2018; Dragon et al., 2017; Bränström, 2017; Scott, Lasiuk and Norris, 2016; Lhomond et al., 2014; Jabson, Farmer and Bowen, 2014). Други проучвания също така показват по-висока честота на сърдечно-съдови заболявания, остър миокарден инфаркт, хроничен бронхит, астма и диабет при бисексуалната популация (Landers, Mimiaga and Conron, 2011; Matthews and Lee, 2014; Conron, Mimiaga and Landers, 2010). Бисексуалните жени имат по-висок ИТМ от хетеросексуалните и хомосексуалните жени. За бисексуалните жени е по-малко вероятно да участват в рутинни медицински скрининги (като мамография или скрининг за човешки папиломен вирус), но е по-вероятно да провеждат редовен скрининг за ХИВ (Miller et al., 2007). Също така е по-малко вероятно в сравнение с хетеросексуалните жени да родят, поради което имат по-висок риск от рак на гърдата, яйчниците и матката (Miller et al., 2007). Когато съобщават за еднородова активност по време на медицински преглед, на бисексуалните жени е по-малко вероятно да се предложи консултация за контрацепция и СПИ, тъй като за тях се предполага, че са хомосексуални и не са изложени на риск от бременност или СПИ. Поради тези погрешни допускания и липсата на адекватно здравеопазване, бисексуалните жени се обръщат към спешна контрацепция и аборт по-често от хетеросексуалните жени.

За разлика от това, за бисексуалните мъже е по-малко вероятно да се тестват за ХИВ от хомосексуалните мъже, но е по-вероятно в сравнение с хетеросексуалните мъже, въпреки че са изложени на повишен риск от сексуално предавани инфекции (СПИ) в сравнение с изцяло хетеросексуалните мъже (Matthews and Lee, 2014; Fredriksen-Goldsen et al., 2017; Lunn et al., 2017; Garland-Forshee et al.,

2014; Mays et al., 2018; Blosnich et al., 2014). Бисексуалните мъже съобщават за по-рисково поведение (като повече сексуални партньори, секс без презервативи, употреба на алкохол или наркотични вещества преди секс) във връзка със сексуалния си живот, отколкото хетеросексуалните или хомосексуалните мъже (Everett et al., 2014; Agronick et al., 2004; Mercer et al., 2009; Jeffries, 2010; Dodge et al., 2013). Алкохолната зависимост, тютюнопушенето и употребата на други наркотици са по-високи сред жените и мъжете, които се идентифицират като бисексуални (Fredriksen-Goldsen et al., 2017; Garland-Forshee et al., 2014; Lhomond et al., 2014; Conron, Mimiaga and Landers, 2010).

Следователно здравните специалисти трябва да са наясно с уникалните рискови фактори и здравни нужди на бисексуалната популация, да обръщат внимание на приобщаващия език, когато задават въпроси за партньора, сексуалния живот и сексуалните преживявания на пациента. Те трябва да избягват допускания въз основа на чутата информация и да насърчават пациентите да определят и изразят своята сексуална ориентация.

.5.1.4) Здравни проблеми на хетеросексуални хора с хомосексуални преживявания

Има забележителна разлика между сексуалната идентификация и сексуалното привличане или поведение. Предишни проучвания съобщават за 2-4% разлика, когато хората са питани за настоящо еднородово привличане или еднородово сексуално поведение и настояща идентичност според сексуалната ориентация (Smith et al., 2003; Mosher, Chandra and Jones, 2005; Conron, Mimiaga and Landers, 2010; Chandra et al., 2011). Като цяло по-голямата част (84-95%) от хората се идентифицират като хетеросексуални, а около 3-7% се идентифицират като част от сексуално малцинство (Smith et al., 2003; Conron, Mimiaga and Landers, 2010; Pachankis and Bränström, 2019). Приблизително 6-9% са „хетеросексуални с хомосексуал-

ни преживявания“, т.е. такива, които са хетеросексуални, но имат хомосексуален опит или привличане, като те могат да бъдат разположени в спектъра на сексуалната ориентация, привличане и поведение някъде между хетеросексуалните и бисексуалните (England, Mishel and Caudillo, 2016).

Някои актуални проучвания са установили различия в психичното и физическото здраве при хетеросексуалните хора с хомосексуални преживявания в сравнение с ЛГБ популацията или изцяло хетеросексуалните хора (включително депресия, склонност към самоубийство, тревожност, самонараняване, неудовлетвореност от тялото, нарушено хранене, затлъстяване, СПИ, бременност в тийнейджърска възраст, необичайни резултати от цитонамазка, общи проблеми с физическото здраве, поемане на сексуален риск и употреба на вещества) (Lhomond et al., 2014; Caceres et al., 2018; Mays et al., 2018; Patterson et al., 2018). Тези различия не могат да бъдат обяснени изключително с модела на малцинствения стрес на Майер, тъй като той изисква изрична малцинствена идентичност, принадлежност към общност на сексуално малцинство или възприемане като член на малцинство. Идентифициращите се като хетеросексуални MSM и ЖСЖ по-често страдат от определени хронични заболявания или живеят със здравословни ограничения и здравословни състояния, които не са свързани с ХИВ (Cochran and Mays, 2007).

Някои потенциално свързани със стреса здравословни състояния и симптоми (сърдечни заболявания, чернодробни заболявания, храносмилателни проблеми, главоболие, астма, болки в гърба, хронична умора) също засягат повече хетеросексуални мъже и жени с хомосексуални преживявания, отколкото изцяло хетеросексуални хора. Тези различия могат да се обяснят с добре известната връзка между психосоциалния дистрес и сексуалната ориентация.

Несъответствието между сексуалната ориентация, сексуалното привличане и сексуалния опит е свързано с дистрес както при жените, така и при мъжете. Хората, които изпитват хомосексуално привличане, се борят с по-висок психосоциален дистрес, дори без действителен хомосексуален опит, отколкото хетеросексуалните хора, а най-високото ниво на стрес е при хора с хомосексуално привличане, но без хомосексуален опит (Smith et al., 2003).

Преглед също така установява, че хетеросексуалните хора с хомосексуални преживявания изпитват по-голяма виктимизация или неблагоприятни житейски преживявания (напр. насилие) и по-често имат рисково поведение (мюлтюнопушене, употреба на наркотици или сексуален риск) в сравнение с изцяло хетеросексуалните (Vrangalova and Savin-Williams, 2014). Друг фактор, който може да повлияе на тази група, е липсата на защитна подкрепа от други хора в същата позиция, като те не участват в събития на ЛГБТИ общността поради липса на интеграция на сексуалната идентичност и не са интегрирани в малцинствената група. Хетеросексуалните хора с хомосексуални преживявания съобщават за по-голяма несигурност и изследване на сексуалната ориентация и малко по-висока флуидност на половата идентичност.

За справяне на лично ниво с която и да било малцинствена идентичност, интегрирането на принадлежността към група, например етнос или сексуална ориентация, в общата представа за себе си е от съществено значение. Тези, които силно се идентифицират с малцинствената група, имат тенденция да съобщават за по-положително психологическо благополучие (Molix and Bettencourt, 2010). Изследванията на малцинствата показват, че разбирането и изследването на идентичността, способността за развиване на положително

отношение към собствената принадлежност към малцинствената група и към идентичността са важни посредници за

психичното благополучие (Ghavami et al., 2011)

5.2) Възрастови специфики

5.2.1) LGBTI младежи

Юношеството и младата зряла възраст са предизвикателен етап на развитието, време за откриване и изграждане на своята идентичност, включително сексуалната и половата идентичност. Младите хора трябва да се сблъскат с множество физически, емоционални и сексуални промени, да открият, приемат и да се справят със своята идентичност. Този процес е сложен за всички тийнейджъри, но за младежите от сексуални или полови малцинства той може да бъде още по-труден, особено ако вътрешното им признание, че са ЛГБТИ, се сблъсква с нормите на обкръжението им – преди всичко семейството и общността.

Младите ЛГБТИ хора са по-зависими от семействата и връстниците си, отколкото хората от по-зрелите възрастови групи. Младите хора разчитат икономически на своите семейства, а членовете на техните семейства, особено родителите, играят решаваща роля в развитието на подрастващите. Връзката с родителите им – която влияе върху развитието на здравословни отношения занапрег в живота – може да бъде нарушена, ако младежите изпитват отхвърляне поради сексуалната си ориентация или полова идентичност (Katz-Wise, Rosario and Tsappis, 2016).

Връстниците имат също толкова важна роля в социалното развитие. Приемането, подкрепата или неодобрението на връстниците или членовете на се-

мейството могат да бъдат от решаващо значение за формирането на здраво вътрешно „аз“ или за начало на битка през целия живот със срама и омразата към себе си. За подрастващите от сексуални и полови малцинства е важно да имат контакт с други ЛГБТИ младежи или модели за подражание и да имат връзка с хора, които имат подобен опит (Doty et al., 2010). Ако прекарат този критичен период на развитие, заобиколени от стигма, дискриминация или неодобрение от семейството, връстниците и други възрастни (като учители, треньори, религиозни водачи), младите ЛГБТИ хора могат да се окажат изолирани, маргинализирани и да започнат да интернализират чувства на срам и омраза. Всичко това оказва значително влияние върху здравето и благосъстоянието. Изследванията показват, че различията в здравето, засягащи ЛГБТИ хората, започват от юношеството. ЛГБТИ юношите са по-изложени на стрес, имат по-високи нива на употреба на алкохол, марихуана и незаконни наркотици, по-висок риск от депресия и други проблеми с психичното здраве, самоубийство и рисково сексуално поведение (Liu et al., 2020; Becerra-Culqui et al., 2018; Goldbach et al., 2014; Saewyc et al., 2006).

Здравните специалисти са в състояние да подпомогнат ЛГБТИ младежите през този труден период и да им помогнат да преодолеят предизвикателствата и да продължат да живеят здравословно, пълноценно и добре приспособено.

5.2.1.а) Етапи на юношеството

Юношеството и младата зряла възраст могат да бъдат разделени на 3 етапа на развитие, всеки от които има различни притеснения за сексуалните и половите малцинства.

Ранното юношество (10-14 години) може да е времето, когато младите хора започват да чувстват, че нещо е различно в тях, но все още не разбират какво. Те може да станат жертви на закачки, тормоз и маргинализация. Началото на менструацията и развитието на вторични полови белези може да бъде стресиращо за транс младежите.

Средното юношество (14-17 г.) често е началото на рисковите сексуални експерименти, с последващ риск от ХИВ и други СПИ. Притесненията относно собствената идентичност могат да увеличат менталното бреме на тази възраст.

Късно юношество (17+ години) – обикновено е началото на независим живот, със свързаните с това отговорности и възможности (потенциално повишена свобода за разкриване). Това също често е времето на първия самостоятелен медицински преглед.

5.2.1.b) Грижа за ЛГБТИ юноши

Целите за здравните грижи за ЛГБТИ юноши са същите като за всички млади хора: да се насърчи здравословното развитие, социалното и емоционалното благополучие и да се насърчи и гарантира физическото здраве. Здравните специалисти са в добра позиция да помагат на младежи, които се борят да приемат своята сексуална или полова идентичност. Те могат да имат важна роля в подпомагането на младите пациенти за здравословно откриване, автономия и самоприемане на тяхната ориентация

или идентичност и могат да помогнат за улесняване на прехода към здравословна зряла възраст. Клиничната обстановка в някои случаи може да бъде единственото място, където младите хора се чувстват в безопасност да потърсят помощ и напътствия. Основата на грижите за ЛГБТИ младежите е създаването на среда, в която младите хора да се чувстват комфортно да задават въпроси, да могат да търсят помощ и подкрепа и да получават медицински услуги. Да се накара подрастващият да се чувства сигурен в рамките на клиничното взаимодействие е от решаващо значение за установяването на доверителна връзка пациент-доставчик.

Здравните специалисти също могат да помогнат на младите си пациенти, като подобрят положението им в техните семейства. Те могат да предложат насоки или да облекчат страха или погрешните схващания на родители или настойници на ЛГБТИ младежи, като дадат насоки и валидна информация по ЛГБТИ въпросите. Те също могат да информират родителите, че техните отрицателни реакции могат да бъдат вредни за физическото и психичното здраве на детето им (Ryan et al., 2009).

Доставчиците на здравни услуги, работещи с младежи, трябва да се подготвят за разглеждане на аспекти на сексуалното здраве, когато се грижат за подрастващи пациенти. Обсъждането на сексуалност, сексуална активност или рисков сексуално поведение с пациенти изисква открит подход, ненаатоварен и допускания и осъждане. Доставчикът трябва да се научи да задава въпроси относно сексуалността, сексуалната ориентация и половата идентичност на всички свои пациенти и трябва да бъде готов да отговори на опасенията относно половата и сексуалната идентичност и социалните и психологиче-

ските проблеми, свързани с този статус.

Поверителността е от съществено значение, когато се полагат грижи за подрастващи и млади хора. Те може да не искат да споделят с родителите си, че търсят здравни грижи, и да се страхуват това да достигне до тях. За ЛГБТИ подрастващите има допълнителен страх родителите им да научат за тяхната идентичност или ориентация и този страх може да доведе до отказване от търсене на медицинска помощ. Ето защо е изключително важно поверителността да се защитава от всеки член на здравното заведение.

Младите пациенти може да се чувстват неудобно да обсъждат чувствителни теми в присъствието на своите родители или настойници. Освен това те дори може да изпитват основателен страх от разкриване на своята сексуална ориентация или полова идентичност и може да изберат да скрият тази информация. За да се избегне това, трябва да се даде възможност за провеждане на разговори с подрастващите пациенти в отсъствието на техните родители или настойници.

Здравните специалисти трябва да имат предвид, че дори в ранна възраст ЛГБТИ хората са изложени на по-висок риск от опасно поведение. Следователно, снемането на внимателна медицинска анамнеза, включително въпроси, засягащи сексуална активност, психично здраве, пушене, употреба на алкохол и наркотични вещества, безопасност, насилие и виктимизация, е важно. Целите за отношение към ЛГБТИ юноши са да се насърчава социалното и емоционалното благополучие, физическото здраве и да се подпомага здравословното развитие.

5.2.1.с) Разговори с пациенти - ЛГБТИ юноши

Тъй като подрастващите като цяло обикновено са здрава популация, основното оплакване може да не е главната причина за посещението, така че винаги е препоръчително да се използва възможността да се попита младежът дали имат някакви други проблеми, въпроси или дали иска да се провери друго при посещението. Следователно разговорт с пациента често е най-важната част от медицинската среща.

Когато обсъждат сексуална ориентация или полова идентичност, клиницистите трябва да избягват да правят предположения за самоидентификацията на пациента, а по-скоро да използват собствена терминология за тяхната идентичност, дори ако тя не съответства на сексуалното им поведение. За подрастващите е типично да се отхвърлят категоризацията и етикетите, а в днешно време младежта приема бисексуалността и сексуалната флуидност по-лесно от предишните поколения.

Юношите обикновено са физически здрави, въпреки че младите ЛГБТИ хора са изложени на по-висок риск от опасно поведение, отколкото своите хетеросексуални и цисгендър връстници. Скринингът за рискове за здравето трябва да бъде важна част от снемането на социална анамнеза, с акцент върху ключови социални и поведенчески сфери като дома, училището, дейностите и сексуалния живот.

5.2.1.d) Сексуално здраве

QВъпросите и притесненията по отношение на секса, връзките и сексуалността често са в центъра на мисленето на подрастващите пациенти, но може да им е неудобно да говорят открито или да задават въпроси в клинична обстановка. Нормализирането на темата, като говорите открито за сексуалността, използвайки

спокоен тон, може да помогне. Също така може да бъде полезно да напомните на пациента, че разговорът е поверителен.

Да задавате ясни, лесно разбираеми въпроси, като „В момента вижгате ли се или имате ли връзка с момче или момиче?“, „Правите ли секс?“ е добра техника за започване на разговора. Доставчиците трябва да използват полово неутрален език (партньор вместо приятел/приятелка), когато питат за романтични или сексуални партньори. Следващите въпроси трябва да уточнят подробности за сексуалната активност, използването на защита, видовете секс, които пациента прави, включително въпроси за анален и орален секс. Някои младежи може да не смятат, че това ги прави „сексуално активни“ (особено млади жени, тъй като тези видове секс не носят риска от бременност), но въпреки това може да представляват риск от заразяване със СПИ. Също така е важно да попитате за използването на презервативи и да се възползвате от възможността за целенасочено обучение за превенция. Клиницистите трябва да бъдат конкретни по отношение на анатомията, но да избягват медицинския жаргон и да използват изрази, разбираеми от подрастващите.

Когато се обсъждат проблеми със сексуалното здраве, обикновено на фокус са младите гей и бисексуални мъже и транс младежи – тъй като те имат непропорционално високи нива на ХИВ и други сексуално предавани инфекции (СПИ) (Mayer, 2011) – но темата трябва да се обсъжда и с младите лесбийки и бисексуални жени. Обикновено се смята, че те са по-малко застрашени от заразяване с ХИВ и други СПИ, въпреки че може да правят или да са правили секс с мъже и дори да правят рисков секс с партньори от мъжки пол (Ybarra et al., 2016). Също така е важно да се обърне внимание на риска от бременност и необходимостта от контрацепция. Дори

ако жена се идентифицира като лесбийка, важно е да се установи действителното сексуално поведение (дали прави секс с мъже), тъй като в този случай може да бъде изложена на риск от непланирана бременност (Charlton et al., 2013). Трансгендър мъжете също могат да бъдат изложени на повишен риск от непланирана бременност и се нуждаят от консултиране за контрацепция и зачеване (Light et al., 2018).

5.2.1.е) Психично здраве

Юношеството често е времето, когато за първи път се появяват проблеми с психичното здраве като депресия, тревожност и психоза. Това е трудна фаза за всеки млад човек и ЛГБТИ младежите могат да изпитат допълнителен дистрес, причинен от стигмата, свързана с тяхната идентичност. Промените в живота и преходите, нормални за юношеството, често са основен психологически стресов фактор (започване или завършване на училище, университет, започване на независим живот и т.н.) и това се добавя към стреса, преживян от младите ЛГБТИ хора като част от сексуално малцинство. Тези външни стресови фактори могат да предизвикат тревожност или депресивен епизод.

Самоубийството е водещата причина за смърт сред ЛГБТИ младежите. Макар че е трудно да се прецени действителният брой на самоубийствата сред ЛГБТИ хората (тъй като сексуалната ориентация не се вписва в смъртните актове и много от тези, които се правят опит за самоубийство или се самоубиват, може никога да не са обсъждали идентичността си), е известно, че в епидемиологичните проучвания младите ЛГБТИ хора много по-често съобщават за суицидни мисли и опити за самоубийство (di Giacomo et al., 2018; Liu et al., 2020). Въз основа на горното може да се твърди, че младите ЛГБТИ хора са изложени на повишен риск от самоубийство, особено тези,

които нямат подходяща социална подкрепа. Преживяването на изолация и депресия, семейната дисфункция, загубата на семейство или приятели, употребата на алкохол и наркотични вещества са допринасящи фактори (Russell and Toomey, 2012; Seil et al., 2014).

Има изследвания, които показват, че страдащите пациенти често посещават своите доставчици на първична медицинска помощ в седмиците или месеците преди успешно самоубийство (Schulberg et al., 2004). Това може да предостави възможност за ранна намеса, а също така подчертава значението на проверката на признаците на психичен дистрес. Използването на прости инструменти за скрининг като Въпросника за здравето на пациента-2 (PHQ-2) може да помогне за идентифициране на младежите в риск.

Препоръчва се да се оцени психологическото благосъстояние на младите хора при клиничното посещение, като им се задават въпроси за поведенческо здраве, лекарства, хоспитализации и фамилна анамнеза за психични заболявания. Също така е полезно да попитате дали имат социална подкрепа (към кого да се обърнат, когато се чувстват тъжни или депресирани), както и за училището, дома и връстниците (дали се чувстват изолирани). Освен това въпросите относно нивото им на комфорт с тяхната идентичност на част от сексуално малцинство могат да помогнат за идентифицирането на млади хора, които биха имали полза от насочване към фокусирани върху младите хора групи за подкрепа на ЛГБТИ, ако има такива.

5.2.1.f) Тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотични вещества

Опитването на алкохол, наркотици и тютюн често е част от нормалните експерименти на подрастващите. Някои

от ЛГБТИ младежите може да използват вещества като самолечение в емоционално болезнени ситуации или като стратегия за справяне. Отворените към ЛГБТИ хората барове, клубове и социални места са важна и безопасна среда за младежите от сексуални и полови малцинства, но честото посещение на такива места може да допринесе за употребата на алкохол и наркотици сред младите ЛГБТИ хора.

Проучванията показват, че младежите от сексуални малцинства са изложени на висок риск от употреба на вещества и разстройства, дължащи се на употребата на вещества, особено бисексуалните младежи и младите лесбийки (Marshall et al., 2008). Те също така започват по-рано да пушат и да употребяват алкохол (Schuler and Collins, 2019).

Проблемът, свързан с употребата на алкохол или забранени вещества – освен физиологичните ефекти и риска от зависимост – е опасността от разрушително поведение като високорискови сексуални контакти, опити за самоубийство и автомобилни злополуки.

Оценката на употребата на алкохол и незаконни наркотици трябва да се извършва чрез задаване на директни въпроси по неосъдителен и непредубеден начин. За много ЛГБТИ младежи клиничната обстановка може да бъде единствената възможност да попитат за потенциално вредните ефекти на използваните вещества и да получат точна информация. Ето защо е важно младите хора да не бъдат плашени и тревожени, а да се възползват от възможността и да се съсредоточите върху превенцията и намаляването на вредите. Стратегиите за намаляване на вредите подчертават личната безопасност (редовно да се използват презервативи, да не се шофира под въздействие на алкохол и наркотици) и помагат да

се устои на натиска на връстниците.

5.2.1.g) Безопасност, насилие, виктимизация

Много от ЛГБТИ младежите изпитват вербален тормоз, заплахи и физическо насилие. Насилието е сред водещите причини за смъртност в страните с високи доходи, а младите ЛГБТИ хора са изложени на особено висок риск да преживеят насилие. Много от тях преминават през периоди в живота си, когато се страхуват за личната си безопасност. Продължителното излагане на тормоз и виктимизация може да доведе до негативни последици за психичното и физическото здраве като депресия, тревожност, употреба на алкохол и наркотични вещества, ниско самочувствие и опити за самоубийство (Goldbach et al., 2014; Shields et al., 2012).

Училищата често са местата, където се упражнява тормоз. Учениците, които са по-често тормозени поради своя статус на принадлежащи към сексуално малцинство, имат по-ниски оценки, пропускат повече дни и имат по-ниски образователни стремежи (по-малко вероятно е да планират да продължат да учат след средното образование), отколкото учениците, които са били виктимизирани по-рядко. Това предполага, че тормозът в училище може да има дългосрочен ефект върху бъдещето на човека (Kosciw et al., 2012).

Също толкова важно поради тежките си последици е насилието, което се случва у дома. Насилието от страна на родител може да включва физическо или вербално насилие, изключване на детето от семейни събития, блокиране на достъпа до приятели и ресурси и обвиняване на детето, когато бъде нападнато поради сексуалната си ориентация или пола идентичност. Това родителско поведение може да има сериозни последици

за физическото и психичното здраве на ЛГБТ младежите (Katz-Wise et al., 2016).

Преживяването на насилие в училище или у дома може да доведе до изолация на младия ЛГБТИ човек. Ако насилието идва от човек, който отговаря за тях или на когото младежите трябва да могат да разчитат, напр. учители, треньори, религиозни водачи или полиция, оцелелият може да се почувства объркан относно това към кого да се обърне за помощ. При тези обстоятелства доставчикът на здравни грижи може да е единственият човек, на когото могат да разчитат за подкрепа или насоки. Ето защо е важно да попитаме погроставащите как стоят нещата у дома, в училище и с връстниците и дали се чувстват сигурни в отношенията си и на местата, които посещават.

Доставчиците трябва да предлагат обща подкрепа за младия човек и да гарантират, че те са на разположение, когато младежът в бъдеще има нужда от помощ или съвет.

5.1.2.h) Провеждане на прегледи, скрининг и имунизация

Физикален преглед, скрининг и имунизация на ЛГБТИ младежи се провеждат съгласно националните насоки. Годишните посещения трябва да включват цялостен физикален преглед и скрининг за горепосочените здравни проблеми (включително проблеми с психичното здраве, тютюнопушене, употреба на алкохол или вещества и СПИ). Проверката на ИТМ и питането за диетата и хранителните навици също е важно, тъй като сексуалните малцинства са по-засегнати от затлъстяване (особено бисексуалните хора и лесбийките) и хранителни разстройства (особено бисексуалните и транс мъжете).

Доставчиците трябва да са наясно, че

за трансгендър и интерсекс младежите физикалният преглед може да бъде изключително неудобно преживяване и затова трябва да се проведе с търпение и предпазливост.

Освен подходящите за възрастта ваксинации съгласно националните насоки, на ЛГБТИ младежите трябва да се предложи ваксинация срещу хепатит А и В (ако не е включена) и срещу HPV. Започвайки от 11-12 годишна възраст, момичетата и децата, на които е приписан женски пол при раждането, трябва да бъдат ваксинирани за предотвратяване на рак на шийката на матката, а момчета – като превенция на генитални и анални брадавици, свързани с HPV, както и на рак на ануса.

5.2.2.) ЛГБТИ хора в напреднала възраст

По-възрастните ЛГБТИ хора изпитват различия в психичното и физическото здраве точно както хората от сексуални малцинства като цяло. Съществуват обаче проблеми и предизвикателства, характерни само за тази възрастова група. ЛГБТИ хората в напреднала възраст трябва да се справят с последиците върху психичното и физическото здраве от невидимостта през целия им живот. Липсата на признаване на партньорите в здравните заведения има особени последици за тях в случай на заболяване или смърт. Те може да имат по-слаба подкрепа от семейството и да са по-изолирани в социално отношение. Преживяването на предразсъдъци от страна на персонала или други жители затруднява използването на услуги като домове за възрастни хора или домове за резидентни грижи. Здравните специалисти трябва да бъдат информирани за специфичните предизвикателства, пред които са изправени ЛГБТИ хората в напреднала

възраст, и да бъдат готови да им предоставят културно компетентни грижи.

Когато дефинираме по-възрастните ЛГБТИ хора, ние използваме термина „хора в напреднала възраст“ или по-възрастни хора за възраст от 65 или повече години. Тази дефиниция предполага, че ЛГБТИ хората в напреднала възраст са израснали и са прекарвали значителна част от живота си във време, когато да бъдеш част от сексуално малцинство се е разглеждало като престъпление или като психично заболяване. Последиците от криминализирането, отхвърлянето от страна на семейството и общността, дискриминацията в сферата на заетостта и медицинската патологизация представляват значителни нива на малцинствен стрес с всичките му отрицателни последици за здравето. В България, хомосексуалният акт е престъпление до 1968 г. и далеч след като Американската психиатрична асоциация (APA) премахва диагнозата от Диагностичното и статистическо ръководство (DSM) през 1973 г., медиците в Унгария третират хомосексуалността като психиатрично заболяване. Да се разкриеш или да бъдеш разкрит от други може да доведе не само до преследване или принудително хоспитализиране от властите, но и до много омраза, хомофобия и трансфобия от страна на обществото. Епидемията от СПИН доведе до повишена нетолерантност към ЛГБТИ хората (предимно към гей мъже) през последните две десетилетия на 20-ти век (Ruel and Campbell, 2006). Други специфични травми също по-често засягат ЛГБТИ хората. В някои групи и места да си гей човек в напреднала възраст почти сигурно значи да си загубил близки поради СПИН (Genke, 2004). Този житейски опит на по-възрастните ЛГБТИ хора оказва влияние върху тяхното психологическо и социално функциониране.

В резултат на дългогодишното прикриване на сексуалната или половата иден-

тичност и издаването на дискриминация, по-възрастните ЛГБТИ хора са по-податливи на лошо здраве. За тях е по-вероятно да са преживели хомо-, би- или трансфобия в здравни ситуации и са по-склонни да крият своята идентичност от своя лекар или е по-вероятно да избягват изцяло здравните грижи. Следователно, за да се осигурят оптимални грижи, е важно да се създаде среда, в която по-възрастните ЛГБТИ хора да се чувстват уважавани и добре дошли и където могат безопасно да разкрият своята сексуална ориентация или полова идентичност..

5.2.2.a) Телесно здраве

Проблемите с физическото здраве на ЛГБТИ хората в напреднала възраст са подобни на тези на общото население, но някои аспекти изискват специално внимание. По-възрастните хора от сексуални или полови малцинства може да са изложени на по-голям риск от стъргено-сърдцови заболявания, тъй като някои рискови фактори за ССЗ (тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотици, стрес, а в някои подгрупи и затлъстяване) са по-чести сред тях.

По същия начин, поради по-високите нива на рискови фактори за рак в живота им, те може да бъдат по-засегнати от различни видове рак. Тютюнопушенето и употребата на алкохол повишават риска от почти всеки вид рак. HPV инфекцията представлява специфичен риск за рак на шийката на матката и на ануса, нулипарността и затлъстяването – за рак на яйчниците и гърдата, докато ХИВ инфекцията е свързана с ракови заболявания, свързани с ХИВ, като саркома на Капоши, неходжкинов лимфом, рак на шийката на матката, ангиосарком, първичен лимфом на централната нервна система.

5.2.2.b) Сексуално здраве

Важно е да се обърне внимание на темата за сексуалното здраве и при по-възрастните ЛГБТИ хора. Повече от половината от хората над 65 години са сексуално активни и както те, така и техните доставчици на здравни грижи често подценяват риска от СПИ. ЖСЖ, които са били сексуално активни както с мъже, така и с жени, са изложени на същия риск от СПИ като хетеросексуалните жени. Сексуално активните МСМ транс хора в напреднала възраст са изложени на риск от заразяване с ХИВ и СПИ, а фактът, че е по-малко вероятно да използват презервативи и като цяло имат по-малко познания за СПИ, увеличава риска. Скриването на сексуалната ориентация или половата идентичност от доставчика увеличава този риск, тъй като следователно е по-малко вероятно да получат подходяща консултация за сексуалното си здраве. Препоръчително е за по-възрастните МСМ те да бъдат изследвани за СПИ и ХИВ със същата редовност като по-младите.

ХИВ и СПИН често се диагностицират по-късно сред по-възрастните пациенти поради няколко фактора. По-възрастните ЛГБТИ хора са по-малко склонни да участват в скринингови програми. Доставчиците на здравни услуги често не смятат това за вероятна диагноза и симптомите често се бъркат с други проблеми, свързани с възрастта. Пациентите в напреднала възраст може да се борят с други заболявания, които може да маскират признаците на СПИН. Освен това СПИН често прогресира по-бързо, а по-възрастните пациенти може да са изложени на по-голям риск от прогресиране на болестта и на по-лоша реакция на лечението (Pratt et al., 2010).

Разпространението на еректилната дисфункция нараства с възрастта и сексуално активните мъже често започват да използват инхибитори на PDE5 (като sildenafil – Виагра), за да се справят с този

проблем. Злоупотребата с инхибитори на PDE5 е по-разпространена сред МСМ и употребата им е свързана с рисково сексуално поведение (Fisher et al., 2011). Необходими са предпазни мерки, тъй като много лекарства, приемани от по-възрастни ЛГБТИ хора, може да взаимодействат с инхибиторите на PDE5. Лекарственото взаимодействие между инхибиторите на PDE5 и нитратите (нитроглицерин, изосорбид динитрат, изосорбид мононитрат) е най-добре известно, както и че употребата на инхибитори на PDE5 при пациенти, приемащи нитрати, се смята за противопоказана. По-малко известно взаимодействие е това с ХИВ протеазни инхибитори (ПИ) (особено ритонавир), като едновременно приложение може значително да повиши плазмените концентрации на инхибиторите на PDE5. Инхибиторите на PDE5 също може да засилят хипотензивния ефект на алфа-блокери, което води до симптоматична хипотония.

5.2.2.с) Психично здраве

Тима малко данни за разпространението на психични проблеми сред ЛГБТИ хората в напреднала възраст. Фактът, че повечето от тях са преживявали дискриминация, хомо- или трансфобия и преследване за дълъг период, показва, че те може да са по-уязвими към проблеми с психичното

(Fokkema and Kuiper, 2009). Изолацията и самотата са по-високи сред тях, отколкото сред хетеросексуални им връстници (Kim and Fredriksen-Goldsen, 2016). По-възрастните ЛГБТИ хора може да не могат да получат достъп до подкрепата на семейството си и/или на ЛГБТИ общността толкова лесно, колкото по-младите. В резултат на това те по-често трябва да разчитат на социални услуги и са по-изключени от класическите форми на социална подкрепа.

Доставчиците на дългосрочни грижи

здраве. Изследвайки данните, основани на популация, резултатите показват, че по-възрастните ЛГБТИ хора са изправени пред повишен риск от увреждане и психически дистрес, те са по-склонни да пушат и да употребяват прекомерни количества алкохол в сравнение с хетеросексуалните си връстници (K. I. Fredriksen-Goldsen et al., 2013).

Изолация и самота

По-възрастните ЛГБТИ хора имат по-добри притеснения относно остаряването като останалите хора на тази възраст, те се тревожат от самотата, за здравето и финансовите проблеми. В допълнение към очакваните загуби, свързани със самия процес на стареене, те са склонни да се тревожат от отхвърляне от децата и внуците си, ако са се разкрили пред семействата си, и имат притеснения относно дискриминацията в сферите на здравеопазването, заетостта, жилищното настаняване и дългосрочните грижи (Quam and Whitford, 1992).

За ЛГБТИ хората в напреднала възраст е по-вероятно да живеят сами и да имат по-малко деца (Karen I. Fredriksen-Goldsen et al., 2013). По-вероятно е да са преживели развод, да са бездетни или да имат по-малко контакти с децата си, отколкото своите хетеросексуални връстници

често са неподготвени да отговорят адекватно на нуждите на ЛГБТИ хората. Според проучване в САЩ жителите на заведение за дългосрочни грижи са претърпели тормоз от страна на персонала или други жители, отказ да се позволи на съпруга или партньора да взема решения за ЛГБТИ човека и отказ да бъде наричан трансгендър жител с предпочитаното от него име или местоимение (National Senior Citizens Law Center et al., 2011). Срещането на този тип предразсъдъци от страна на персонала или други жители затруднява използване-

то на услуги като домове за възрастни хора или домове за резидентни грижи.

Проблеми с края на живота

Обществено непризната скръб често е изпитвана от ЛГБТИ хора, особено от по-възрастните. Може да се появи на лично ниво: траурът, когато партньор умре, остава невидим и непризнат, ако еднополовата връзка не е била разкрита. На публично ниво това може да означава, че оцелелият еднополов партньор е изключен от организирането на погребението или от вземане на други решения.

По-възрастните ЛГБТИ хора също се сблъскват с предизвикателства в здравните ситуации във връзка с вземането на решения относно здравните грижи за партньора (като посещения в болница, статус на близък роднина), ако партньорството не е признато от закона. Доставчиците на здравни грижи имат важна роля в подпомагането на пациентите да планират за края на живота си и за ситуации, в които те са неспособни да вземат решения. По-възрастните ЛГБТИ хора, живеещи в страни, в които техните партньорства не са признати по закон, имат особена нужда от предварително планиране.

5.3) Други специфики

5.3.1) Семейство (семейства на дъгата, семейства с ЛГБТИ деца)

Семействата на дъгата са семейства с ЛГБТИ членове. Терминът обикновено се използва за семейства, в които родителите са членове на ЛГБТИ общността, но в тази глава ще споменем и семейства, в които детето принадлежи към ЛГБТИ популация с хетеросексуални цисгендър родители.

5.3.1.а) ЛГБТИ родителство

Значителен брой ЛГБТИ хора вече са родители или желаят да имат деца в бъдеще. Има няколко възможности ЛГБТИ хора да станат родители, някои от които са достъпни, докато други са недостъпни, незаконни или напълно нерегламентирани.

Асистираната репродукция, сурогатното майчинство, съвместното родителство и осиновяването могат да бъдат основи-

те на едно семейство на дъгата, въпреки че разпоредбите в различните страни по отношение на възможностите за ЛГБТИ родителство са много различни. Трябва да сме наясно с настоящата регулация на своята страна за тези методи. В някои случаи семействата на дъгата включват двама родители (две майки, двама бащи, една майка и един баща), докато в други случаи има повече родители (напр. полиаморни връзки или съвместно родителство). Опитайте се да избягвате всякакви допускания относно възрастните, придружаващи детето, опитайте се да ги изчакате да обяснят отношенията си или ги помолете да го направят, ако имате въпроси в тази връзка. В някои случаи членовете на семейството се разкриват като семейство на дъгата, като в такъв случай те могат да се наричат по много различни начини (партньор, партньорка, съпруга, съпруг, баща, татко, майка, мама и т.н.), докато в други те прикриват отношенията си, тъй като връзките на ЛГБТИ хората все още много често са стигматизирани. Създаването на приемаща среда

за ЛГБТИ хората може да им помогне да изяснят връзките помежду си. Опитайте се да не използвате език, който изключва някой от родителите, или да правите допускания за отношенията помежду им или с детето, защото това може да бъде много болезнено за семействата на дъгата.

5.3.1.b) Създаване на семейство на дъгата

Семействата на дъгата включват биологични, небологични, приемни или доведени/заварени деца/родители. Правни, медицински, семейни и финансови въпроси могат да повлияят на възможностите на ЛГБТИ възрастните да имат деца.

В някои случаи децата са родени в предишна хетеросексуална връзка преди разкриването на родителите им и след раздяла или развод стават членове на семейство на дъгата. Един от най-често срещаните варианти за формиране на семейство на дъгата е осиновяването, като в зависимост от действащото законодателство на страната, един или двамата родители могат да бъдат осиновители за детето или децата. Друга възможност за създаване на семейство на дъгата е асистирана репродукция или домашна инсеминация с анонимен или известен (напр. приятел или познат) донор на сперма. В някои случаи ЛГБТИ хората може да решат да изберат като възможност съвместно родителство и да отгледат децата заедно с приятел или друга двойка. Гей и бисексуалните мъже или тези транс и интерсекс хора, които нямат възможност да родят дете или да участват в изкуствено осеменяване, биха могли да помислят за сурогатно майчинство. В случай на сурогатно майчинство жена износва детето или чрез осеменяване на собствени яйцеклетки, или чрез трансплантация на ембрион.

Хормоналните терапии с хормони на

другия пол и операциите за определяне на пола могат да бъдат значителна тежест за транс хората във връзка с създаването на семейство и е важно да ги информираме за възможностите им да имат деца в бъдеще (напр. избягване на хистеректомия, замразяване на яйцеклетки, сперматозоиди или ембриони, осиновяване, сурогатно майчинство) преди хормоналната терапия или операцията.

Бариири пред достъп до здравеопазване

Формулярите за прием, формулярите за медицинска история и административните системи често не позволяват да се изяснят реалните обстоятелства на детето и често карат еднородите двойки да изпитват липса на уважение към партньорството, родителството и семейството им (Shields et al., 2012). Здравните специалисти често изключват небологичния родител и приемат, че той/тя е „просто“ приятел, брат или сестра или баба или дядо. Поради това еднородите двойки често се сблъскват с липса на признание за тяхното партньорство, родителство и семейство по време на медицински срещи.

Правата за посещение и правомощията за вземане на решения също могат да бъдат важен въпрос в случай на семейства на дъгата, тъй като партньорството или родителството често не се признават от закона, а здравният персонал също често отказва признаването на небологичния родител или еднородия партньор. Хейман и колеги установяват, че в някои случаи само партньори мъже имат право да придружават пациентки жени, небологични родители не са допускани в отделението за интензивно лечение на новородени или им е отказано да получат информация за детето (Crouch et al., 2012; Hayman et al., 2013; Hočevar, 2014).

Деца на дъгата в хетеросексуални семейства

Наръчникът съдържа подробна информация за здравните нужди на ЛГБТИ младежите в глава 5.2.1., но смятаме за важно да споменем и тук:

ЛГБТИ младежите имат по-висок риск от някои психични и физически здравословни проблеми (включително, но не само, депресия, тревожност, ПТСР, суицидни мисли, опит за самоубийство, тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотици, СПИ, тийнейджърска бременност, тормоз, насилие).

Здравните и социалните работници трябва да са наясно със специалните нужди и рискове на ЛГБТИ децата, за да им предоставят адекватни грижи.

В някои случаи трябва да предоставим възможност на своите педиатрични пациенти за лична консултация с нас без техните родители, в случай че искат да споделят или обсъдят информация, която не могат да разкрият или споделят пред родителя. Това може да бъде особено важно в случай на ЛГБТИ младежи, за да им се даде възможност да разкрият своята сексуална ориентация и полова идентичност, да обсъдят сексуалното здраве или да говорят за тормоз в училище или домашно насилие.

5.3.2) Интерсекционалност (пресеченост)

ЛГБТИ хората често се третираат като хомогенна група, въпреки че изпитват множество форми на дискриминация, маргинализация или тормоз поради своите

паралелни идентичности (сексуална ориентация, раса/етническа принадлежност, пол, увреждане, възраст, имигрантски статус, образователно ниво или СОП) (Dyag et al., 2019). ЛГБТИ хората може да преживяват ейджизъм, сексизъм, расизъм, дискриминация на базата на увреждане наред с хомофобията, бифобията или трансфобията поради множеството си идентичности, което може да направи така, че да бъдат по-изложени на неблагоприятните последици на малцинствения стрес за психичното и физическото им здраве.

Някои от настоящите научни трудове изследват, че множеството идентичности имат синергично въздействие върху здравето на ЛГБТИ хората: небелите ЛГБТИ хора изпитват хомофобия и трансфобия в рамките на расовите или етническите малцинствени общности и расова микроагресия или дискриминация в ЛГБТИ общността. Следователно множеството малцинствени идентичности могат допълнително да ограничат възможностите за получаване на подкрепа и да имат повече неблагоприятни последици за физическото и психичното здраве.

Други проучвания показват, че цветнокожите ЛГБТИ може да се справят по-добре и да имат по-голяма устойчивост поради преживяването и утвърждаването на расовата си идентичност от раждането в защитна и подкрепяща общност, поради което те имат възможност да научат и развият умения за защита на идентичността и да се справят по-добре със стигматизираните идентичности (Meyer, 2015; Moore, 2010; Bowleg et al., 2003). Дайър и колеги в своето многоизмерно изследване установяват, че бисексуалните хора имат най-висок риск за изследваните физически състояния (като стомашно-чревни проблеми, сърдечно-съдови заболявания, високо кръвно налягане, висок холестерол, чернодробно заболяване, артрит, затлъстяване, диа-

бет или инсулт) независимо от расовата идентичност, докато ЛГБ латиноамериканците и чернокожите съобщават, че имат по-добро физическо здраве от белите хора от сексуални малцинства (Dyar et al., 2016).

Когато използваме теорията за интерсекционалността, трябва да вземем предвид не само расова и етническа принадлежност, но и групи групови идентичности. Предишни проучвания подчертават различията в здравето, които се развиват въз основа на социални детерминанти или социално-икономически недостатъци като жилище, бедност, ниво на образование, професионално ниво, здравна грамотност и езикови бариери (Adler and Rehkopf, 2008; Solar and Irwin, 2010). ЛГБТИ хората и особено цветнокожите ЛГБТИ хора имат по-висок риск от безработица, бедност, бездомност, поради което тези фактори също трябва да се разглеждат като неблагоприятни ефекти върху общото здраве и бариери пред получаването на подходящи здравни грижи.

ЛГБТИ имигрантите и бежанците също са в специално положение поради двойната си маргинализация, а също така имат по-лоши здравни резултати и значителни трудности при опит за достъп до здравни грижи. ЛГБТИ имигрантите и бежанците може да са дошли от страни, където тяхната сексуална ориентация или полова идентичност са криминализирани и където разкриването на тяхната ЛГБТИ идентичност може да е довело до наказание, изнасилване или изтезания (Haley and Kothary, 2016). В случай на имигранти или бежанци, може да изпитваме по-често езикови бариери, неразбиране или културни различия. За да се сведе до минимум ефектът от културните и езиковите различия, се препоръчва да се задават отворени, но ясни въпроси, и да се използват изразите на пациента по отношение на сексуалната ориентация, партньора, половата идентичност..

5.3.3) Домашно насилие/насилие от страна на интимен партньор

Домашно насилие и насилие от страна на интимен партньор също могат да възникнат в еднородни връзки и да засегнат транс, интерсекс и небинарни хора.

В много случаи ЛГБТИ оцелелите не търсят помощ от програмите за подкрепа на оцелели, защото се страхуват, че няма да бъдат добре дошли и приети там. Някои от програмите за домашно насилие не са подготвени да отговорят на нуждите на оцелелите гей мъже, лесбийки, бисексуални и транс хора. Доминиращият възглед за динамиката на домашното насилие или насилието от страна на интимен партньор казва, че мъжът е насилникът, а жената е жертвата, което затруднява както жертвата, така и средата и госта-чика да разпознават насилието от страна на интимен партньор в ЛГБТИ връзки.

Има някои специфични опасения в случай на насилие от страна на интимен партньор или домашно насилие в еднородните връзки:

Поради хетеронормативната и циснормативна социална среда, липсата на представяне на ЛГБТИ връзки в медиите (филми, книги, музика и т.н.), хората от сексуални и полови малцинства рядко могат да видят примери за щастливи, любящи, стабилни еднородни връзки. Социалният дискурс все още често определя нехетеросексуалните, трансгендер хора като извратени и неестествени. В много случаи ЛГБТИ хората биват отхвърляни и отричани дори от собствените си семейства, което може да затвърди тяхната неспособност за положителна, подкрепяща, любяща връзка, като по този начин се увеличава риска от

насилническа връзка. Срамът, съмнение-то в себе си и негативната представа за себе си могат лесно да бъдат използвани срещу ЛГБТИ оцелелите (Rollé et al., 2019). В други случаи ЛГБТИ хората не са отхвърляни изрично, но да не им се позволява да говорят за партньора си или за личния си живот. Хомофобията, трансфобията, бифобията, интерсексофобията и енбифобията, преживявани в обществото и (рожденото) семейство, създават изолация, която благоприятства насилника („Майка ти го казва само защото не приема връзката ни, никога няма да те нараня“). Традиционната социализация на половете роли (напр. насърчаването на малките момчета да крият емоциите си и наказването или унижаването им, ако не успеят да го направят) също може да попречи на възрастните мъже или транс жени като оцелели да потърсят помощ. Предизвикателство за транс жените е да поискат помощ от организации, ориентирани към жените, защото се страхуват да не им бъде отказана помощ поради приписания им при раждането пол. Транс мъжете не могат да поискат помощ от услуга, ориентирана към жените, защото тези услуги вече не могат да им се предоставят. Както транс жените, така и транс мъжете може да отлагат или да отказват да търсят подслон или помощ от услуга, която е подходяща за тяхната пола идентичност, от страх, че услугата няма да ги възприеме като „истински“ жени/мъже или че ще бъдат осмивани или допълнително малтретираны. Транс оцелелите, особено ако са малтретираны от жени, често се страхуват, че няма да повярват на думите им (Calton, Cattaneo and Gebhard, 2015).

Обсъждането на сексуалността или сексуалния живот често се смята за табу. Израствайки с посланието, че връзките и сексуалността им са извратени, срамни и ненормални, ЛГБТИ хората намират за още по-трудно да

обсъждат сексуално насилие, дори ако това е необходимо. Когато са сексуално малтретираны, ЛГБТИ хората често го крият, защото не искат да представят погрешно общността или да затвърждават стереотипите (Rollé et al., 2019; Calton, Cattaneo and Gebhard, 2015). Дори в хетеросексуалните връзки насилниците често използват сексуалното насилие като инструмент за осигуряване на мълчанието на оцелелия. За оцелели транс или интерсекс хора, които имат уникално тяло, може да се окаже изключително стресиращо и трудно да обсъждат насилие с адвокат, доставчик на здравни грижи или социален работник.

Заплахите също са често срещани инструменти за насилниците с цел поддържане на дисбаланс във властта и контрол върху оцелелите. В случай на ЛГБТИ оцелели се предоставят няколко допълнителни възможности на насилника за упражняване на контрол. За хора от сексуални и полови малцинства, които все още не са открити за това, заплахата от „разкриване“ на идентичността в училище или на работното място, пред работодателите или пред важни хора може да бъде изключително сериозна (Carvalho et al., 2011). Оцелелите, които не са открити за своята сексуална ориентация или пола идентичност, са допълнително възпрепятствани в търсене на помощ, тъй като не желаят да разкрият своята ориентация или пола идентичност (Calton, Cattaneo and Gebhard, 2015).

Когато децата също са замесени в насилие от страна на интимен партньор, това също утежнява положението на оцелелия, като в случай на еднополови връзки биологичният родител или осиновителят имат всички права по отношение на детето. Това означава, че ако оцелелият не е биологичен родител или осиновител, може да се наложи да остави децата си или да започне да води несигурни съдебни дела за попечителство,

при които да бъде изложен на системно насилие и принудителен контакт с насилника. Възприеманата дискриминация, предразсъдъци и незнание относно ЛГБТИ хората потвърждават страха на жертвите от полови и сексуални малцинства, че е много малко вероятно съдът да им предостави попечителство над децата им.

Дори ако оцелелите ЛГБТИ хора поискат помощ, пред тях все още стоят някои бариери: (1) повечето доставчици биха разглеждали насилието от страна на интимен партньор в хетеросексуална рамка, (2) ЛГБТИ хората биха могли да се сблъскат с нечувствителност или липса на информираност за техните специфични нужди; (3) те биха могли да изпитат по-нататъшно насилие или дискриминация (Campo and Tayton, 2015).

Според Файлборн, докладването на домашно насилие над ЛГБТИ хора също е възпрепятствано, защото оцелелите не искат да представят общността по негативен начин или не искат да бъдат отчуждени, а също така се страхуват, че преживяването им няма да бъде прието сериозно от полицията или ще бъдат дискриминирани (Fileborn, 2012).

Ако видите възможност за насилие от страна на интимен партньор, създайте възможност да задавате въпроси в безопасна за пациента среда, независимо от пола, половата идентичност или сексуалната ориентация.

New York City Gay & Lesbian Anti-Violence Project (2000) публикува полезна колекция за инструментите за власт и контрол в лесбийски, гей, транс и бисексуални връзки. В него са изброени както специфичните за ЛГБТ хората, така и неспецифичните инструменти, които често се срещат при насилнически връзки:

Хетеросексизъм – Затвърждаване и из-

ползване на невидимостта на ЛГБ връзките за определяне на нормите на връзките. Използване на хетеросексуални роли за нормализиране на насилието и засрамване на партньора за еднополови и бисексуални желания. Използване на културната невидимост за изолиране на партньора и засилване на контрола. Ограничаване на връзката с общността.

Хомо-/Бифобия – Част от хетеросексизма. Използване на осъзнаването на страха и омразата към лесбийки, гей мъже и бисексуални, за да се убеди партньора, че е опасно да се обърне към други хора. Контролиране на изразяването на сексуалната идентичност и връзките с общността. Разкриване на сексуалната идентичност. Вменияване на срам. Поставяне под въпрос на статуса на „истинска“ лесбийка, гей мъж или бисексуален човек.

Трансфобия – Използване на страха и омразата към всеки, който оспорва традиционното изразяване на пола и/или който е транссексуален, за да се убеди партньора, че е опасно да се обърне към други хора. Контролиране и поставяне под въпрос на изразяването на половата идентичност, контролиране на връзките с общността. Разкриване на половата идентичност. Вменияване на срам. Поставяне под въпрос валидността на пола на човека.

Интерсексфобия – Използване на страха и омразата към всеки, който има различни полови характеристики, оспорва традиционното изразяване на пола и/или който е интерсекс, за да се убеди партньора, че е опасно да се обърне към други хора. Контролиране и поставяне под въпрос на изразяването на половата идентичност, контролиране на връзките с общността. Разкриване на половата идентичност. Вменияване на срам. Поставяне под въпрос валидността на пола на човека.

Енбифобия – Използване на страха и омразата към всеки, който оспорва традиционното изразяване на пола и/или който е небинарен, за да се убеди партньора, че е опасно да се обърне към други хора. Контролиране и поставяне под въпрос на изразяването на половата идентичност, контролиране на връзките с общността. Вменяване на срам. Поставяне под въпрос валидността на пола на човека.

Свързан с ХИВ тормоз – Заплаха за разкриване на ХИВ статуса пред другите. Обвиняване на партньора за това, че има ХИВ. Негопускане до медицински или социални услуги. Казване на партньора, че е „мърсен“. Използване на боят за оправдаване на насилието.

Изоляция – Ограничаване на свободата, контролиране на личните социални контакти, достъп до информация и участието в групи или организации. Ограничаване на това случващото се в ежедневието. Ограничаване на движението, заключаване на партньора в или извън дома.

Заплахи – Отпращане на физически, емоционални, икономически или сексуални заплахи. Заплахи за навреждане на семейството или приятелите. Заплахи за подаване на сигнал до градските, щатските или федералните власти, който би застрашил попечителството, икономическото положение, имиграционния или правния статут. Заплахи със самоубийство.

Сплашване – Създаване на страх чрез използване на погледи, действия, жестове и унищожаване на лични вещи, спомени или снимки. Чупене на прозорци или мебели. Хвърляне или трошене на предмети. Унищожаване на грехи, нараняване или убиване на домашни любимци.

Икономическо насилие – Контрол на икономическите ресурси и начина на тяхно-

то използване. Кражба на пари, кредитни карти или чекове. Натрупване на дълг. Създаване на пълна икономическа зависимост. Използване на икономически статут за определяне на ролите/нормите на връзката, включително контролиране на купуването на грехи, храна и т.н.

Психологическо и емоционално насилие – Постоянно отпращане на критики. Използване на вербално насилие, обиди и подигравки. Подкопаване на самочувствието. Опити за унизяване насаме или на публични места. Манипулиране с лъжи и фалшиви обещания. Отричане на реалността на партньора.

Чувство за превъзходство – Третиране на партньора като по-низш; раса, образование, благосъстояние, политика, класова привилегия или липса на такава, физически способности и антисемитизъм. Изискването нуждите винаги да са на първо място. Намеса в работата на партньора, личните нужди и семейните задължения.

Използване на децата – Заплахи или действия за отнемане или премахване на деца. Използване на децата за предаване на съобщения. Заплахи или действителна вреда върху децата. Заплахи или разкриване на сексуалната или полова идентичност пред децата или пред други хора, които да се застраши връзката родител-дете, попечителството или отношенията със семейството, приятелите, училището или други.

Физическо насилие – Шамари, удари, блъскане, хапане, задушаване, бутане, побой, ритане, пронизване, прострелване или убийство. Използване на оръжия.

Сексуално насилие – Принуждаване към секс. Принуждаване към конкретни сексуални действия или секс с други. Физическо посегателство върху „ерогенни“ зони на тялото. Отказ да се практикува безопасен секс. При C&M – отказ за преговаряне

или неспазване на ограниченията на уговорката/сцената или кодовите думи..

5.3.4) Бездомност

Поради няколко фактора като отхвърляне от страна на семейството, липса на подкрепа, нездравословни механизми за справяне и по-чести проблеми с психичното здраве, за ЛГБТИ хората е по-вероятно да останат без дом, отколкото за хетеросексуалните цисгендър хора (Cochran et al., 2002; Corliss et al., 2011; Rosario, Schrimshaw and Hunter, 2012).

ЛГБТИ хората са изложени на риск от редица фактори, които допринасят за бездомността.

Преживяванията на стигматизация, дискриминация и тормоз и липсата на поддържаща и приемаща среда предизвикват по-ниско самочувствие, срам, вина и самообвинение, които допълнително изолират ЛГБТИ хората и могат да доведат до бягство и бездомност.

ЛГБТИ младежите често се сблъскват с дискриминация у дома или в приемната грижа и това може да доведе до разрушаване на семейните отношения и отхвърляне. В някои случаи хората, които се грижат за ЛГБТИ младежите, ги принуждават да напуснат дома си или защото подозират за тяхната полова идентичност или сексуална ориентация, или след разкриването им (Choi, 2015; Fraser, 2019).

Те също са изправени пред по-високи нива на вербален, емоционален, физически или сексуален тормоз или малтретиране у дома или в приемната грижа въз основа на тяхната сексуална ориентация или полова идентичност, което може да бъде важен фактор за бягство (Fraser et

al., 2019; Choi et al., 2015; Keuroghlian, Ard and Makadon, 2014).

След като станат бездомни, ЛГБТИ хората ще бъдат още по-изложени на неблагоприятни последици за здравето.

Бездомните ЛГБТИ младежи имат по-висок риск от психични разстройства, тежка депресия, ПТСР, суицидни мисли или опити за самоубийство, отколкото хетеросексуалните си връстници, и те също така съобщават за по-лошо физическо здраве (Choi et al., 2015). Повишеният риск от насилие или сексуална виктимизация се увеличава, след като са станали бездомни: бездомните ЛГБТИ хора също така са изправени пред по-голям риск от физическо или сексуално насилие на улицата. Живеейки на улицата и без никаква подкрепа или стабилност и финансови източници, бездомните ЛГБТИ хора може да се занимават със секс за оцеляване и секс работа, излагайки се на допълнителни рискове като СПИ и ХИВ (Fraser et al., 2019).

Има двустранна връзка между алкохолната зависимост, употребата на наркотични вещества, психичните разстройства и бездомността.

Търсенето на помощ в здравни институции или в социални грижи става още по-трудно за ЛГБТИ хората, когато живеят на улицата, поради стигматизиране и дискриминация спрямо бездомните хора.

Дават се следните насоки на социалните работници за грижа за бездомни ЛГБТИ младежи (National Alliance to End Homelessness, 2009; Choi et al., 2015):

- Създаване на безопасна и приобщаваща среда за ЛГБТИ хората;
- Осигуряване на обучение за компетентност по ЛГБТИ въпроси на всички служители и доброволци в агенцията;
- Третиране на ЛГБТИ младежите с уважение и гарантиране на тяхната безопас-

- ност;
- Говорене за тяхната идентичност правилно и с уважение по време на процеса на приемане;
 - Подкрепа за ЛГБТИ младежите;
 - Осигуряване на достъп за тях до образование, медицински грижи и грижи за психичното здраве;
 - Информирание на ЛГБТИ младежите за ЛГБТИ програми, НПО и услуги;
 - Развиване на връзки с ЛГБТИ организациите и ЛГБТИ общността;
 - Насочване към приобщаващ ЛГБТИ хората здравен специалист, ако е необходимо.

Глава 6. Местни особености

България

Специфики на здравните грижи в контекста на ЛГБТИ

В България трябва да имаме предвид липсата на правно признаване на семействата на ЛГБТИ+ хората, както и традиционната патологизация на вариациите на нехетеросексуална ориентация и на различните от цисджендър идентичности.

Хората се сблъскват с позоваването на остарели разбираня и терминология - като хомосексуалист вместо хомосексуален или хомосексуализъм вместо хомосексуалност. Често споделят че срещат схващания, че различната пола идентичност е въпрос на неправилно възпитание, а за интерсекс хората, че задължително трябва да се взема решение

за привеждане на половите белези съобразно очакванията за мъж или за жена.

Медицинските специалисти не са запознати процедурата за юридическата смяна на пола и често се позовават на несъществуващи регламенти и изисквания за транс хората.

ЛГБТИ хора споделят съществуването на схващания, че въпросите, свързани с вземане на решения, касаещи партньора, са възможни чрез завещание или нотариално пълномощно.

В България няма ограничения за хомосексу-

Полезни ресурси

LGBTIQA+ communities – Glossary of common terms. CFCA Resource Sheet.

Australian Institute of Family Studies (2019).

<https://aifs.gov.au/cfca/publications/lgbtiq-communities>

ILGA Europe Glossary. ILGA Europe (2015).

https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/glossary_october_2015_edition.pdf

LGBTQIA+ Glossary of Terms for healthcare Teams. The Fenway Institute –

The National LGBT Health Education Center (2020).

<https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/>

[lgbtqiaglossary-of-terms-for-health-care-teams/](https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/lgbtqiaglossary-of-terms-for-health-care-teams/)

Glossary of LGBT Terms for healthcare Teams. The Fenway Institute –

The National LGBT Health Education Center (2016).

https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBT-Glossary_March2016.pdf

Glossary of Gender and Transgender Terms. The Fenway Institute –

The National LGBT Health Education Center (2010).

<https://fenwayhealth.org/documents/the-fenway-institute/handouts/>

[Handout_7-C_Glossary_of_Gender_and_Transgender_Terms_.pdf](https://fenwayhealth.org/documents/the-fenway-institute/handouts/Handout_7-C_Glossary_of_Gender_and_Transgender_Terms_.pdf)

Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

<https://www.cdc.gov/lgbthealth/index.htm>

APA Publications Related to LGBT Psychology

<https://www.apadivisions.org/division-44/resources/publications>

