

Uwarunkowania zdrowia w grupie mężczyzn należących do subkultury *Bears* na tle populacji MSM. Przegląd piśmiennictwa

Health determinants in men of the Bear subculture compared with the MSM population. Literature review

Magdalena Mijas

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia i Środowiska

Summary

A number of health problems are more common in the population of men who have sex with men (MSM) as compared with the general population. At the same time, research reveals that the MSM population is far from homogeneous, and that subcultural affiliation is one of the characteristics that should be taken into account in health analyses of this group. One of the subcultures among MSM that has received growing interest from researchers in recent years, is the Bear community. It originated in the USA and comprises men – mostly homosexual or bisexual – who are characterized by larger, massive or muscular figure, and by distinctive male phenotypic traits – especially body hair pattern, including facial hair. The most significant health determinants in this group include a higher prevalence of behaviors contributing to negative health outcomes as compared with other MSM, elevated BMI values, as well as exposure to multiple stigma – both sexual minority and weight stigma. Research to date has shown that these characteristics of Bears have significant implications for their mental and sexual health.

The article aims to review the literature, and to discuss the practical and the clinical implications of the studies conducted thus far in this population. The summary gives practical recommendations regarding both the support for Bear men in clinical practice, and the design of adequate and effective health promotion interventions for members of this unique community.

Słowa kluczowe: MSM, stygma, stres, zdrowie seksualne, zdrowie publiczne

Key words: MSM, stigma, stress, sexual health, public health

Wprowadzenie

Uwarunkowania zdrowia mężczyzn z populacji MSM

Mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami (*men who have sex with men* – MSM), w tym także mężczyźni homoseksualni oraz biseksualni, stanowią populację kluczową z perspektywy zdrowia publicznego [1, 2]. W grupie MSM odnotowuje się większe rozpowszechnienie zaburzeń lękowych, depresji, a także ideacji i prób samobójczych [3–6]. Dotychczasowe badania wskazują również na częstsze w tej populacji problemy zdrowotne obejmujące więcej niż jeden obszar z tradycyjnie wyodrębnianych dziedzin zdrowia fizycznego, psychicznego i seksualnego w porównaniu z mężczyznami podejmującymi kontakty seksualne wyłącznie z kobietami [6]. W badaniach zwrócono też uwagę na wyższe wskaźniki opisujące rozpowszechnienie w tej grupie używania substancji psychoaktywnych [7, 8], palenia papierosów [5, 9, 10] oraz wypijania znacznych ilości alkoholu [5, 11]. W populacji MSM odnotowuje się również częstsze podejmowanie kontaktów seksualnych bez prezerwatywy [6, 12] oraz większe rozpowszechnienie infekcji przenoszonych drogą płciową [13, 14]. Mężczyźni z tej grupy napotykać także na więcej barier utrudniających im dostęp do opieki zdrowotnej [5, 15].

Poszukując wyjaśnienia obserwowanych nierówności w zdrowiu, autorzy badań wskazują na procesy stygmatyzacji społecznej, która w szczególnym stopniu dotyczy mężczyzn z grupy MSM [16, 17]. Wyjaśnienia te opierają się na koncepcji, zgodnie z którą przynależność do stereotypizowanych i podlegających społecznemu wykluczeniu grup wiąże się z dodatkowym, chronicznym i unikalnym obciążeniem – stresem mniejszościowym [16]. Na stres mniejszościowy składają się doświadczenia wykluczenia, dyskryminacji i przemocy fizycznej motywowanej uprzedzeniami i stereotypami (tzw. stresory dystalne), a także stresory subiektywne (proksymalne) takie jak oczekiwanie odrzucenia (*anticipated stigma*), uwewnętrznione negatywne społeczne przekonania na temat osób nieheteroseksualnych (*internalized stigma*) czy ukrywanie swojej tożsamości seksualnej przed otoczeniem społecznym [16]. Oddziałujące w sposób chroniczny procesy stresu mniejszościowego stanowią dodatkowe względem typowych stresorów obciążenie i w konsekwencji przyczyniają się do większego rozpowszechnienia problemów zdrowotnych w stygmatyzowanych populacjach [18]. Ekspozycja na procesy stresu mniejszościowego wiąże się także z częstszym podejmowaniem zachowań zagrażających zdrowiu, które niejednokrotnie stanowią niedoskonałe strategie radzenia sobie z doświadczanym wykluczeniem [19].

Dotychczasowe badania potwierdzają nie tylko występowanie zależności między ekspozycją na procesy stresu mniejszościowego i problemami w obszarze zdrowia, ale też wskazują na występowanie szeregu czynników ochronnych, które istotnie modyfikują te zależności [20]. Wśród nich kluczowe okazują się indywidualne zdolności do radzenia sobie ze stresem, które dobrze odzwierciedla konstrukt prężności (*resilience*), oraz uzyskiwane wsparcie społeczne.

Jeden z nurtów badawczych w obrębie studiów nad uwarunkowaniami zdrowia osób należących do populacji mniejszościowych wyznacza perspektywa intersekcyjności, czyli nakładania się na siebie różnych społecznie istotnych statusów i kategorii,

które wzajemnie na siebie oddziałując, kształtują niepowtarzalne konteksty funkcjonowania znajdujące wyraz w barierach, praktykach i potrzebach zdrowotnych [21, 22]. Zgodnie z tą perspektywą nie sposób prowadzić badania nad uwarunkowaniami zdrowia, a tym bardziej projektować oddziaływania profilaktyczne adresowane do populacji MSM, posługując się samą tylko kategorią tożsamości seksualnej lub podejmowanych zachowań seksualnych, w oderwaniu od innych różnicujących mężczyzn z tej grupy cech, takich jak przynależność etniczna, status socjoekonomiczny czy wiek [3, 23].

Jedną z takich kategorii okazuje się także przynależność subkulturowa, której znaczenie dla zdrowia psychicznego i seksualnego w grupie MSM coraz częściej jest eksplorowane w badaniach [1, 24]. Wynika to przede wszystkim z tego, że subkultury w obrębie populacji MSM stanowią niejednokrotnie kontekst różnicujący rozpowszechnienie zachowań zdrowotnych (np. używania substancji psychoaktywnych, podejmowania kontaktów seksualnych bez prezerwatywy). Mogą się również wiązać z występowaniem dodatkowych okoliczności wpływających negatywnie na zdrowie (np. krzyżowanie się wielu stygmatyzowanych społecznie statusów) [8, 25]. Powyższe charakterystyki opisują między innymi mężczyzn z subkultury *Bears*, którym poświęcona jest niniejsza analiza.

Charakterystyka mężczyzn należących do subkultury *Bears*

Subkulturę *Bears* (ang. *bear* – „miś, niedźwiedź”) tworzą mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami, najczęściej identyfikujący się homoseksualnie lub biseksualnie, wyróżniający się masywną lub muskularną budową ciała oraz wyraźnie zaznaczonymi cechami męskiej płci fenotypowej – zwłaszcza męskim typem owłosienia [26]. Cechy te stanowią jednocześnie wyznaczniki atrakcyjności seksualnej w opisywanej populacji. W badaniach mężczyźni tworzący społeczność *Bears* w porównaniu z innymi mężczyznami z grupy MSM okazują się nie tylko charakteryzować potężniejszą posturą [1, 24, 27] czy wyraźniej zaznaczonym owłosieniem ciała [24, 27], ale zazwyczaj są także starsi [1, 8, 28]. W opisywanej społeczności dominują też tradycyjne normy regulujące ekspresję męskości, które przełamują stereotypowe wyobrażenia łączące homoseksualność mężczyzn z feminizacją [29, 30].

Szacuje się, że członkowie tej subkultury stanowią między 14% a 22% populacji MSM w Stanach Zjednoczonych [24, 28]. Organizacje i grupy nieformalne zrzeszające mężczyzn identyfikujących się jako *Bears* funkcjonują na całym świecie, również w Polsce.

W dotychczasowym piśmiennictwie subkulturę *Bears* ujmowano przede wszystkim jako wyróżniającą się specyficzną konstelacją czynników zwiększających ryzyko problemów ze zdrowiem [1, 8, 28]. W literaturze przedmiotu można spotkać się z określeniem identyfikacji *Bears* jako „tożsamości podwyższonego ryzyka” (*higher risk identity*) [1], a jednym z najczęściej podejmowanych wątków w badaniach mężczyzn z tej grupy jest rozpowszechnienie zachowań, takich jak niezabezpieczone prezerwatywą kontakty seksualne czy używanie substancji psychoaktywnych [8, 24]. Zagadnienia te eksplorowane są przede wszystkim w ramach badań przekrojowych realizowanych w tej populacji. Wpisują się one w ogólną tendencję wyraźną w ana-

lizach poświęconych uwarunkowaniom zdrowia w populacji osób LGBTQ, która została poddana krytyce jako skoncentrowana na deficytach (*deficit-focused approach*), w odróżnieniu od eksplorowania roli prężności i czynników chroniących przed negatywnymi konsekwencjami doświadczanej stygmatyzacji [31]. Do takich czynników można zaliczyć na przykład poczucie przynależności do społeczności LGBTQ i uzyskiwane od jej członków wsparcie stanowiące ważny zasób w radzeniu sobie ze stresem [20]. Zagadnienia te podejmowane są przede wszystkim w ramach drugiej grupy badań poświęconych funkcjonowaniu mężczyzn z subkultury *Bears*. Badania te mają charakter jakościowy, a ich celem jest eksploracja doświadczeń członków tej populacji, zwłaszcza w kontekście doświadczanej przez nich wielokrotnej stygmatyzacji, tj. związanej z mniejszościową seksualnością (*sexual minority stigma*) oraz masą ciała (*weight stigma*), a także analiza subkulturowych strategii oporu i radzenia sobie z wykluczeniem. Ujawniają one, że mężczyzn z tej grupy charakteryzuje nie tylko większe narażenie na stres, ale wyróżniają ich też czynniki ochronne związane z przyjęciem subkulturowej identyfikacji i przynależnością do akceptującej i wspierającej społeczności [30, 32].

Metoda

W przeglądzie piśmiennictwa uwzględnione zostały prace empiryczne, zarówno o charakterze ilościowym, jak i jakościowym, które relacjonowały wyniki badań przeprowadzonych w grupie mężczyzn z populacji *Bears*. Prace te zostały zidentyfikowane podczas przeszukiwania elektronicznych baz MEDLINE, PubMed oraz PsycINFO, bez ograniczeń odnośnie do roku publikacji. Z przeglądu zostały wykluczone recenzje książek oraz jedna praca empiryczna o charakterze autoetnograficznym. Do przeglądu włączono łącznie 12 prac oryginalnych, które następnie zostały poddane krytycznej analizie mającej na celu opisanie najważniejszych uwarunkowań zdrowia w populacji mężczyzn *Bears*, a także omówienie ich praktycznych, klinicznych implikacji. Ze względu na odmienne cele charakteryzujące badania wykorzystujące metodologię jakościową i ilościową, jak również związane z nimi odmienne pytania badawcze, wnioski z analizy piśmiennictwa zostały uporządkowane i podzielone na dwie kategorie: wnioski z badań jakościowych oraz wynikające z badań ilościowych.

Wyniki

Jakościowe analizy poświęcone funkcjonowaniu mężczyzn z subkultury *Bears*

Pierwsze analizy poświęcone subkulturze *Bears* dotyczyły charakterystycznych dla członków tej grupy norm regulujących ekspresję męskości [29, 32]. Autorzy tych badań zwracają uwagę na to, że mężczyźni identyfikujący się jako *Bears* powielają tradycyjne wzory męskości, ale jednocześnie je redefiniują tak, aby umożliwiała ekspresję czułości i troski oraz pozwalały na tworzenie romantycznych i seksualnych relacji z innymi mężczyznami [29, 32]. Charakterystyczne dla tej populacji ma być na przykład przywoływane w piśmiennictwie duże znaczenie dotyku i bliskości cielesnej,

które znajduje wyraz w częstym obejmowaniu się (tzw. misiowy uścisk – *Bear hug*) oraz skróconym dystansie fizycznym między członkami społeczności [29].

W narracjach mężczyzn identyfikujących się jako *Bears* szczególne miejsce zajmują doświadczenia stygmatyzacji ze względu na wysoką masę ciała, których źródłem najczęściej okazują się inni mężczyźni z grupy MSM [25, 30, 32, 33]. Zazwyczaj opisy tych doświadczeń stanowią punkt wyjścia narracji, w której momentem przełomowym jest odkrycie subkultury *Bears*. Zamyka ono trudny etap zmagania się ze stygmatyzacją i obniżoną samooceną i zapoczątkowuje nowy okres, związany z radykalnym przewartościowaniem norm dotyczących atrakcyjności, odbudowaniem poczucia własnej wartości i wzrostem satysfakcji z życia [25, 30, 32]. Patrick McGrady [30] wyodrębnia w narracjach dotyczących tego procesu cztery uporządkowane wątki: (1) doświadczenia stygmatyzacji z powodu masy ciała jeszcze przed odkryciem istnienia społeczności *Bears*; (2) odkrycie społeczności *Bears* i eksploracja obowiązujących w niej norm; (3) przewartościowanie wyznaczników atrakcyjności, zmiana w postrzeganiu siebie; (4) powielanie norm obowiązujących w społeczności. Pod wieloma względami propozycja ta przypomina modele formowania tożsamości homoseksualnej i biseksualnej [34, 35]. Co istotne, wielu mężczyzn porównuje te dwa procesy, wskazując, że chociaż przyjęcie identyfikacji *Bears* najczęściej w ich wypadku następowało wiele lat po ujawnieniu się jako homoseksualni mężczyźni, stanowiło równie doniosłe wydarzenie w biegu życia [30, 32]. Mężczyźni porównywali te dwa procesy także pod względem wiążącego się z nimi zadania przewyciężenia stygmatyzacji – z tą różnicą, że pierwszy z nich wymagał przewyciężenia stygmatyzacji związanej z byciem osobą nieheteroseksualną, a drugi z byciem osobą o większej masie ciała [30].

Badania z tej grupy ujawniają, że identyfikacja *Bears* wiąże się dla mężczyzn nie tylko z charakterystycznymi cechami wyglądu czy wzorami ekspresji męskości, ale przede wszystkim z (1) poczuciem bycia częścią większej społeczności, (2) samoakceptacją wynikającą z dowartościowania w obrębie tej subkultury mężczyzn starszych oraz o masywniejszej budowie ciała, a także (3) z afirmacją różnorodności w obrębie praktyk seksualnych czy form związków między mężczyznami [32]. Charakteryzując swoją przynależność subkulturową w kontekście obowiązujących norm wiążących większą masę ciała z obniżonymi poziomami zdrowia, mężczyźni krytycznie odnosili się również do zmedykalizowanych i patologizujących medialnych reprezentacji otyłości [25]. Podkreślali jednocześnie znaczenie osobistego wyboru dotyczącego wyglądu ciała oraz akcentowali wiążące się ze swoim wyborem dobre samopoczucie i pewność siebie [25]. Wskazywali też na inne możliwości dbania o zdrowszy styl życia niż utrata masy ciała, na przykład przez aktywność fizyczną czy rezygnację z palenia papierosów [25].

Jakościowe analizy ujawniają ponadto, że choć przyjęcie identyfikacji subkulturowej i przynależność do społeczności *Bears* stanowią istotny zasób w radzeniu sobie ze stygmatyzacją, mężczyźni nadal zmagali się z jej przejawami. Uczestnicy badań unikali na przykład przebywania w przestrzeniach wiążących się z podejmowaniem aktywności fizycznej, takich jak siłownia, plaża czy taneczny parkiet w klubie, by w ten sposób uniknąć zażenowania oraz bycia ocenianym [33]. Mając na względzie potencjalną rolę aktywności fizycznej jako moderatora zależności między doświadczeniami

stygmatyzacji i związanego z nimi stresu a negatywnymi skutkami w obszarze zdrowia psychicznego i fizycznego, fakt ten dodatkowo może przyczyniać się do pogorszenia sytuacji zdrowotnej mężczyzn z tej grupy.

Edmonds i Zieff [33], analizując wypowiedzi swoich rozmówców, zwrócili także uwagę na ujawniane przez mężczyzn tęsknoty za posiadaniem szczuplejszej sylwetki oraz inne przejawy zinternalizowanej stygmatyzacji związanej z masą ciała, takie jak autodeprecjacja. Badania realizowane wśród osób zmagających się z otyłością ujawniają, że zinternalizowana stygmatyzacja związana z masą ciała stanowi dodatkowy czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych [36] oraz obniżenia jakości życia związanej ze stanem zdrowia fizycznego [37]. Jest ona również źródłem dodatkowego obciążenia przyczyniającego się do występowania niekorzystnych nawyków żywieniowych i nasilonych objawów psychopatologicznych u osób zmagających się z otyłością [38]. Przywołane wyniki badań wskazują zatem potencjalnie istotne obszary wymagające uwzględnienia w praktyce klinicznej oraz w działaniach profilaktycznych podejmowanych wobec populacji *Bears*.

Przekrojowe badania dotyczące funkcjonowania mężczyzn z subkultury *Bears*

Jednym z zagadnień pojawiających się w jakościowych analizach poświęconych mężczyznom z populacji *Bears* jest mająca charakteryzować tę społeczność swoboda ekspresji seksualnej oraz otwartość na różne formy relacji intymnych [29, 32]. W badaniach przekrojowych wątek funkcjonowania seksualnego został zdecydowanie bardziej rozbudowany, wyraźna jest w nich także koncentracja na praktykach opisywanych jako ryzykowne dla zdrowia.

W dotychczasowych badaniach zaobserwowano między innymi, że mężczyźni identyfikujący się jako *Bears* w porównaniu z innymi mężczyznami z grupy MSM częściej podejmują kontakty analne bez prezerwatywy [8, 28, 39], wykazują bardziej różnorodne zachowania seksualne, włączając praktyki z repertuaru BDSM [24], oraz używają substancji psychoaktywnych przed kontaktami i w trakcie kontaktów seksualnych [28]. Członkowie społeczności *Bears* częściej rezygnowali też z użycia prezerwatywy w sytuacji, gdy ich partnerami byli inni mężczyźni identyfikujący się jako *Bears*, w porównaniu z sytuacjami, gdy ich partnerzy seksualni nie należeli do tej grupy [40].

Wyjaśniając obserwowane zależności, autorzy badań przekrojowych wskazują na dominujące w grupie *Bears* tradycyjne definicje męskości [8, 24]. Zarówno rezygnacja z prezerwatywy, jak i częstsze podejmowanie praktyk seksualnych wiążących się z ryzykiem zakażenia HIV mogą być postrzegane przez członków tej subkultury jako świadczące o większej męskości [24]. Moskowitz i wsp. [24] wskazują ponadto na niższą samoocenę, którą zaobserwowali w społeczności *Bears*, i interpretują seksualną eksplorację jako strategię radzenia sobie z obniżonym poczuciem własnej wartości. Jest to jednak jedyne z dotychczas zrealizowanych badań ilościowych, w którym zaobserwowano niższą samoocenę w tej grupie w porównaniu z populacją MSM. W innych badaniach albo nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie samooceny [27, 28], albo różnice te przestawały być istotne po wprowadzeniu do modeli wyjaśniających poprawki na BMI [1].

Niestety w żadnym z dotychczasowych badań przekrojowych przeprowadzonych w grupie *Bears* nie uwzględniono miar zinternalizowanej stygmatyzacji związanej z masą ciała czy ekspozycji na doświadczenia stygmatyzacji ze względu na tę przesłankę. Dotychczas tylko w jednym badaniu, obejmującym grupę młodszych (18–39 lat) członków tej społeczności (niedźwiadków – ang. *Cubs*), uwzględniono miary opisujące ekspozycję na procesy stygmatyzacji związanej z mniejszościową seksualnością [1]. W badaniu tym zaobserwowano, że młodszy mężczyźni z populacji *Bears* istotnie częściej narażeni są na dyskryminację ze względu na tożsamość seksualną w porównaniu z innymi mężczyznami z grupy MSM. Nie stwierdzono jednak istotnych różnic w zakresie takich zmiennych jak zinternalizowana stygmatyzacja związana z mniejszościową seksualnością, ukrywanie tożsamości seksualnej przed otoczeniem czy poziom akceptacji swojej seksualności [1].

W dotychczasowych badaniach nie odnotowano również istotnych statystycznie różnic między mężczyznami z grupy *Bears* i innymi mężczyznami z populacji MSM w zakresie takich zachowań, jak palenie papierosów, używanie marihuany czy spożywanie alkoholu [1, 8]. Dostępne badania są niejednoznaczne także pod względem różnic w zakresie liczby partnerów seksualnych, częstości testowania się na HIV i diagnoz zakażeń HIV, wskazując zarówno na częstsze ich występowanie w grupie *Bears* w porównaniu z innymi mężczyznami z grupy MSM [39], jak i na brak istotnych różnic w tym zakresie [1]. W dotychczasowych badaniach nie stwierdzono też istotnych różnic między mężczyznami z grupy *Bears* a innymi mężczyznami z populacji MSM w zakresie takich zmiennych, jak depresyjność, lęk społeczny [28] oraz rozpowszechnienie farmakologicznego leczenia depresji lub zaburzeń lękowych [1]. Z jakiegoś zatem powodu mężczyźni z populacji *Bears* – mimo większego obciążenia stygmatyzacją – nie byli ani bardziej depresyjni czy lękowi, ani nie leczyli się częściej na depresję w porównaniu z innymi mężczyznami z grupy MSM. Być może wyjaśnieniem tej prawidłowości jest wpływ charakteryzujących tę społeczność czynników ochronnych. Bez wątplenia jest to obszar, który dopiero wymaga empirycznej eksploracji.

Praktyczne implikacje dotychczasowych badań

Badania zrealizowane dotychczas wśród mężczyzn ze społeczności *Bears* ujawniają w pierwszej kolejności, że istotnie różnią się oni od szerszej populacji MSM pod względem fizycznych charakterystyk (masa ciała, owłosienie ciała), wyznaczników atrakcyjności i norm regulujących ekspresję męskości, a także ekspozycji na stygmatyzację oraz rozpowszechnienia praktyk istotnych dla zdrowia seksualnego. Analizy te potwierdzają, że populacja MSM jest daleka od jednorodności, a przynależność subkulturowa stanowi jedną z charakterystyk, które warto uwzględnić, prowadząc badania dotyczące uwarunkowań zdrowia w tej grupie oraz projektując adresowane do niej oddziaływania profilaktyczne. Choć bez wątplenia zależności między wielokrotną stygmatyzacją a zdrowiem mężczyzn identyfikujących się jako *Bears* wymagają dalszych analiz, zwłaszcza o charakterze prospektywnym, dotychczas przeprowadzone badania sugerują, że stygmatyzacja związana z masą ciała stanowi istotne wyzwanie dla zdrowia tej grupy, nie tylko dlatego, że bezpośrednio oddziałuje na dobrostan

psychiczny jej członków, ale także przez to, że stanowi barierę na drodze do podejmowania przez nich korzystnych dla zdrowia zachowań takich jak aktywność fizyczna. Mężczyźni z tej grupy tworzą zatem populację, która zasługuje na większą uwagę specjalistów w zakresie zdrowia publicznego. Chociaż w badaniach odnotowuje się większe rozpowszechnienie praktyk, które mogą skutkować pogorszeniem zdrowia seksualnego w tej społeczności, obserwacje te nie uprawniają do stwierdzenia, że to przynależność do subkultury *Bears* jest przyczyną obserwowanych zależności ani że w konsekwencji ma ona wpływ na pogorszenie zdrowia mężczyzn z tej grupy. W populacji tej realizowano dotychczas wyłącznie badania o charakterze przekrojowym, na których podstawie nie można wnioskować o przyczynowości. Wyniki badań wskazujące na większe rozpowszechnienie zachowań mogących skutkować pogorszeniem zdrowia stanowią jednak cenną wskazówkę dla działań mających na celu promocję zdrowia przede wszystkim dlatego, że ujawniają, którą populację szczególnie warto objąć takimi oddziaływaniami. Dostarczają również informacji na temat społecznych wymiarów seksualności kluczowych dla projektowania skutecznych oddziaływań profilaktycznych dotyczących zdrowia seksualnego [41]. Dalszej eksploracji wymaga także rola charakteryzujących tę społeczność czynników ochronnych dla zdrowia w kontekście doświadczanej stygmatyzacji. Adresowane do tej społeczności oddziaływania profilaktyczne, mając na względzie obowiązujące w subkulturze *Bears* wyznaczniki atrakcyjności, powinny być także projektowane na podstawie bardziej włączających definicji zdrowia, w których akcentowane są korzyści wynikające z określonych elementów stylu życia niezależnie od masy ciała, w odróżnieniu od bezpośrednich zachęt do utraty masy ciała, gdyż te mogą dodatkowo wzmacniać procesy społecznej stygmatyzacji ze względu na masę ciała. W literaturze przedmiotu brak jest jednak propozycji programów i działań profilaktycznych mających na celu redukcję negatywnych skutków wielokrotnej stygmatyzacji związanej jednocześnie z masą ciała oraz tożsamością seksualną. Interwencje nakierowane na przeciwdziałanie stygmatyzacji zazwyczaj koncentrują się na jednej przesłance wykluczenia (np. stygmatyzacji związanej z HIV) bądź dotyczą wybranych procesów stygmatyzacji (np. uwewnętrznionej stygmatyzacji lub doświadczeń dyskryminacji) [np. 42, 43]. Również oferta programów profilaktycznych oraz modeli terapeutycznych mających na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji związanej z tożsamością seksualną jest w dalszym ciągu bardzo ograniczona [44]. Wyróżniającym się przykładem takiego modelu jest przeznaczony dla nieheteroseksualnych mężczyzn poznawczo-behawioralny model terapii ESTEEM służący wzmocnieniu indywidualnych zdolności do radzenia sobie ze stygmatyzacją za pomocą szeregu poznawczych i behawioralnych technik, takich jak ekspozycja interoceptywna, poznawcza restrukturyzacja czy *mindfulness* [44]. Jego skuteczność w redukcji symptomów depresji, lęku oraz zmniejszeniu częstości podejmowania kontaktów seksualnych bez prezerwatywy została potwierdzona w badaniach [45]. Wydaje się przy tym, że stosunkowo łatwo można go zaadaptować do pracy ze społecznościami doświadczającymi wykluczenia również ze względu na inne przesłanki. Warto zarazem zaznaczyć, że działania mające na celu wspieranie zdrowia stygmatyzowanych społeczności nie powinny się koncentrować jedynie na płaszczyźnie intraindywidualnej i przyjmować postaci terapii czy poradnictwa, ale

powinny także uwzględniać inne płaszczyzny doświadczania stygmatyzacji, począwszy od interpersonalnej, przez społecznościową i instytucjonalną, na strukturalnej skończywszy [43]. Wskazują na to badania nad strukturalną stygmatyzacją (rozumianą jako zinstytucjonalizowane formy wykluczenia sankcjonowane przepisami prawa), która nie tylko wiąże się z obniżonym poziomem zdrowia dotkniętych nią grup, ale też ogranicza skuteczność psychologicznych interwencji zmierzających do promocji zdrowia i przeciwdziałania skutkom stygmatyzacji [46].

Dla klinicystów wspierających nieheteroseksualnych mężczyzn przydatna zapewne okaże się wiedza na temat funkcjonujących w obrębie tej populacji subkultur, zwłaszcza tych, które dowartościowują mężczyzn starszych i z większą masą ciała, w związku z czym mogą oni mieć szczególne trudności z nawiązaniem satysfakcjonujących i będących źródłem społecznego wsparcia kontaktów z innymi mężczyznami. Charakterystyki funkcjonowania społeczności Bears (większa bliskość, doświadczenie akceptacji i przynależności) opisywane były przez uczestników badań jako istotne dla ich dobrostanu psychicznego – mogą zatem stanowić ważny zasób do wykorzystania w pracy klinicznej. Afirmatywny klinicysta może na przykład zasugerować homoseksualnemu lub biseksualnemu klientowi zmagającemu się dodatkowo ze stygmatyzacją związaną z masą ciała, gdzie może uzyskać wsparcie i znaleźć podobnych sobie mężczyzn. W pracy klinicznej z nieheteroseksualnymi mężczyznami warto także zwrócić uwagę na dodatkowe statusy społeczne, które mogą stanowić przesłankę stygmatyzacji i tym samym kolejne wyzwanie dla zdolności radzenia sobie i dobrostanu psychicznego. Uwzględnienie tego, w jaki sposób krzyżujące się statusy społeczne kształtują kontekst funkcjonowania klientów, jest kluczowym elementem afirmatywnej praktyki klinicznej z osobami należącymi do wykluczanych społecznie populacji.

Piśmiennictwo

1. Lyons A, Hosking W. *Health disparities among common subcultural identities of young gay men: Physical, mental, and sexual health*. Arch. Sex. Behav. 2014; 43(8): 1621–1635.
2. WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update*. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, West BT, McCabe SE. *Discrimination and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States*. Am. J. Orthopsychiatry 2014; 84(1): 35–45.
4. Chakraborty A, McManus S, Brugha TS, Bebbington P, King M. *Mental health of the non-heterosexual population of England*. Br. J. Psychiatry 2011; 198(2): 143–148.
5. McKirnan DJ, Tolou-Shams M, Turner L, Dyslin K, Hope B. *Elevated risk for tobacco use among men who have sex with men is mediated by demographic and psychosocial variables*. Subst. Use Misuse 2006; 41(8): 1197–1208.
6. Mercer CH, Prah P, Field N, Tanton C, Macdowall W, Clifton S i wsp. *The health and well-being of men who have sex with men (MSM) in Britain: Evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)*. BMC Public Health 2016; 16: 525.

7. Roxburgh A, Lea T, Wit de J, Degenhardt L. *Sexual identity and prevalence of alcohol and other drug use among Australians in the general population*. Int. J. Drug Policy 2016; 28: 76–82.
8. Willoughby BLB, Lai BS, Doty ND, Mackey ER, Malik NM. *Peer crowd affiliations of adult gay men: Linkages with health risk behaviors*. Psychol. Men Masc. 2008; 9(4): 235–247.
9. Johnson SE, Holder-Hayes E, Tessman GK, King BA, Alexander T, Zhao X. *Tobacco product use among sexual minority adults: Findings from the 2012–2013 national adult tobacco survey*. Am. J. Prev. Med. 2016; 50(4): e91–e100.
10. King BA, Dube SR, Tynan MA. *Current tobacco use among adults in the United States: Findings from the National Adult Tobacco Survey*. Am. J. Public Health 2012; 102(11): e93–e100.
11. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. *Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States: Results from the National Health Interview Survey*. JAMA Intern. Med. 2016; 176(9): 1344–1351.
12. Brittain DR, Dinger MK. *An examination of health inequities among college students by sexual orientation identity and sex*. J. Public Health Res. 2015; 4(1): 414.
13. Rosario M, Li F, Wypij D, Roberts AL, Corliss HL, Charlton BM i wsp. *Disparities by sexual orientation in frequent engagement in cancer-related risk behaviors: A 12-year follow-up*. Am. J. Public Health 2016; 106(4): 698–706.
14. Swartz JA. *The relative odds of lifetime health conditions and infectious diseases among men who have sex with men compared with a matched general population sample*. Am. J. Mens Health 2015; 9(2): 150–162.
15. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK i wsp. *Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: A national survey*. J. Gen. Intern. Med. 2015; 30(1): 9–16.
16. Meyer IH. *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. Psychol. Bull. 2003; 129(5): 674–697.
17. Hatzenbuehler ML. *How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework*. Psychol. Bull. 2009; 129(5): 674–697.
18. Fredriksen-Goldsen KI, Emlen CA, Kim H-J, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J i wsp. *The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors*. Gerontologist 2013; 53(4): 664–675.
19. Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Erickson SJ. *Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men*. Health Psychol. 2008; 27(4): 455–462.
20. Meyer IH. *Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities*. Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers. 2015; 2(3): 209.
21. Bowleg L. *The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality – An important theoretical framework for public health*. Am. J. Public Health 2012; 102(7): 1267–1273.
22. Collins PH. *Intersectionality’s definitional dilemmas*. Annu. Rev. Sociology 2015; 41: 1–20.
23. McConnell EA, Janulis P, Phillips G, Truong R, Birkett M. *Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men*. Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers. 2018; 5(1): 1–12.
24. Moskowitz DA, Turrubiates J, Lozano H, Hajek C. *Physical, behavioral, and psychological traits of gay men identifying as bears*. Arch. Sex. Behav. 2013; 42(5): 775–784.
25. Gough B, Flanders G. *Celebrating “obese” bodies: Gay “bears” talk about weight, body image and health*. Int. J. Men’s Health 2009; 8(3): 235–253.

26. Quidley-Rodriguez N, Santis de JP. *A literature review of health risks in the bear community, a gay subculture*. Am. J. Mens Health 2017; 11(6): 1673–1679.
27. Lin C. *Chinese gay bear men*. Cult. Soc. Masculinities 2014; 6(2): 183.
28. Noor SW, Adam BD, Brennan DJ, Moskowitz DA, Gardner S, Hart TA. *Scenes as micro-cultures: Examining heterogeneity of HIV risk behavior among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Toronto, Canada*. Arch. Sex. Behav. 2018; 47(1): 309–321.
29. Hennen P. *Bear bodies, bear masculinity: Recuperation, resistance, or retreat?* Gend. Soc. 2005; 19(1): 25–43.
30. McGrady PB. *“Grow the Beard, Wear the Costume”: Resisting weight and sexual orientation stigmas in the bear subculture*. J. Homosex. 2016; 63(12): 1698–1725.
31. Colpitts E, Gahagan J. *The utility of resilience as a conceptual framework for understanding and measuring LGBTQ health*. Int. J. Equity Health 2016; 15: 60.
32. Manley E, Levitt H, Mosher C. *Understanding the bear movement in gay male culture: Redefining masculinity*. J. Homosex. 2007; 53(4): 89–112.
33. Edmonds SE, Zieff SG. *Bearing bodies: Physical activity, obesity stigma, and sexuality in the bear community*. Sociol. Sport J. 2015; 32(4): 415–435.
34. Mijas M, Iniewicz G, Grabski B. *Stadialne modele formowania się tożsamości homoseksualnej: implikacje dla praktyki terapeutycznej*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 815–828.
35. Mijas M, Dora M, Dobroczyński B. *Terapia z biseksualnym klientem – wybrane zagadnienia*. Seksuol. Pol. 2015; 13(1): 19–30.
36. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, Shaw JA, Hayes MR, Bakizada ZM i wsp. *Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity*. Obesity 2017; 25(2): 317–322.
37. Latner JD, Durso LE, Mond JM. *Health and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese adults: Associations with internalized weight bias*. J. Eat. Disord. 2013; 1: 3.
38. O’Brien KS, Latner JD, Puhl RM, Vartanian LR, Giles C, Griva K i wsp. *The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress*. Appetite 2016; 102: 70–76.
39. Prestage G, Brown G, de Wit J, Bavinton B, Fairley C, Maycock B i wsp. *Understanding gay community subcultures: Implications for HIV prevention*. AIDS Behav. 2015; 19(12): 2224–2233.
40. Schnarrs PW, Rosenberger JG, Schick V, Delgado A, Briggs L, Dodge B i wsp. *Difference in condom use between bear concordant and discordant dyads during the last anal sex event*. J. Homosex. 2017; 64(2): 195–208.
41. Young RM, Meyer IH. *The trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the sexual-minority person in public health discourse*. Am. J. Public Health 2005; 95: 1144–1149.
42. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. *A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come?* J. Int. AIDS Soc. 2013; 16(2): 18734.
43. Loutfy M, Tharao W, Logie C, Aden MA, Chambers LA, Wu W i wsp. *Systematic review of stigma reducing interventions for African/Black diasporic women*. J. Int. AIDS Soc. 2015; 18(1): 19835.
44. Burton CL, Wang K, Pachankis JE. *Psychotherapy for the spectrum of sexual minority stress: Application and technique of the ESTEEM treatment model*. Cogn. Behav. Pract. 2019; 26(2): 285–299.

45. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Rendina HJ, Safren SA, Parsons JT. *LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach*. J. Consult. Clin. Psychol. 2015; 83(5): 875–889.
46. Hatzenbuehler ML. *Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science*. Am. Psychol. 2016; 71(8): 742–751.

Adres: Magdalena Mijas
Instytut Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20
e-mail: magdalena.mijas@uj.edu.pl

Otrzymano: 3.06.2020
Zrecenzowano: 13.08.2020
Otrzymano po poprawie: 9.09.2020
Przyjęto do druku: 11.09.2020