

*Diese Übersetzung ist zum Nutzen unserer Leser zur Verfügung gestellt; die offizielle Fassung dieses Berichts, auf Englisch, ist hier erhältlich.*

## Teil Zwei

### **Sexualität, psychische Gesundheit und Sozialstress**

*Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigen nicht-heterosexuelle und Transgender-Subpopulationen höhere Raten psychischer Gesundheitsprobleme wie Angstzustände, Depressionen und Suizid, dazu kommen Verhaltensprobleme und soziale Probleme wie Drogenmissbrauch und Gewalt zwischen Intimpartnern. Als Erklärung wird in der wissenschaftlichen Literatur überwiegend das Sozialstress-Modell herangezogen, wonach soziale Stressoren wie Stigmatisierung und Diskriminierung, denen die Mitglieder dieser Subpopulationen ausgesetzt sind, für die Ungleichheit bei der psychischen Gesundheit verantwortlich sind. Studien zeigen, dass soziale Stressoren zwar tatsächlich zu einem erhöhten Risiko schlechter psychischer Gesundheit für diese Bevölkerungsgruppen beitragen, die Ungleichheit sich damit jedoch nicht vollständig erklären lässt.*

Viele der Fragen rund um sexuelle Orientierung und Gender-Identität sind unter den Forschern weiterhin kontrovers, doch es gibt einen allgemeinen Konsens zu den Beobachtungen, die das Kernstück von Teil Zwei bilden: lesbische, schwule, bisexuelle und Transgender-Subpopulationen (LGBT-Populationen) sind verglichen mit der Allgemeinbevölkerung einem erhöhten Risiko zahlreicher psychischer Gesundheitsprobleme ausgesetzt. Weniger gesichert sind die Ursachen dieses höheren Risikos und folglich auch der sozialen und klinischen Ansätze, die hier eine Verbesserung bringen könnten. In diesem Teil betrachten wir einige der Forschungen, die das erhöhte Risiko dokumentieren, mit besonderem Augenmerk auf datenbasierten Veröffentlichungen mit fundierter Methodologie, die in der wissenschaftlichen Literatur häufig zitiert werden.

Ein solider und wachsender Korpus aus Forschungsliteratur untersucht die Zusammenhänge zwischen Sexualität oder sexuellem Verhalten und psychischem Gesundheitszustand. Die erste Hälfte dieses Teils erörtert die Assoziationen zwischen sexuellen Identitäten oder Verhaltensweisen und psychiatrischen Erkrankungen (wie Stimmungs-, Angst- und Anpassungsstörungen), Selbstmord und Gewalt zwischen Intimpartnern. Die zweite Hälfte erkundet die Gründe für die höhere Wahrscheinlichkeit solcher Ergebnisse in den nicht-heterosexuellen und Transgender-Populationen und prüft, was die sozialwissenschaftliche Forschung uns zu einem der vorherrschenden Erklärungsansätze für diese Risiken sagen kann, nämlich zum Sozialstress-Modell. Wie wir sehen werden, können soziale Stressoren wie Belästigung und Stigmatisierung teilweise, aber nicht vollständig die höheren Risiken für die psychische Gesundheit dieser Populationen erklären. Weitere Forschungen sind notwendig, um die Ursachen dieser wichtigen Fragen der klinischen und öffentlichen Gesundheit zu verstehen und potenzielle Lösungen dafür zu finden.

## **Erste Überlegungen**

Wenden wir uns zunächst dem Beweis für die Existenz eines statistischen Zusammenhangs zwischen sexuellen Identitäten oder Verhaltensweisen und schlechter psychischer Gesundheit zu. Bevor wir eine Übersicht über die relevanten Forschungen geben, soll das Kriterium genannt werden, das für die Auswahl der besprochenen Studien angesetzt wurde. In dem Versuch, die gesamten Erkenntnisse aus einem umfangreichen Forschungskorpus zu konzentrieren, beginnt jeder Abschnitt mit einer Zusammenfassung der umfangreichsten und verlässlichsten Metaanalysen — das sind Publikationen, die statistische Daten aus der veröffentlichten Forschungsliteratur zusammenstellen und analysieren. Für einige Forschungsgebiete wurden keine umfassenden Metaanalysen durchgeführt; in diesen Bereichen verlassen wir uns auf Übersichtsartikel, sie fassen die Forschungsliteratur zusammen, ohne in die quantitative Analyse der veröffentlichten Daten einzusteigen. Neben der Darstellung dieser Zusammenfassungen erörtern wir auch einige ausgewählte Studien, die aufgrund ihrer Methodologie, Stichprobengröße, Kontrolle von Störfaktoren oder ihrer Art, Konzepte wie Heterosexualität oder Homosexualität zu operationalisieren, von besonderem Wert sind, und gehen auf Schlüsselstudien ein, die im Anschluss an die Metaanalysen oder Übersichtsartikel veröffentlicht wurden.

Wie wir in Teil Eins dargestellt haben, ist die Erklärung der genauen biologischen und psychologischen Ursprünge sexuellen Begehrens und sexueller Verhaltensweisen eine schwierige wissenschaftliche Aufgabe, die bisher noch nicht zufriedenstellend abgeschlossen werden konnte und vielleicht niemals abgeschlossen sein wird. Die Forscher können jedoch die Korrelationen zwischen sexuellen Verhaltensweisen, Anziehungen oder Identitäten und psychischer Gesundheit untersuchen, auch wenn der Zusammenhang zwischen sexuellem Verhalten, sexueller Anziehung und sexueller Identität und einem bestimmten psychischen Gesundheitsproblem jeweils unterschiedlich sein kann (und tatsächlich ist). Das Begreifen des Umfangs der Gesundheitsprobleme, denen Individuen mit bestimmten sexuellen Verhaltensweisen oder sexuellen Anziehungen ausgesetzt sind, ist ein notwendiger Schritt, um diesen Individuen die Betreuung anbieten zu können, die sie brauchen.

## **Sexualität und psychische Gesundheit**

In einer 2008 durchgeführten Metaanalyse von Forschungen zu psychischen Gesundheitsproblemen bei Nicht-Heterosexuellen folgerten der Professor für Psychiatrie am University College von London, Michael King und Kollegen, dass Schwule, Lesben und Bisexuelle einem „höheren Risiko für Suizidverhalten, psychische Störungen, Drogenmissbrauch und Abhängigkeit [ausgesetzt sind] als heterosexuelle Menschen.“<sup>1</sup> Diese Auswertung der Literatur untersuchte Publikationen aus dem Zeitraum Januar 1966 bis April 2005 mit Daten über 214.344 heterosexuelle und 11.971 nicht-heterosexuelle Individuen. Der große Stichprobenumfang erlaubte den Autoren das Erarbeiten äußerst zuverlässiger Schätzungen, wie an den relativ niedrigen Konfidenzintervallen zu sehen ist.<sup>2</sup>

Die Autoren stellten die Risikoquoten aus diesen Publikationen zusammen und schätzten, dass lesbische, schwule und bisexuelle Individuen im Vergleich zu Heterosexuellen einem 2,47-fach höheren Risiko eines Suizidversuchs im Laufe ihres Lebens ausgesetzt waren,<sup>3</sup> die Wahrscheinlichkeit einer Depression über einen zwölfmonatigen Zeitraum doppelt so hoch lag<sup>4</sup> und die Wahrscheinlichkeit von Angststörungen 1,5-mal höher.<sup>5</sup> Nicht-heterosexuelle Männer und Frauen zeigten ein erhöhtes Risiko für Drogenprobleme (1,51-mal wahrscheinlicher),<sup>6</sup> wobei das Risiko für nicht-heterosexuelle Frauen besonders hoch ausfiel — 3,42-mal höher als für heterosexuelle Frauen.<sup>7</sup> Für nicht-heterosexuelle Männer wiederum bestand ein besonders hohes Risiko für Suizidversuche: Während das Risiko eines im Laufe

ihres Lebens begangenen Suizidversuchs für nicht-heterosexuelle Männer und Frauen zusammen 2,47-mal höher lag, wiesen nicht-heterosexuellen Männer allein ein 4,28-mal höheres Risiko auf.<sup>8</sup>

Diese Erkenntnisse wurden in anderen Studien sowohl in den Vereinigten Staaten als auch international repliziert und bestätigten ein durchgehendes und alarmierendes Muster. Es ist jedoch eine beträchtliche Varianz bei den Schätzungen zu erhöhten Risiken für unterschiedliche psychische Gesundheitsprobleme festzustellen, je nachdem wie die Forscher Begriffe wie „homosexuell“ oder „nicht-heterosexuell“ definieren. Die Erkenntnisse aus einer Studie, die 2010 von der Professorin für Krankenpflege und Gesundheitsstudien an der Northern Illinois University Wendy Bostwick und Kollegen vorgelegt wurde, beschäftigte sich mit Assoziationen zwischen sexueller Orientierung und Gemüts- und Angststörungen bei Männern und Frauen, die sich entweder als schwul, lesbisch oder bisexuell identifizierten oder über das Eingehen gleichgeschlechtlicher Beziehungen berichteten oder das Empfinden gleichgeschlechtlicher Anziehungen angaben. Die Studie arbeitete mit einer umfangreichen, aleatorischen Zufallspopulation in den Vereinigten Staaten unter Verwendung von Daten aus der Welle 2004-2005 der Nationalen Epidemiologischen Studie über Alkohol und verwandte Rauschmittel, die auf 34.653 Befragungen beruhte.<sup>9</sup> In dieser Stichprobe identifizierten sich 1,4 % der Teilnehmer als lesbisch, schwul oder bisexuell; 3,4 % gaben irgendein gleichgeschlechtliches Sexualverhalten im Lauf des Lebens an; und 5,8 % berichteten von nicht-heterosexuellen Anziehungen.<sup>10</sup>

Frauen, die sich als lesbisch, bisexuell oder „nicht sicher“ identifizierten, berichteten über höhere Raten von Gemütsstörungen im Lauf des Lebens als Frauen, die sich als heterosexuell identifizierten: die Prävalenz betrug 44,4 % bei Lesben, 58,7 % bei Bisexuellen und 36,5 % bei Frauen, die sich ihrer sexuellen Identität nicht sicher waren, verglichen mit 30,5 % bei Heterosexuellen. Ein vergleichbares Muster zeigte sich für Angststörungen, wobei die Prävalenz bei bisexuellen Frauen am höchsten war, gefolgt von Lesben und denen, die sich nicht sicher waren, und heterosexuellen Frauen mit der niedrigsten Prävalenz. Eine Untersuchung der Daten für Frauen mit anderem Sexualverhalten oder anderen sexuellen Anziehungen (aber keiner anderen sexuellen Identität) zeigte für diejenigen, die sowohl Männern als auch Frauen gegenüber Sexualverhalten oder Anziehung angaben, eine höhere Rate von Störungen im Lauf des Lebens als für Frauen, die ausschließlich heterosexuelle oder homosexuelle Verhaltensweisen oder Anziehungen angaben, und für Frauen, die ausschließlich gleichgeschlechtliches Sexualverhalten oder gleichgeschlechtliche Anziehung angaben, waren die Raten von Gemüts- und Angststörungen im Lauf des Lebens tatsächlich die *niedrigsten*.<sup>11</sup>

Männer, die sich als schwul identifizierten, zeigten eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz für Gemütsstörungen im Lauf des Lebens verglichen mit Männern, die sich als heterosexuell identifizierten (42,3 % versus 19,8 %), und eine mehr als doppelt so hohe Rate für irgendeine Angststörung im Lauf des Lebens (41,2 % versus 18,6 %), während als bisexuell identifizierte Männer eine geringfügig niedrigere Prävalenz für Gemütsstörungen (36,9 %) und Angststörungen (38,7 %) zeigten als schwule Männer. Bei sexueller Anziehung oder sexuellem Verhalten der Männer zeigten diejenigen, die sexuelle Anziehung „vorwiegend für Männer“ oder Sexualverhalten mit „Frauen und Männern“ angaben, die höchste Prävalenz für Gemüts- und Angststörungen im Lauf des Lebens, verglichen mit andern Gruppen, während diejenigen, die ausschließlich heterosexuelle Anziehung oder Verhalten angaben, die niedrigste Prävalenz in allen Gruppen zeigten.

Weitere Studien stellten fest, dass nicht-heterosexuelle Bevölkerungsgruppen neben psychischen Gesundheitsproblemen auch einem höheren Risiko körperlicher Gesundheitsprobleme ausgesetzt sind. In einer Studie der Professorin für Epidemiologie an der

Universität von Kalifornien, Los Angeles (UCLA) Susan Cochran und Kollegen wurden 2007 die Daten von 2.272 Erwachsenen aus der California Quality of Life Survey untersucht, um Zusammenhänge zwischen sexueller Orientierung und selbstberichtetem körperlichem Gesundheitszustand, medizinischen Leiden und Beeinträchtigungen sowie psychologischem Unbehagen unter Lesben, Schwulen, Bisexuellen und solchen festzustellen, die sie als „heterosexuelle Individuen mit homosexuellen Erfahrungen“ klassifizierten.<sup>12</sup> Die Studie war zwar, wie die meisten, durch den Einsatz der Selbstauskunft über medizinische Erkrankungen eingeschränkt, sie wies jedoch mehrere Stärken auf: Sie untersuchte eine populationsbasierte Stichprobe; sie bewertete die Dimensionen Identität und Verhalten der sexuellen Orientierung getrennt; und sie kontrollierte unter anderem die Parameter Rasse (Ethnie), Bildungsstand, Partnerschaftssituation und Familieneinkommen.

Die Autoren dieser Studie fanden zwar eine Reihe von medizinischen Leiden mit einer scheinbar erhöhten Prävalenz unter Nicht-Heterosexuellen, doch nach Bereinigung der demographischen Faktoren, die potenziell als Störfaktoren wirken können, blieb eine einzige Gruppe mit einer signifikant höheren Prävalenz ohne HIV, die der bisexuellen Frauen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit unter Gesundheitsproblemen litten als heterosexuelle Frauen. In Übereinstimmung mit der Studie von Bostwick und Kollegen von 2010 wurden höhere Raten von psychologischem Stress bei Lesben, bisexuellen Frauen, schwulen Männern und heterosexuellen Männern mit homosexueller Erfahrung angegeben, und das sowohl vor als auch nach der Bereinigung der demographischen Störfaktoren. Unter den Männern gaben selbstidentifizierte schwule und heterosexuelle Teilnehmer mit homosexueller Erfahrung die höchsten Raten von unterschiedlichen Gesundheitsproblemen an.

Unter Verwendung derselben California Quality of Life Survey untersuchte eine 2009 veröffentlichte Studie der Professorin für Psychiatrie und Bio-Verhaltenswissenschaften an der UCLA Christine Grella und Kollegen (einschließlich Cochran) die Beziehung zwischen sexueller Orientierung und einer Behandlung wegen Substanzgebrauch oder psychischen Störungen.<sup>13</sup> Sie arbeiteten mit einer populationsbasierten Stichprobe mit einem überproportionalen Anteil an sexuellen Minderheiten, um mehr statistische Aussagekraft bei der Entdeckung von Unterschieden zwischen den Gruppen zu erhalten. Die Klassifizierung für die Inanspruchnahme einer Behandlung erfolgte danach, ob Teilnehmer in den letzten zwölf Monaten nach eigenen Angaben wegen „Problemen emotionaler oder psychischer Art, mit Alkohol oder mit anderen Drogen“ behandelt worden waren oder nicht. Sexuelle Orientierung wurde anhand einer Kombination aus Verhaltensvorgeschichte und Selbstidentifikation operationalisiert. Beispielsweise wurden sowohl diejenigen, die sich selbst als schwul, lesbisch oder bisexuell identifizierten als auch diejenigen, die gleichgeschlechtliche Verhaltensweisen angegeben hatten, unter „schwul/bisexuell“ bzw. „lesbisch/bisexuell“ zusammengefasst. Sie stellten fest, dass Frauen, die lesbisch oder bisexuell waren, mit größerer Wahrscheinlichkeit einer Behandlung unterzogen worden waren, gefolgt von schwulen oder bisexuellen Männern, dann von heterosexuellen Frauen und schließlich von heterosexuellen Männern als der Gruppe, bei der die Angabe einer Behandlung am wenigsten wahrscheinlich war. Insgesamt hatten im Vergleich zu Heterosexuellen mehr als doppelt so viele LGB-Individuen angegeben, in den vergangenen zwölf Monaten behandelt worden zu sein (48,5 % verglichen mit 22,5 %). Das Muster war bei Männern und Frauen ähnlich; 42,5 % der homosexuellen Männer, im Vergleich zu 17,1 % der heterosexuellen Männer hatten eine Behandlung angegeben, während 55,3 % der lesbischen und bisexuellen Frauen und 27,1 % der heterosexuellen Frauen angab, in Behandlung zu sein. (Bostwick und Kollegen hatten festgestellt, dass Frauen mit ausschließlich gleichgeschlechtlichen Anziehungen und Verhaltensweisen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen eine niedrigere Prävalenz bei Gemüts- und Angststörungen zeigten. Der Unterschied

bei den Ergebnissen könnte auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass Grella und Kollegen Teilnehmer, die sich als Lesben identifizierten, und solche, die gleichgeschlechtliches Sexualverhalten angaben, in derselben Gruppe zusammenfassten.)

Eine 2006 vorgelegte Studie des Professors für Psychiatrie an der Columbia University Theodorus Sandfort und Kollegen analysierte eine repräsentative, populationsbasierte Stichprobe aus der zweiten Dutch National Survey of General Practice, die 2001 durchgeführt worden war, um Zusammenhänge zwischen der selbstberichteten sexuellen Orientierung und dem Gesundheitszustand bei 9.511 Teilnehmern zu untersuchen, von denen 0,9 % als bisexuell und 1,5 % als schwul oder lesbisch eingestuft wurden.<sup>14</sup> Für die Operationalisierung der sexuellen Orientierung befragten die Forscher die Teilnehmer zu ihren sexuellen Vorlieben nach einer 5-Punkte-Skala: ausschließlich Frauen, überwiegend Frauen, unterschiedslos Männer und Frauen, überwiegend Männer und ausschließlich Männer. Nur diejenigen, die eine gleiche Vorliebe für Männer und Frauen angaben, wurden als bisexuell eingestuft, während Männer, die eine überwiegende Vorliebe für Frauen oder Frauen, die eine überwiegende Vorliebe für Männer angaben, als heterosexuell eingestuft wurden. Sie stellten fest, dass schwule, lesbische und bisexuelle Teilnehmer eine größere Anzahl an akuten psychischen Gesundheitsproblemen und einen schlechteren psychischen Allgemeinzustand angaben als Heterosexuelle. Die Ergebnisse für den körperlichen Gesundheitszustand waren gemischt: lesbische und schwule Teilnehmer gaben mehr körperliche Symptome (wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Halsschmerzen) in den letzten vierzehn Tagen an, doch sie gaben nicht häufiger als Heterosexuelle an, unter zwei oder mehreren solcher Symptome gelitten zu haben.

Lesbische und schwule Teilnehmer gaben mit größerer Wahrscheinlichkeit chronische Gesundheitsprobleme an, wobei bisexuelle Männer (also Männer, die eine gleiche Vorliebe für Männer und Frauen angegeben hatten) mit geringerer Wahrscheinlichkeit chronische Gesundheitsprobleme angaben, und für bisexuelle Frauen war diese Wahrscheinlichkeit nicht größer als für heterosexuelle Frauen. Die Forscher fanden keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und körperlichem Allgemeinzustand. Nach der Kontrolle von möglichen Störfaktoren der Auswirkung psychischer Gesundheitsprobleme auf die Angaben zu körperlichen Gesundheitsproblemen, stellten die Forscher weiterhin fest, dass der gefundene statistische Effekt zwischen der Angabe einer schwulen oder lesbischen sexuellen Vorliebe und chronischen und akuten körperlichen Erkrankungen verschwand, wogegen der Effekt bei bisexueller Vorliebe erhalten blieb.

Die Sandfort-Studie definierte sexuelle Orientierung durch Vorliebe oder Anziehung ohne Bezug auf Verhalten oder Selbstidentifikation, das machte den Vergleich ihrer Ergebnisse mit den Ergebnissen von Studien, die sexuelle Orientierung anders operationalisierten, zur Herausforderung. So gestaltet sich zum Beispiel der Vergleich zwischen den Erkenntnissen dieser Studie über Bisexuelle (definiert als Männer oder Frauen, die eine gleiche sexuelle Vorliebe für Männer und Frauen angaben) und den Erkenntnissen aus anderen Studien über „heterosexuelle Personen mit homosexueller Erfahrung“ oder Individuen, die sich ihrer sexuellen Identität nicht sicher sind, schwierig. Wie in den meisten Studien dieser Art beruhten die gesundheitlichen Bewertungen auf Selbstauskünften, dadurch können die Ergebnisse etwas unzuverlässig ausfallen. Diese Studie hat aber auch mehrere Stärken: Sie arbeitete mit einer großen und repräsentativen Stichprobe der Landesbevölkerung im Gegensatz zu den Gelegenheitsstichproben, die manchmal für Studien dieser Art eingesetzt werden, und diese Stichprobe umfasste eine ausreichend große Anzahl an Schwulen und Lesben, um deren Daten in den statistischen Analysen der Studie in getrennten Gruppen bearbeiten zu können. Nur drei Personen der Stichprobe gaben eine HIV-Infektion an, die somit kein potenzieller Störfaktor zu sein schien, doch könnte die Dunkelziffer hoch sein.

Im Rahmen unserer Bemühungen, die Erkenntnisse aus diesem Bereich zusammenzutragen, führen wir auch den 2011 vorgelegten Bericht des Institute of Medicine (IOM) an, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*.<sup>15</sup> Dieser Bericht ist eine umfassende Übersichtsarbeit über die wissenschaftliche Literatur, die Hunderte von Studien zum Gesundheitszustand von LGBT-Populationen anführt. Die Autoren sind Wissenschaftler, die mit diesen Themen bestens vertraut sind (auch wenn wir uns eine stärkere Beteiligung von Experten auf dem Gebiet der Psychiatrie gewünscht hätten). Der Bericht prüft Erkenntnisse zur körperlichen und psychischen Gesundheit in der Kindheit, der Jugend, im frühen und mittleren Erwachsenenalter und im späten Erwachsenenalter. Im Einklang mit den zuvor genannten Studien prüft diese Studie Erkenntnisse die zeigen, dass LGB-Jugendliche im Vergleich zu heterosexuellen Jugendlichen einem höheren Risiko von Depressionen ausgesetzt sind, ebenso von Suizidversuchen und Suizidvorstellungen. Auch die Wahrscheinlichkeit, Gewalt und Belästigungen zu erleben und obdachlos zu werden ist bei ihnen größer. LGB-Personen im frühen und mittleren Erwachsenenalter sind anfälliger für Gemüts- und Angststörungen, Depressionen, Suizidvorstellungen und Suizidversuche.

Wie bei den LGB-Jugendlichen zeigt der IOM-Bericht für LGB-Erwachsene (insbesondere für Frauen) eine größere Wahrscheinlichkeit für Rauchen, Konsum oder Missbrauch von Alkohol oder anderen Drogen als für Heterosexuelle. Der Bericht verweist auf eine Studie<sup>16</sup>, die feststellte, dass selbst identifizierte Nicht-Heterosexuelle öfter psychologische Gesundheitsdienste in Anspruch nahmen als Heterosexuelle, und eine weitere Studie<sup>17</sup> fand heraus, dass Lesben psychologische Gesundheitsdienste in größerem Umfang in Anspruch nahmen als Heterosexuelle.

Der IOM-Bericht stellt fest, dass „mehr Forschungen auf Schwule und Lesben ausgerichtet waren als auf bisexuelle und Transgender-Menschen.“<sup>18</sup> Die relativ seltenen Studien mit Schwerpunkt auf Transgender-Populationen zeigen hohe Raten für psychische Störungen, doch der Einsatz von Nichtwahrscheinlichkeits-Stichproben und das Fehlen von Kontrollgruppen mit nicht-transgender Menschen stellt die Gültigkeit der Studien in Frage.<sup>19</sup> Manche Studien haben zwar nahegelegt, dass die Inanspruchnahme von Hormonbehandlungen mit den körperlichen Gesundheitsproblemen bei Transgender-Populationen assoziiert sein könnte, doch der Bericht stellt fest, dass relevante Forschungen dazu „begrenzt“ sind und „keine klinischen Versuche zu diesem Thema durchgeführt worden sind.“<sup>20</sup> (Die Gesundheit von Transgender-Personen wird im Folgenden in diesem Teil und auch in Teil Drei erörtert.)

Der IOM-Bericht macht geltend, dass der Beweis für eine schlechtere psychische und körperliche Gesundheit bei LGBT-Populationen nicht vollständig schlüssig ist. Um diese Aussage zu untermauern, zitiert der IOM-Bericht eine 2001 vorgelegte Studie<sup>21</sup> zur psychischen Gesundheit von 184 Schwesterpaaren, bei denen eine Schwester lesbisch und die andere heterosexuell war. Die Studie fand keine signifikanten Unterschiede bei den Raten für psychische Gesundheitsprobleme und stellte ein signifikant höheres Selbstwertgefühl bei den lesbischen Schwestern fest. Der IOM-Bericht führt weiter eine 2003 vorgelegte Studie<sup>22</sup> an, die keine signifikanten Unterschiede zwischen heterosexuellen und schwulen oder bisexuellen Männern im Hinblick auf allgemeines Glück, wahrgenommene Gesundheit und Zufriedenheit mit der Arbeit fand. Auch unter Berücksichtigung dieser Vorbehalte und der Existenz von Studien, welche den allgemeinen Trend nicht untermauern, deutet die große Mehrheit der genannten Studien auf ein höheres Risiko für einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand in LGBT-Populationen im Vergleich zu heterosexuellen Populationen hin.

## **Sexualität und Suizid**

Der Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizid ist wissenschaftlich solide fundiert. Diese Assoziation verdient besondere Beachtung, da die Suizidgefahr unter allen psychischen Gesundheitsrisiken die größten Sorgen bereitet. Das ist teilweise der Tatsache geschuldet, dass die Nachweise aussagekräftig und kohärent sind, und teilweise der Tatsache, dass ein Suizid so zerstörerisch und tragisch für die Person, die Familie und die Gemeinschaft ist. Ein besseres Verständnis der Risikofaktoren für Suizid könnte uns buchstäblich dabei helfen, Leben zu retten.<sup>23</sup>

Die Soziologin und Suizidforscherin Ann Haas und Kollegen veröffentlichten 2011 einen umfangreichen Übersichtsartikel auf der Grundlage einer 2007 durchgeführten Konferenz, die von der Gay and Lesbian Medical Association, der American Foundation for Suicide Prevention und dem Suicide Prevention Resource Center gesponsert wurde.<sup>24</sup> Sie untersuchten weiterhin Studien, die im Anschluss an die Konferenz 2007 vorgelegt wurden. Für die Zwecke ihres Berichts definierten die Autoren sexuelle Orientierung als „sexuelle Selbstidentifikation, sexuelles Verhalten und sexuelle Anziehung oder Phantasie.“<sup>25</sup>

Haas und Kollegen stellten fest, dass die Assoziation zwischen homosexueller oder bisexueller Orientierung und Suizidversuchen durch entsprechende Daten gut bestätigt wurde. Sie merkten an, dass die populationsbasierten Erhebungen bei amerikanischen Jugendlichen seit den 1990er Jahren darauf hinweisen, dass Suizidversuche zwei bis sieben Mal wahrscheinlicher bei Studenten vorkommen, die sich als LGB identifizieren, wobei die sexuelle Orientierung als Prognosefaktor bei Männern aussagekräftiger war als bei Frauen. Sie prüften Daten aus Neuseeland, die darauf hinwiesen, dass LGB-Personen sechs Mal wahrscheinlicher einen Suizidversuch unternehmen und zitierten Erhebungen zur Gesundheit von Männern und Frauen in den Vereinigten Staaten und in den Niederlanden die zeigten, dass gleichgeschlechtliches Verhalten mit einer größeren Gefahr von Suizidversuchen verbunden war. Studien, auf die im Bericht Bezug genommen wurde, zeigten dass lesbische und bisexuelle Frauen im Durchschnitt mit höherer Wahrscheinlichkeit Suizidgedanken haben, dass schwule oder bisexuelle Männer im Durchschnitt mit höherer Wahrscheinlichkeit Suizidversuche unternehmen und dass Suizidversuche im Lauf des Lebens unter Nicht-Heterosexuellen bei Männern häufiger sind als bei Frauen.

Bei der Prüfung von Studien zu den Raten psychischer Störungen im Zusammenhang mit Suizidverhalten erörterten Haas und Kollegen eine Studie aus Neuseeland<sup>26</sup>, wonach Schwule, die Suizidversuche angaben, höhere Raten an Depressionen, Angstzuständen und Verhaltensstörungen zeigten. Groß angelegte Gesundheitserhebungen legten nahe, dass die Raten von Suchtmittelmissbrauch bei LGB-Subpopulationen um ein Drittel höher liegen. Weltweite Kombinationsstudien zeigten bis zu 50 % höhere Raten von psychischen Störungen und Suchtmittelmissbrauch bei Personen, die sich selbst in Befragungen als lesbisch, schwul oder bisexuell identifizierten. Lesbische oder bisexuelle Frauen zeigten einen höheren Grad von Suchtmittelmissbrauch, während schwule oder bisexuelle Männer höhere Raten an Depressionen und Panikstörungen zeigten.

Haas und Kollegen untersuchten auch Transgender-Populationen und betonten, dass nur spärliche Informationen über Transgender-Suizide verfügbar seien, die vorhandenen Studien jedoch ein dramatisch erhöhtes Risiko für vollendete Suizide aufzeigen. (Diese Erkenntnisse werden hier nur vermerkt, in Teil Drei jedoch näher erörtert.) Eine 1997 vorgelegte klinische Studie<sup>27</sup> schätzte erhöhte Suizidrisiken für niederländische Mann-zu-Frau-Transsexuelle in Hormontherapie, fand jedoch keine signifikanten Unterschiede in der Gesamt mortalität. Eine 1998 vorgelegte internationale Übersichtsarbeit über 2.000 Personen, die einem geschlechtsangleichenden chirurgischen Eingriff unterzogen wurden, identifizierte

16 mögliche Suizide, eine „alarmierend hohe Quote von 800 Suiziden pro 100.000 Transsexuellen nach dem Eingriff.“<sup>28</sup> In einer Studie von 1984 zeigte eine klinische Stichprobe mit Transgender-Individuen, die einen geschlechtsangleichenden Eingriff durchführen lassen wollten, Suizidversuchsraten von zwischen 19 % und 25 %.<sup>29</sup> Und eine große Stichprobe mit 40.000 vornehmlich aus den USA stammenden Freiwilligen, die 2000 an einer Internetbefragung teilnahmen, stellte fest, dass Transgender-Menschen höhere Raten von Suizidversuchen angaben als irgend eine andere Gruppe, mit Ausnahme der lesbischen Teilnehmer.<sup>30</sup>

Zum Abschluss weist die Übersichtsarbeit von Haas und Kollegen darauf hin, dass nicht eindeutig ist, welche Aspekte der Sexualität (Identität, Anziehung, Verhalten) am engsten mit dem Risiko eines Suizidverhaltens verknüpft sind. Die Autoren zitieren eine Studie von 2010<sup>31</sup> die zeigt, dass Jugendliche, die sich als heterosexuell identifizieren und gleichzeitig gleichgeschlechtliche Anziehung oder gleichgeschlechtliches Verhalten angaben, keine signifikant höheren Suizidraten zeigten als andere selbstidentifizierte Heterosexuelle. Sie verweisen weiterhin auf die große nationale Erhebung bei amerikanischen Erwachsenen, die von Wendy Bostwick und Kollegen durchgeführt (und bereits erörtert) wurde,<sup>32</sup> wonach Gemüts- und Angststörungen (entscheidende Risikofaktoren für Suizidverhalten) sehr viel enger mit sexueller Selbstidentität verknüpft waren als mit Verhalten oder Anziehung, insbesondere bei Frauen.

Eine neuere kritische Übersichtsarbeit über die vorhandenen Studien zu Suizidrisiko und sexueller Orientierung wurde von dem österreichischen klinischen Psychologen Martin Plöderl und Kollegen vorgelegt.<sup>33</sup> Diese Arbeit lehnt mehrere der entwickelten Hypothesen zur Begründung des erhöhten Suizidrisikos unter Nicht-Heterosexuellen ab, darunter Verzerrungen bei Selbstauskünften und die Unmöglichkeit, Suizidversuche präzise zu quantifizieren. Die Übersichtsarbeit argumentierte, dass methodologische Verbesserungen der Studien seit 1997 für Kontrollgruppen, für eine bessere Repräsentativität der Studiengruppen und für mehr Klarheit beim Definieren sowohl von Suizidversuchen als auch von sexueller Orientierung gesorgt haben.

Die Übersichtsarbeit führt eine Studie aus dem Jahr 2001<sup>34</sup> von Ritch Savin-Williams, Professor für Entwicklungspsychologie an der Cornell University, an, die keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen heterosexuellen und LGB-Jugendlichen nach Eliminierung der falsch-positiven Berichte über Suizidversuche feststellte und ein „erlerntes ‘Suizidtenenz-Drehbuch‘“ für übertriebene Angaben zu Suizidverhalten unter schwulen Jugendlichen verantwortlich machte. Plöderl und Kollegen argumentieren hingegen, dass die Erkenntnis aus der Studie von Savin-Williams, wonach kein statistisch signifikanter Unterschied bei den Suizidraten von LGB Jugendlichen und heterosexuellen Jugendlichen festzustellen war, möglicherweise auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen sein könnte, die eine nur geringe statistische Aussagekraft bedinge.<sup>35</sup> Spätere Arbeiten konnten diese Erkenntnisse nicht replizieren. Nachfolgende fragebogen- oder befragungsbasierte Studien mit strikteren Definitionen für Suizidversuche fanden signifikant erhöhte Suizidversuchsraten unter Nicht-Heterosexuellen. Mehrere groß angelegte Erhebungen bei jungen Menschen stellten fest, dass das erhöhte Risiko für die Angabe suizidalen Verhaltens mit der Schwere der Suizidversuche zunahm<sup>36</sup>. Schließlich zeigt laut Plöderl und Kollegen der Vergleich der Ergebnisse aus Fragebögen und aus klinischen Befragungen, dass homosexuelle Jugendliche weniger wahrscheinlich Suizidversuche leichtfertig angeben als heterosexuelle Jugendliche.

Plöderl und Kollegen folgerten, dass unter Psychatriepatienten homosexuelle oder bisexuelle Populationen bei „ernsthaften Suizidversuchen“ überrepräsentiert waren und dass die sexuelle Orientierung einer der stärksten Prognosefaktoren für Suizid ist. In ähnlicher



Weise zeigt sich in nichtklinischen, populationsbasierten Studien, dass der Status nicht-heterosexuell einer der stärksten Prognosefaktoren für Suizidversuche ist. Die Autoren stellen fest:

Ein umfassender Vergleich von publizierten und nicht publizierten internationalen Studien über den Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und sexueller Orientierung anhand unterschiedlicher Methodologien hat ein durchgehend kohärentes Bild ergeben: nahezu alle Studien stellten ein vermehrtes Auftreten von selbst angegebenen Suizidversuchen bei sexuellen Minderheiten fest.<sup>37</sup>

Die Autoren räumen die Herausforderungen ein, vor denen alle diese Forschungen stehen, und weisen darauf hin, dass „das größte Problem weiterhin bleibe, wo die Linie zwischen heterosexueller und nicht-heterosexueller Orientierung zu ziehen ist.“<sup>38</sup>

Eine 1999 vorgelegte Studie von Richard Herrell und Kollegen analysierte 103 männliche Zwillingspaare mittleren Alters, die im Vietnam Era Twin Registry in Hines, Illinois, verzeichnet waren und bei denen ein Paarling einen männlichen Sexualpartner im Alter nach 18 Jahren angab, der andere hingegen nicht.<sup>39</sup> Die Studie legte unterschiedliche Parameter für Suizidgefährdung fest und kontrollierte potenzielle Störfaktoren wie Suchtmittelmissbrauch oder Depression. Sie stellte eine „substanziell erhöhte Prävalenz von Symptomen der Suizidgefährdung im Lauf des Lebens“ bei den männlichen Paarlingen fest, die Männer als Sexualpartner hatten, verglichen mit den Mitzwillingen, bei denen das nicht der Fall war, und zwar unabhängig von den potenziellen Störfaktoren Drogen- und Alkoholmissbrauch.<sup>40</sup> Es handelt sich zwar um eine relativ kleine Studie, die zudem auf Selbstangaben sowohl für gleichgeschlechtliches Sexualverhalten als auch für Suizidgedanken oder -verhalten beruhte, sie zeichnete sich aber dadurch aus, dass sie eine Wahrscheinlichkeitsstichprobe verwendete (was die Selektionsverzerrung beseitigt) und die Kontrollmethode des Mitzwillings einsetzte (was den Einfluss von Genen, Alter, Rasse usw. minderte). Die Studie untersuchte Männer mittleren Alters; die möglichen Implikationen für Heranwachsende sind nicht klar.

In einer Studie analysierten Robin Mathy und Kollegen 2011 die Auswirkung der sexuellen Orientierung auf Suizidraten in Dänemark in den ersten zwölf Jahren nach der Legalisierung der registrierten Partnerschaft (nur gleichgeschlechtlicher Art) in diesem Land unter Verwendung der zwischen 1990 und 2001 ausgestellten Sterbeurkunden sowie Schätzungen der dänischen Volkszählung.<sup>41</sup> Die Forscher fanden heraus, dass die altersbereinigte Suizidrate für Männer in gleichgeschlechtlichen registrierten Partnerschaften nahezu achtmal höher war als bei Männern in heterosexuellen Ehen, und nahezu doppelt so hoch wie die Rate bei Männern, die nie geheiratet hatten. Bei Frauen zeigte der Status der gleichgeschlechtlichen registrierten Partnerschaft eine kleine, statistisch unbedeutende Wirkung auf das Mortalitätsrisiko durch Suizid, und die Autoren vermuteten, dass die Auswirkung des HIV-Status auf die Gesundheit schwuler Männer möglicherweise zu diesem Unterschied bei den Ergebnissen von Männern und Frauen beigetragen hat. Die Studie ist begrenzt aufgrund der Tatsache, dass der Status der registrierten Partnerschaft ein indirekter Parameter für sexuelle Orientierung oder Verhalten ist und Schwule und Lesben, die nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben, nicht mit einschließt; die Studie klammerte auch Individuen unter 18 Jahren aus. Schließlich war die absolute Zahl von Individuen mit einem aktuellen oder vergangenen Status einer registrierten Partnerschaft relativ klein, was die Schlussfolgerungen der Studie einschränken kann.

Der Professor für Pädiatrie Gary Remafedi und Kollegen veröffentlichten 1991 eine Studie mit 137 männlichen Teilnehmern im Alter von 14–21 Jahren, die sich selbst als schwul (88 %) oder bisexuell (12 %) identifizierten. Remafedi und Kollegen versuchten anhand eines fallkontrollierten Ansatzes zu untersuchen, welche Faktoren in dieser Population den höchsten Prognosewert in Bezug auf Suizid besaßen.<sup>42</sup> Im Vergleich zu Teilnehmern, die keinen Suizidversuch unternommen hatten, lag die Wahrscheinlichkeit bei Teilnehmern mit Suizidversuch signifikant höher, sich in jungem Alter als bisexuell oder homosexuell bezeichnet und öffentlich dazu zu bekannt zu haben, sowie sexuellen Missbrauch und illegalen Drogenkonsum anzugeben. Die Autoren merkten an, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs „abnahm, je älter die Person zu dem Zeitpunkt war, als sie sich selbst als bisexuell oder homosexuell bezeichnete“. Konkret „ging mit jedem Jahr der Verzögerung bei der Selbstidentifikation die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs um mehr als 80 % zurück“.<sup>43</sup> Diese Studie ist eingeschränkt durch die Verwendung einer relativ kleinen Nicht-Wahrscheinlichkeits-Stichprobe, die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass ihr Ergebnis übereinstimmt mit ihren vorangegangenen Erkenntnissen<sup>44</sup>, wonach das Verhältnis zwischen psychosozialen Problemen und dem Alter, in dem ein Mensch sich als homosexuell identifiziert, umgekehrt proportional ist.

In einer Studie von 2010 prüften Plöderl und Kollegen die selbstberichteten Suizidversuche unter 1.382 österreichischen Erwachsenen, um die vorhandenen Beweise für ein erhöhtes Risiko unter homosexuellen und bisexuellen Individuen zu bestätigen.<sup>45</sup> Um die Ergebnisse zu akzentuieren, formulierten die Autoren rigorosere Definitionen für „Suizidversuche“ und bewerteten multiple Dimensionen der sexuellen Orientierung, mit Unterscheidung zwischen sexuellen Phantasien, bevorzugten Partnern, Selbstidentifikation, Sexualverhalten in letzter Zeit und Sexualverhalten im Lauf des Lebens. Diese Studie stellte in allen Dimensionen der sexuellen Orientierung ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche bei sexuellen Minderheiten fest. Bei Frauen war der Risikoanstieg am größten für Frauen mit homosexuellem Verhalten; bei Männern war er am größten für Männer mit homosexuellem oder bisexuellem Verhalten in den vorangegangenen zwölf Monaten und einer Selbstidentifikation als homosexuell oder bisexuell. Diejenigen, die angaben, unsicher bezüglich ihrer Identität zu sein, gaben den höchsten Prozentsatz an Suizidversuchen an (44 %), wobei diese Gruppe jedoch klein war und weniger als 1 % der Teilnehmer ausmachte.

2016 verdichteten Travis Salway Hottes, Absolvent an der Universität von Toronto, und Kollegen im Rahmen einer Metaanalyse Daten aus dreißig Querschnittsstudien über Suizidversuche von insgesamt 21.201 Erwachsenen aus sexuellen Minderheiten.<sup>46</sup> Diese Studien arbeiteten mit populationsbasierten oder gemeinschaftsbasierten Stichproben. Da jedes Stichprobenverfahren seine Stärken und potenziellen Verzerrungen besitzt<sup>47</sup> wollten die Forscher etwaige Unterschiede bei den Suizidversuchsraten zwischen beiden Stichprobenverfahren untersuchen. Von den LGB-Teilnehmern an populationsbasierten Erhebungen gaben 11 % zumindest einen Suizidversuch an, verglichen mit 4 % der heterosexuellen Teilnehmer an diesen Erhebungen.<sup>48</sup> Von den LGB-Teilnehmern an gemeinschaftsbasierten Erhebungen gaben 20 % einen Suizidversuch an.<sup>49</sup> Die statistische Analyse zeigte, dass der Unterschied bei den Stichprobenverfahren 33 % der Varianz in den Suizidzahlen ausmachte, die von Studien berichtet wurden.

Die Forschungen zu Sexualität und Suizidrisiko legen nahe, dass Menschen, die sich als schwul, lesbisch, bisexuell oder transgender identifizieren, gleichgeschlechtliche Anziehung empfinden oder ein gleichgeschlechtliches Sexualverhalten pflegen, einem erheblich höheren Risiko von Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendetem Suizid ausgesetzt sind. In einem Abschnitt über das Minderheiten- oder Sozialstress-Modell später in Teil Zwei werden wir

eine Reihe von Argumenten untersuchen (und hinterfragen), die zur Erklärung dieser Erkenntnisse herangezogen werden. Angesichts der tragischen Konsequenzen unzureichender oder unvollständiger Informationen zu diesen Themen und ihrer Auswirkungen auf die öffentliche Politik und die klinische Betreuung sind weitere Forschungen über die Gründe für das höhere Suizidrisiko unter sexuellen Minderheiten bitter nötig.

### **Sexualität und Gewalt zwischen Intimpartnern**

Mehrere Studien haben die Unterschiede bei den Gewaltraten zwischen Intimpartnern in gleichgeschlechtlichen und gegengeschlechtlichen Paarbeziehungen untersucht. Die Forschungsliteratur analysiert die Raten für *Viktimisierung* bei Intimpartnergewalt (Gewalt durch einen Lebenspartner erfahren) und *Ausübung* von Intimpartnergewalt (Gewalt gegen den Lebenspartner ausüben). Zusätzlich zur körperlichen und sexuellen Gewalt untersuchen manche Studien auch psychische Gewalt, zu der verbale Attacks, Drohungen und ähnliche Misshandlungsformen gehören. Das Gewicht der Beweise zeigt eine signifikant höhere Rate von Intimpartnergewalt bei gleichgeschlechtlichen Paaren.

2014 führten die Forscherin an der London School of Hygiene and Tropical Medicine Ana Buller und Kollegen eine systematische Übersichtsarbeit mit 19 Studien durch (mit Metaanalyse von 17 dieser Studien), welche die Zusammenhänge zwischen Intimpartnergewalt und Gesundheit bei Männern, die Sex mit Männern haben, untersuchten.<sup>50</sup> Ein Verknüpfen der verfügbaren Daten ergab, dass die gebündelte Prävalenz für jede Art von Intimpartnergewalt im Lauf des Lebens bei 48 % lag (die Schätzungen aus den unterschiedlichen Studien waren recht heterogen und reichten von 32 % bis 82 %). Für Intimpartnergewalt innerhalb der letzten fünf Jahre lag die gebündelte Prävalenz bei 32 % (die Schätzungen reichten von 16 % bis 51 %). Viktimisierung bei Intimpartnergewalt war assoziiert mit erhöhten Raten von Substanzkonsum (gebündeltes Wahrscheinlichkeitsverhältnis 1,9), positivem HIV-Status (gebündeltes Wahrscheinlichkeitsverhältnis 1,5) und erhöhten Raten von Depressionssymptomen (gebündeltes Wahrscheinlichkeitsverhältnis 1,5). Das Ausüben von Intimpartnergewalt war ebenfalls mit erhöhten Raten von Substanzkonsum assoziiert (gepooltes Odds-Verhältnis 2,0). Eine schwerwiegende Einschränkung dieser Metaanalyse war die relativ kleine Anzahl an untersuchten Studien. Auch die Heterogenität der Studienergebnisse kann die Präzision der Metaanalyse beeinträchtigen. Darüber hinaus arbeiteten die meisten der bearbeiteten Studien mehr mit Gelegenheitsstichproben als mit probabilistischen Stichproben und verwendeten den Begriff „Partner“ unterschiedslos für langfristige Beziehungen wie für gelegentlichen Begegnungen.

Die englischen Psychologinnen Sabrina Nowinski und Erica Bowen führten 2012 eine Übersichtsarbeit über 54 Studien zu Prävalenz und Korrelaten von Viktimisierung bei Intimpartnergewalt unter heterosexuellen und schwulen Männern durch.<sup>51</sup> Diese Studien zeigten Raten von Viktimisierung bei Intimpartnergewalt, die für schwule Männer zwischen 15 % und 51 % lagen. Verglichen mit heterosexuellen Männern, berichtet die Übersichtsarbeit, „zeigt sich, dass schwule Männer mehr Intimpartnergewalt, sowohl insgesamt als auch sexueller Art, erlebten, etwas weniger körperliche Intimpartnergewalt und ein ähnliches Ausmaß an psychischer Intimpartnergewalt.“<sup>52</sup> Die Autoren berichten weiterhin, dass laut Schätzungen zur Prävalenz von Intimpartnergewalt in den letzten zwölf Monaten schwule Männer „weniger körperliche, psychologische und sexuelle Intimpartnergewalt erlebten“ als heterosexuelle Männer, wobei der relative Mangel an Schätzungen über zwölf Monate diese Ergebnisse als unzuverlässig erscheinen lässt. Die Autoren merken an, „eine der beunruhigendsten Erkenntnisse ist die Prävalenz schwerer sexueller Nötigung und Missbrauch bei männlichen gleichgeschlechtlichen Beziehungen,“<sup>53</sup> wie eine Studie von 2005<sup>54</sup> zur

Intimpartnergewalt bei HIV-positiven schwulen Männern zitiert wird. Nowinski und Bowen stellten einen Zusammenhang zwischen positivem HIV-Status und Intimpartnergewalt sowohl bei schwulen als auch bei heterosexuellen Beziehungen fest. Eine wichtige Einschränkung ihrer Übersichtsarbeit liegt darin, dass viele der Studien über gleichgeschlechtliche Intimpartnergewalt, die sie untersuchten, auf kleinen Gelegenheitsstichproben beruhten.

Catherine Finneran und Rob Stephenson von der Emory University führten 2012 eine systematische Übersichtsarbeit über 28 Studien zur Intimpartnergewalt bei Männern durch, die Sex mit Männern haben.<sup>55</sup> Jede der Studien in der Übersichtsarbeit schätzte die Raten von Intimpartnergewalt unter schwulen Männern vergleichbar oder höher ein als die Raten für alle Frauen, unabhängig von der sexuellen Orientierung. Die Autoren folgerten, dass „die neuen, hier geprüften Beweise zeigen, dass Intimpartnergewalt — psychischer, körperlicher und sexueller Art — in Mann-zu-Mann-Beziehungen in alarmierender Häufigkeit auftritt.“<sup>56</sup> Körperliche Viktimisierung bei Intimpartnergewalt wurde am häufigsten angegeben, mit Raten zwischen 12 % und 45 %.<sup>57</sup> Die Rate sexueller Viktimisierung bei Intimpartnergewalt reichte von 5 % bis 31 %, wobei 9 von 19 Studien Raten von über 20 % feststellten. Psychologische Viktimisierung bei Intimpartnergewalt wurde in sechs Studien aufgezeichnet, mit Raten zwischen 5 % und 73 %.<sup>58</sup> Die Ausübung körperlicher Intimpartnergewalt wurde in acht Studien angegeben, mit Raten zwischen 4 % und 39 %. Die Raten für die Ausübung sexueller Intimpartnergewalt lagen zwischen 0,7 % und 28 %; vier der fünf überprüften Studien gaben Raten von 9 % oder mehr an. Nur eine Studie quantifizierte die Ausübung psychischer Gewalt mit einer geschätzten Prävalenz von 78 %. Das Fehlen eines durchgehenden Forschungskonzepts bei den untersuchten Studien (darunter beispielsweise manche Unterschiede im Hinblick auf die genaue Definition für Intimpartnergewalt, die Korrelate für die untersuchte Intimpartnergewalt und die Erinnerungszeiträume für das Quantifizieren der Gewalt) macht eine Schätzung der gebündelten Prävalenz unmöglich, die angesichts einer fehlenden nationalen, wahrscheinlichkeitsbasierten Stichprobe von Nutzen wäre.

Eine 2013 durchgeführte Studie von Naomi Goldberg und Ilan Meyer an der UCLA arbeitete mit einer umfangreichen Wahrscheinlichkeitsstichprobe von nahezu 32.000 Personen aus der California Health Interview Survey zur Beurteilung der Unterschiede bei der Intimpartnergewalt zwischen unterschiedlichen Gruppierungen: heterosexuelle, selbstidentifizierte schwule, lesbische und bisexuelle Individuen; Männer, die Sex mit Männern haben, sich aber nicht als schwul oder bisexuell identifizieren, und Frauen, die Sex mit Frauen haben, sich aber nicht als lesbisch oder bisexuell identifizieren.<sup>59</sup> Alle drei LGB-Gruppen zeigten eine lebenslang und über den Zeitraum eines Jahres bemessen höhere Prävalenz bei Intimpartnergewalt als die heterosexuelle Gruppe, aber dieser Unterschied war nur bei bisexuellen Frauen und schwulen Männern statistisch signifikant. Bisexuelle Frauen zeigten eine höhere Wahrscheinlichkeit, Intimpartnergewalt im Leben (52 % der bisexuellen Frauen versus 22 % der heterosexuellen Frauen und 32 % der Lesben) und im vorausgegangenen Jahr (27 % der Bisexuellen versus 5 % der Heterosexuellen und 10 % der Lesben) erlebt zu haben. Bei Männern zeigten alle drei nicht-heterosexuellen Gruppen höhere Raten von Intimpartnergewalt im Lauf des Lebens und im letzten Jahr, eine statistische Signifikanz wurde jedoch nur bei schwulen Männern erreicht, die mit größerer Wahrscheinlichkeit Intimpartnergewalt im Lauf des Lebens (27 % der schwulen Männer versus 11 % der heterosexuellen Männer und 19,6 % der bisexuellen Männer) und im vorausgegangenen Jahr (12 % der schwulen Männer versus 5 % der heterosexuellen Männer und 9 % der bisexuellen Männer) erlebt hatten.

Die Autoren prüften auch, ob Alkoholexzesse und psychologische Belastung die höhere Prävalenz von Viktimisierung bei Intimpartnergewalt unter schwulen Männern und

bisexuellen Frauen erklären könnten; eine Kontrolle dieser Variablen zeigte, dass das nicht der Fall ist. Diese Studie ist eingeschränkt durch die Tatsache, dass andere potenzielle psychologische Störvariablen (neben Trinken und Belastung) weder statistisch noch in anderer Form kontrolliert wurden, diese Ergebnisse aber möglicherweise erklären könnten.

Um die Prävalenz von Misshandlungsoffern unter schwulen Partnern zu schätzen, führten der Forscher für AIDS-Prävention Gregory Greenwood und Kollegen 2002 von 1996 bis 1998 in vier Städten eine Studie anhand telefonischer Befragungen mit einer wahrscheinlichkeitbasierten Stichprobe von 2.881 Männern die Sex mit Männern haben (MSM) durch.<sup>60</sup> Von den Befragten gaben 34 % an, psychischen oder symbolischen Missbrauch erfahren zu haben, 22 % gaben körperliche Misshandlung und 5 %, sexuellen Missbrauch an. Insgesamt gaben 39 % irgendeine Form von Misshandlung an, und 18 % gaben mehr als eine Form von Misshandlung in den vorausgegangenen fünf Jahren an. Männer unter 40 gaben deutlich wahrscheinlicher Misshandlungen an als Männer über 60. Die Autoren folgern, dass in ihrer Stichprobe von Männern, die Sex mit Männern haben, „die Prävalenz von Misshandlungen im Kontext intimer Partnerschaften [sei] sehr hoch“ sei, und da die Raten für die Gesamtzeit des Lebens normalerweise höher liegen als die, an die man sich in den letzten fünf Jahren erinnert, „ist es wahrscheinlich, dass eine wesentlich größere Anzahl von MSM in ihrem Leben Viktimisierung erlebt haben als heterosexuelle Männer“<sup>61</sup>. Die Prävalenz für körperliche Misshandlung in den letzten fünf Jahren in dieser Stichprobe urbaner MSM war auch „signifikant höher“ als die auf ein Jahr bezogene Rate schwerer Gewalt (3 %) oder die Gesamtgewalt (12 %), die von einer repräsentativen Stichprobe heterosexueller Frauen erlebt wurde, die mit Männern lebten, was nahelegt, dass die Schätzungen für körperliche Misshandlungen bei MSM in dieser Studie „höher als oder ähnlich hoch wie die Zahlen sind, die für heterosexuelle Frauen berichtet werden.“<sup>62</sup> Diese Studie war eingeschränkt durch die Arbeit mit einer Stichprobe aus vier Städten, es ist somit nicht klar, inwieweit die Ergebnisse im Hinblick auf nicht-urbane Umgebungen verallgemeinert werden können.

### **Gesundheitliche Ergebnisse für Transgender-Menschen**

Die Forschungsliteratur zur psychischen Gesundheit von Transgender-Personen ist begrenzter als die Forschungen zur psychischen Gesundheit von LGB-Populationen. Weil Menschen, die sich als transgender identifizieren, einen sehr kleinen Anteil der Bevölkerung ausmachen, sind umfangreiche populationsbasierte Erhebungen und Studien bei diesen Individuen schwer durchführbar oder gar unmöglich. Die begrenzten verfügbaren Forschungen weisen jedoch stark darauf hin, dass Transgender-Menschen einem erhöhten Risiko einer schlechten psychischen Gesundheit ausgesetzt sind. Die Raten für gleichzeitig auftretende Störungen wie Substanzkonsum, Angststörungen, Depressionen und Suizid scheinen tendenziell bei Transgender-Menschen höher zu sein als bei LGB-Individuen.

2015 führten der Professor für Pädiatrie und Epidemiologe in Harvard Sari Reisner und Kollegen eine retrospektive Matched-Pair-Kohortenstudie zur psychischen Gesundheit mit 180 Transgender-Subjekten im Alter von 12–29 Jahren durch (106 Frau-zu-Mann und 74 Mann-zu-Frau), mit nach Gender-Identität abgestimmten Kontrollpaaren aus der Nicht-Transgender-Bevölkerung (Matching).<sup>63</sup> Transgender-Jugendliche sind einem höheren Risiko für Depressionen (50,6 % versus 20,6 %)<sup>64</sup> und Ängste (26,7 % versus 10,0 %) ausgesetzt.<sup>65</sup> Transgender-Jugendliche sind auch einem höheren Risiko für Suizidgedanken (31,1 % versus 11,1 %),<sup>66</sup> Suizidversuchen (17,2 % versus 6,1 %)<sup>67</sup> und Selbstverletzung ohne Tötungsabsicht (16,7 % versus 4,4 %)<sup>68</sup> ausgesetzt, verglichen mit den abgestimmten Kontrollgruppen. Ein signifikant höherer Anteil von Transgender-Jugendlichen war stationär in Zentren für psychische Gesundheit (22,8 % versus 11,1 %)<sup>69</sup> und nahm ambulante psychologische

Betreuung in Anspruch (45,6 % versus 16,1 %) <sup>70</sup>. Beim Vergleich von Frau-zu-Mann-Transgendern mit Mann-zu-Frau-Transgendern waren hingegen nach Bereinigung nach Alter, Rasse/Ethnizität und Hormoneinnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf den psychischen Gesundheitszustand festzustellen.

Diese Studie hatte den Vorzug Individuen mit einzuschließen, die sich bei einem allgemeinen Krankenhaus gemeldet hatten und damit nicht ausschließlich als Kandidaten identifiziert wurden, die die Diagnosekriterien der vierten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* der American Psychiatric Association für eine Störung der Gender-Identität erfüllten oder aus einer Patientenpopulation ausgewählt wurden, die zur Behandlung von Gender-Identitätsproblemen in einer Klinik vorstellig wurden. Dennoch weisen Reisner und Kollegen darauf hin, dass ihre Studie die Einschränkungen aufweist, die normalerweise bei Studiendesigns mit retrospektiver Überprüfung klinischer Anamnesen gefunden werden, wie eine unvollständige Dokumentation und Unterschiede in der Qualität der Informationen, die von medizinischen Fachkräften aufgezeichnet wurden.

Ein Bericht der American Foundation for Suicide Prevention und des Williams Institute, eines Expertengremiums für LGBT-Fragen an der Juristischen Fakultät der UCLA, fasste die Erkenntnisse zu Suizidversuchen unter Transgender- und nicht genderkonformen Erwachsenen aus einer umfangreichen nationalen Stichprobe mit über 6.000 Individuen zusammen. <sup>71</sup> Es handelt sich aktuell um die umfangreichste Studie zu nicht genderkonformen und Transgender-Erwachsenen, die jedoch auf einer Gelegenheitsstichprobe und nicht auf einer populationsbasierten Stichprobe beruht. (Umfangreiche, populationsbasierte Stichproben sind nahezu unmöglich aufgrund der niedrigeren Gesamtprävalenz von Transgender-Individuen in der Allgemeinbevölkerung.) In einer Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse dieser Studie schreiben die Autoren:

Die Prävalenz von Suizidversuchen unter den Teilnehmern der National Transgender Discrimination Survey (NTDS), die von der National Gay and Lesbian Task Force und dem National Center for Transgender Equality durchgeführt wurde, beträgt 41 Prozent und liegt weit über den 4,6 Prozent der amerikanischen Gesamtbevölkerung, die einen Selbstmordversuch im Lauf ihres Lebens angeben, und ist auch höher als die 10–20 Prozent der lesbischen, schwulen und bisexuellen Erwachsenen, die angaben, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben. <sup>72</sup>

Die Autoren merken an, dass „Teilnehmer, die angaben, eine medizinische Behandlung im Rahmen der Geschlechtstransition/-umwandlung erhalten zu haben oder irgendwann erhalten zu wollen, mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Selbstmordversuch angaben, als diejenigen, die eine Behandlung nicht wollten“, aber „die Befragung lieferte keine Informationen darüber, wie die berichteten Selbstmordversuche zeitlich im Zusammenhang mit der medizinischen Transitionsbehandlung standen, wodurch eine Untersuchung von transitionsbedingten Erklärungen für dieses Muster von vornherein ausgeschlossen war“ <sup>73</sup>. Die Erhebungsdaten legten einen Zusammenhang zwischen Suizidversuchen, gleichzeitig auftretenden psychischen Gesundheitsstörungen und dem Erfahren von Diskriminierung oder Misshandlung nahe, wobei die Autoren jedoch auf einige der Einschränkungen für diese Ergebnisse hinweisen: „Die Daten der Erhebung gestatteten uns nicht, einen direkten Kausalzusammenhang zwischen der Erfahrung von Ablehnung, Diskriminierung, Viktimisierung oder Gewalt und dem Suizidversuchen im Lauf des Lebens festzustellen“, sie fanden jedoch Beweise für eine Wechselwirkung zwischen Stressoren und psychischen Gesundheitsfaktoren, die „eine

ausgeprägte Anfälligkeit für Suizidverhalten bei nicht genderkonformen und Transgender-Individuen nach sich zieht“<sup>74</sup>.

Eine 2001 vorgelegte Studie von Kristen Clements-Nolle und Kollegen über 392 Mann-zu-Frau-Transgender und 123 Frau-zu-Mann-Transgender stellte fest, dass 62 % der Mann-zu-Frau-Transgender und 55 % der Frau-zu-Mann-Transgender zur Zeit der Studie unter Depressionen litten und 32 % in jeder Population einen Suizidversuch hinter sich hatten.<sup>75</sup> Die Autoren merken an: „Die Prävalenz von Suizidversuchen unter Mann-zu-Frau-Transgendern und Frau-zu-Mann-Transgendern in unserer Studie war sehr viel höher als diejenige, die in den Wahrscheinlichkeitsstichproben und einer populationsbasierten Stichprobe mit erwachsenen Männern, die gleichgeschlechtliche Sexualpartner angaben, festgestellt wurde.“<sup>76</sup>

### **Erklärungen für die schlechten Gesundheitsergebnisse: Das Sozialstress-Modell**

Die höhere Prävalenz psychischer Gesundheitsprobleme in LGBT-Subpopulationen ist ein Grund zur Sorge, und sowohl Politiker als auch Kliniker sollten sich um eine Reduzierung dieser Risiken bemühen. Um aber zu wissen, welche Art von Maßnahmen zu einer Verbesserung derselben beiträgt, müssen wir ihre Ursachen besser verstehen. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die medizinischen und sozialen Strategien zur Unterstützung nicht-heterosexueller Populationen in den Vereinigten Staaten recht begrenzt, das kann teilweise den relativ begrenzten Erklärungen der Sozialwissenschaftler und Psychologen für die schlechte psychische Gesundheit dieser Populationen geschuldet sein.

Trotz der Einschränkungen beim wissenschaftlichen Verständnis der Gründe, warum nicht-heterosexuelle Subpopulationen mit größerer Wahrscheinlichkeit unter solch schlechten psychischen Gesundheitsfolgen leiden, sind viele der öffentlichen Anstrengungen zur Verbesserung dieses Problems auf eine konkrete Hypothese ausgerichtet, die sich *Sozialstress-Modell* nennt. Dieses Modell postuliert, dass Diskriminierung, Stigmatisierung und weitere vergleichbare Stressfaktoren zur schlechten psychischen Gesundheit bei sexuellen Minderheiten beitragen. Aus dem Sozialstress-Modell kann implizit abgeleitet werden, dass eine Reduzierung dieser Stressfaktoren die psychischen Gesundheitsprobleme, unter denen sexuelle Minderheiten leiden, verbessern würde.

Sexuelle Minderheiten sind konkreten gesellschaftlichen Herausforderungen ausgesetzt wie Stigmatisierung, offener Diskriminierung und Belästigung, und kämpfen auch oft damit, ihr Sexualverhalten und ihre sexuelle Identität mit den Normen ihrer Familien und Gemeinschaften in Einklang zu bringen. Darüber hinaus stehen sie oft vor vergleichbaren Herausforderungen wie manche andere Minderheiten, beginnend mit Ausgrenzung durch die Mehrheitsbevölkerung oder Konflikten mit dieser, und das auf eine Weise, die sich nachteilig auf ihre Gesundheit auswirken kann.<sup>77</sup> Zahlreiche Forscher klassifizieren diese unterschiedlichen Herausforderungen unter dem Begriff *Sozialstress* und glauben, dass der Sozialstress zu den allgemein höheren Raten von psychischen Gesundheitsproblemen unter LGBT-Subpopulationen beiträgt.<sup>78</sup>

Als Erklärungsversuch für die Ungleichheiten bei der psychischen Gesundheit zwischen Heterosexuellen und Nicht-Heterosexuellen verweisen Forscher gelegentlich auf die Sozialstress- oder Minderheitenstress-*Hypothese*.<sup>79</sup> Treffender ist aber ein Verweis auf das Sozialstress- oder Minderheitenstress-*Modell*, denn der postulierte Zusammenhang zwischen Sozialstress und psychischer Gesundheit ist komplexer und weniger präzise als etwas, das in Form einer Einzelhypothese formuliert werden kann.<sup>80</sup> Der Begriff *Stress* kann zahlreiche Bedeutungen haben, die von der Beschreibung eines physiologischen Zustands über einen psychischen oder emotionalen Zustand des Zorns oder der Angst bis zu einer schwierigen sozialen, wirtschaftlichen oder zwischenmenschlichen Situation reichen. Weitere Fragen

kommen dazu, wenn man an die verschiedenen Arten von *Stressoren* denkt, die sich unverhältnismäßig auf die psychische Gesundheit bei Minderheiten auswirken können. Wir werden nach einer knappen Übersicht über das Modell, wie es in der neueren Literatur zur psychischen Gesundheit bei LGBT-Populationen vorgestellt wurde, einige dieser Aspekte des Sozialstress-Modells erörtern.

Das Sozialstress-Modell versucht zu erklären, warum die Inzidenz schlechter psychischer Gesundheit bei nicht-heterosexuellen Menschen im Durchschnitt höher ist als beim Rest der Bevölkerung. Es liefert keine vollständige Erklärung für die Ungleichheiten zwischen Nicht-Heterosexuellen und Heterosexuellen und erklärt auch die psychischen Gesundheitsprobleme von konkreten Patienten nicht. Es beschreibt vielmehr soziale Faktoren, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheitsrisiken von LGBT-Menschen haben können und möglicherweise nur bei einer Betrachtung auf Bevölkerungsebene sichtbar werden. Manche dieser Faktoren können auch Heterosexuelle beeinflussen, aber LGBT-Menschen sind ihnen wahrscheinlich unverhältnismäßig stark ausgesetzt.

In einem 2003 publizierten einflussreichen Artikel über das Sozialstress-Modell unterschied der psychiatrische Epidemiologe und Rechtsexperte für sexuelle Orientierung Ilan Meyer zwischen *distalen* und *proximalen* Minderheiten-Stressoren. Distale Stressoren hängen nicht von den „Wahrnehmungen oder Einschätzungen“ des Individuums ab und können folglich „als unabhängig von der persönlichen Identifikation mit dem zugewiesenen Minderheitenstatus betrachtet werden“<sup>81</sup>. Wenn zum Beispiel ein Mann von einem Arbeitgeber als schwul wahrgenommen und aus diesem Grund gefeuert wurde, wäre das ein distaler Stressor, weil der stresserzeugende Diskriminierungsvorfall nichts damit zu tun hatte, ob der Mann sich tatsächlich als schwul identifiziert, sondern nur mit der Haltung und der Wahrnehmung eines anderen. Distale Stressoren spiegeln tendenziell mehr die sozialen Umstände als die Reaktion eines Individuums auf diese Umstände wieder. Proximale Stressoren hingegen sind subjektiver und eng mit dem Selbstverständnis des Individuums als Lesbe, Schwuler, Bisexuelle/r oder Transgender verbunden. Ein Beispiel für einen proximalen Stressor wäre, wenn eine junge Frau sich selbst als lesbisch identifiziert und sich dafür entscheidet, diese Identität aus Angst vor Missbilligung oder aus einem inneren Schamgefühl heraus vor den Mitgliedern ihrer Familie zu verheimlichen. Die Auswirkungen proximaler Stressoren wie diesen hängen sehr stark vom Selbstverständnis eines Individuums und seinen einzigartigen sozialen Lebensumständen ab. In diesem Abschnitt beschreiben wir die im Sozialstress-Modell postulierten Arten von Stressoren, beginnend mit den distalen und bis zu den proximalsten Stressoren, und untersuchen einige der empirischen Beweise, die zu den Beziehungen zwischen Stressoren und psychischen Gesundheitsfolgen vorgestellt wurden.

*Diskriminierung und Vorurteilshandlungen.* Offen begangene Misshandlungen, von Gewalt über Belästigung bis Diskriminierung, werden von den Forschern unter „Vorurteilshandlungen“ zusammengefasst. Diese gelten als signifikante Stressoren für nicht- heterosexuelle Populationen.<sup>82</sup> Erhebungen bei LGBT-Subpopulationen haben festgestellt, dass sie dieser Art von Vorurteilshandlungen häufiger ausgesetzt sind als die Allgemeinbevölkerung.<sup>83</sup>

Die verfügbaren Erkenntnisse weisen darauf hin, dass Vorurteilshandlungen wahrscheinlich zu psychischen Gesundheitsproblemen beitragen. Eine 1999 vorgelegte Studie des Professors für Psychologie an der UC Davis Gregory Herek und Kollegen stellte anhand der Erhebungsdaten von 2.259 LGB-Individuen in Sacramento fest, dass selbstidentifizierte Lesben und Schwule, die in den fünf vorausgegangenen Jahren Opfer von Vorurteilsstrafbarkeit — das ist ein Verbrechen, beispielsweise ein Angriff, ein Diebstahl oder Vandalismus, das aufgrund der tatsächlichen oder wahrgenommenen sexuellen Identität des



Opfers erfolgt — geworden waren, in signifikant größerem Ausmaß Depressionssymptome, traumatische Stresssymptome und Ängstlichkeitangaben als Lesben oder Schwule, die im gleichen Zeitraum keine Vorurteilskriminalität erlebt hatten.<sup>84</sup> Darüber hinaus zeigten Lesben und Schwule, die angaben, in den letzten fünf Jahren Opfer von Vorurteilskriminalität geworden zu sein, in signifikant größerem Ausmaß depressive und traumatische Stresssymptome als Individuen, die im gleichen Zeitraum Opfer anderer Kriminalität geworden waren (wobei beide Gruppen keine signifikanten Unterschiede bei Angstzuständen zeigten). Vergleichbar signifikante Korrelationen wurden nicht festgestellt bei selbstidentifizierten Bisexuellen, die einen sehr viel kleineren Anteil der Erhebungsteilnehmer ausmachten. Die Studie stellte auch fest, dass Lesben und Schwule, die Vorurteilskriminalität erlebt hatten, mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit als andere Teilnehmer Gefühle von Verletzlichkeit und ein Gefühl der geringeren Eigenkontrolle oder Handlungsfähigkeitangaben. Eine Bestätigung dieser Erkenntnisse über die nachteiligen Auswirkungen von Vorurteilskriminalität war eine 2001 durchgeführte Studie des Sozialwissenschaftlers an der Northeastern University Jack McDevitt und Kollegen, die schwere Körperverletzungen anhand von Daten der Polizeibehörde von Boston untersuchte.<sup>85</sup> Sie stellten fest, dass Opfer von Vorurteilskriminalität dazu neigen, die Auswirkungen der Viktimisierung viel intensiver und über einen längeren Zeitraum zu erleben als Opfer von nicht vorurteilsbedingten Verbrechen. (Die Studie untersuchte vorurteilsbegründete Körperverletzungen mehr im Allgemeinen und beschränkte ihre Analyse nicht auf Körperverletzungen aufgrund von LGBT-Vorurteilen, doch ein wesentlicher Teil der Subjekte wurde aufgrund des Status nicht-heterosexuell zum Opfer von Körperverletzungen.)

Vergleichbare Muster sind auch bei nicht-heterosexuellen Jugendlichen zu beobachten, unter denen Misshandlungen besonders häufig sind.<sup>86</sup> In einer Studie von 2011 analysierten der Sozial- und Verhaltenswissenschaftler an der University of Arizona Stephen T. Russell und Kollegen eine Erhebung bei 245 jungen LGBT-Erwachsenen, die retrospektiv angaben, im Alter zwischen 13 und 19 Jahren aufgrund des tatsächlichen oder wahrgenommenen LGBT-Status Viktimisierung in der Schule erlebt zu haben. Sie fanden starke Korrelationen zwischen Viktimisierung in der Schule und schlechter psychischer Gesundheit als junge Erwachsene.<sup>87</sup> Viktimisierung wurde durch Ja/Nein-Fragen bewertet, wie „Während der Mittel- oder Oberstufe wurde ich in der Schule von jemandem, der nicht einfach herumalberte, gestoßen, geschüttelt, geohrfeigt, geschlagen oder getreten“, gefolgt von einer Frage nach der Häufigkeit, mit der diese Vorfälle mit der sexuellen Identität des Teilnehmers verbunden waren. Teilnehmer, die hohe Raten von Viktimisierung in der Schule aufgrund ihrer sexuellen Identität angaben, berichteten 2,6-mal wahrscheinlicher über Depressionen als junge Erwachsene und 5,6-mal wahrscheinlicher über einen Suizidversuch im Vergleich zu solchen, die ein niedriges Ausmaß an Viktimisierung in der Schule angaben. Diese Unterschiede waren statistisch hoch signifikant, auch wenn die Studie durch den Einsatz retrospektiver Erhebungen für die Bewertung der Viktimisierungsvorfälle potenziell eingeschränkt ist. Eine Studie der Professorin für Sozialarbeit Joanna Almeida und Kollegen, die auf der Boston Youth Survey (einer zweijährlichen Erhebung bei Oberstufenschülern an öffentlichen Schulen in Boston) von 2006 beruhte, stellte fest, dass die Wahrnehmung, aufgrund des LGBT-Status schikaniert worden zu sein, für erhöhte Depressionssymptome unter LGBT-Schülern verantwortlich war. Bei männlichen LGBT-Schülern, nicht aber bei weiblichen, stellte die Studie auch eine positive Korrelation zwischen Viktimisierung und Suizidgedanken und Selbstverletzung fest.<sup>88</sup>

Entgeltunterschiede weisen auf Diskriminierung am Arbeitsplatz hin, was sich sowohl direkt als auch indirekt auf die psychische Gesundheit auswirken kann. M.V. Lee Badgett, ein Professor für Wirtschaft an der University of Massachusetts, Amherst, analysierte Daten, die

zwischen 1989 und 1991 in der General Social Survey erhoben wurden und stellte fest, dass nicht-heterosexuelle männliche Angestellte ein signifikant niedrigeres Entgelt bekamen (11 % bis 27 %) als heterosexuelle, selbst nach der Bereinigung um Faktoren wie Erfahrung, Bildungsstand, Tätigkeitsbereich und andere Faktoren.<sup>89</sup> Laut einer 2009 vorgelegten Übersichtsarbeit von Badgett<sup>90</sup> zeigten neun Studien zwischen den 1990er Jahren und Anfang der 2000er Jahren „durchgehend, dass schwule und bisexuelle Männer 10 % bis 32 % weniger verdienten als heterosexuelle Männer“ und dass Unterschiede beim Tätigkeitsbereich einen Großteil dieser Lohnunterschiede nicht erklären können. Forscher haben weiterhin festgestellt, dass nicht-heterosexuelle Frauen mehr verdienen als heterosexuelle Frauen,<sup>91</sup> das kann darauf hinweisen, dass entweder die Diskriminierungsmuster für Männer und Frauen unterschiedlich sind oder dass weitere Faktoren mit nicht-heterosexuellem Verhalten und Selbstidentifikation von Frauen und Männern assoziiert sind, die sich auf ihre Entgelte auswirken, wie ein geringerer Anteil an Kindern, die aufgezogen werden, oder die Rolle als Hauptverdiener in der Familie.

Manche Beweise legen nahe, dass Entgeltungleichheiten dazu beitragen können, manche Ungleichheiten bei psychischen Gesundheitsergebnissen auf Bevölkerungsebene zu erklären,<sup>92</sup> es ist jedoch schwer zu sagen, ob die Unterschiede in der psychischen Gesundheit einen Beitrag zur Erklärung der Entgeltunterschiede leisten. Eine 1999 von Craig Waldo vorgelegte Studie<sup>93</sup> über den Zusammenhang zwischen Heterosexismus am Arbeitsplatz — definiert als negative soziale Haltungen gegenüber Nicht-Heterosexuellen — und stressbedingten Auswirkungen bei 287 LGB-Individuen stellte fest, dass LGB-Individuen, die am Arbeitsplatz Heterosexismus ausgesetzt waren, „höhere Raten von psychischer Belastung und Gesundheitsproblemen zeigten und mit mehreren Aspekten ihrer Arbeit weniger zufrieden waren“. Aufgrund der Querschnittsdaten, die von zahlreichen dieser Studien eingesetzt werden, ist die Ableitung einer Kausalität nicht möglich, aber sowohl prospektive Studien als auch qualitative Analysen zu den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit legen nahe, dass zumindest ein Teil dieser Korrelationen wahrscheinlich durch die psychologischen und materiellen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit erklärt werden kann.<sup>94</sup>

*Stigma.* Soziologen dokumentieren seit vielen Jahre eine ganze Reihe negativer Auswirkungen von Stigmata auf Individuen, angefangen von Problemen mit dem Selbstwertgefühl bis hin zu akademischen Leistungen.<sup>95</sup> Ein Stigma gilt gemeinhin als ein mit einer Person verbundenes Attribut, das in einem konkreten sozialen Kontext den Wert dieser Person gegenüber anderen mindert.<sup>96</sup> Diese negativen Beurteilungen sind in vielen Fällen in einer Kulturgruppe weit verbreitet und begründen das Ausgrenzen oder die Andersbehandlung der stigmatisierten Individuen. Psychische Krankheit kann beispielsweise stigmatisiert werden, wenn sie als Charakterschwäche bei psychisch Kranken betrachtet wird. Ein Grund für die wichtige Rolle von Stigmata im Sozialstress-Modell besteht darin, dass sie auch beim Fehlen konkreter Diskriminierungs- oder Misshandlungsvorfälle als Erklärung herangezogen werden können. Eine Depression zum Beispiel kann zum Stigma werden, wenn eine unter Depressionen leidende Person diese verheimlicht, weil sie davon ausgeht, dass Freunde und Familienmitglieder sie als Charakterschwäche auslegen würden. Selbst wenn die Depression erfolgreich verheimlicht wird und somit keine tatsächliche Diskriminierung oder Misshandlung durch die Freunde oder Familienmitglieder des Betroffenen erfolgt, kann die Angst vor den Haltungen Anderer das emotionale und psychische Wohlbefinden der depressiven Person beeinträchtigen.

Forscher fanden Zusammenhänge zwischen dem Risiko schlechter psychischer Gesundheit und der Stigmatisierung bestimmter Populationen, es wurden jedoch nur wenige

empirische Forschungen zu den Auswirkungen von Stigmata auf die psychische Gesundheit von LGBT-Menschen durchgeführt. Ein Stigma ist nicht leicht zu definieren oder zu operationalisieren, das macht es zu einem schwierigen und ungenauen Konzept für die Untersuchung durch Sozialwissenschaftler. Dessen ungeachtet haben Forscher sich an der Arbeit mit diesem Konzept versucht und anhand von Befragungen zur selbst wahrgenommenen Abwertung durch Andere Korrelationen zwischen Stigmata und dem Risiko eines schlechten psychischen Gesundheitszustands gefunden. Eine sehr häufig zitierte, 1997 vorgelegte Studie des Soziologen und Epidemiologen Bruce Link und Kollegen über die Verbindung zwischen Stigma und psychischer Gesundheit stellte eine „starke und anhaltende“ negative Wirkung von Stigmata auf das psychische Wohlbefinden von Männern fest, die unter einer psychischen Störung und Suchtmittelmissbrauch litten.<sup>97</sup> In dieser Studie zeigte sich, dass die Auswirkungen von Stigmata selbst dann weiter anhielten, nachdem die Männer eine weitgehend erfolgreiche Behandlung ihrer ursprünglichen psychischen Störungen und Suchtmittelprobleme hinter sich hatten. Die Studie fand signifikante Korrelationen zwischen bestimmten Stigmavariablen — selbst berichtete Erfahrungen der Abwertung und Ablehnung — und Depressionssymptomen vor und nach der Behandlung, das legt nahe, dass die Auswirkungen von Stigmatisierung relativ lange anhalten. Das könnte einfach ein Hinweis darauf sein, dass Menschen mit Depressionssymptomen dazu neigen, mehr Stigmata anzugeben, aber in diesem Fall wäre zu erwarten gewesen, dass die Angaben zur Stigmatisierung im Verlauf des Behandlungsprogramms abnehmen, so wie für die Depression auch. Da die Angaben zur Stigmatisierung jedoch konstant blieben, folgerten die Autoren, dass der Stigmatisierung eine kausale Rolle bei der Ausbildung von Depressionssymptomen zukommen muss. Hier soll darauf hingewiesen werden, dass nach den Erkenntnissen dieser Studie die Stigmavariablen allein für etwa 10 % oder etwas mehr der Varianz bei den Depressionssymptomen verantwortlich sind — mit anderen Worten, die Stigmatisierung hatte eine geringfügige Auswirkung auf die Depressionssymptome, wengleich diese Auswirkung auf signifikante Weise auf Populationsebene zum Ausdruck kommen kann. Manche anderen Forscher haben nahegelegt, dass die Auswirkungen von Stigmatisierung normalerweise gering und vorübergehend sind; so argumentierte der Soziologe Walter Gove von der Vanderbilt University zum Beispiel, dass in der „überwiegenden Mehrheit der Fälle das [von psychischen Patienten erlebte] Stigma vorübergehend zu sein scheint und kein schwerwiegendes Problem darzustellen scheint“<sup>98</sup>.

Forscher haben erst vor relativ kurzer Zeit mit empirischen und theoretischen Arbeiten<sup>99</sup> darüber begonnen, wie ein Stigma die psychische Gesundheit von LGBT-Personen beeinflusst, aber es kam zu einigen Kontroversen hinsichtlich Ausmaß und Dauer der stigmabedingten Wirkungen. Manche Kontroversen sind vielleicht auf die Schwierigkeit zurückzuführen, Stigmata sowie die Varianz derselben über verschiedene soziale Kontexte hinweg zu definieren und zu quantifizieren. Eine 2013 vorgelegte Studie des medizinischen Psychologen an der Columbia University Walter Bockting und Kollegen über psychische Gesundheit bei 1.093 Transgender-Personen fand eine positive Korrelation zwischen psychischer Belastung und sowohl erfolgter als auch gefühlter Stigmatisierung, die anhand von Erhebungsfragen bewertet wurde.<sup>100</sup> Eine 2003 präsentierte Studie<sup>101</sup> des klinischen Psychologen Robin Lewis und Kollegen über die Prognosefaktoren für Depressionssymptome bei 201 LGB-Individuen stellte fest, dass das Stigma-Bewusstsein signifikant mit Depressionssymptomen verknüpft war, wenn Stigma-Bewusstsein mit Hilfe eines Zehn-Punkte-Fragebogens abgefragt wurde, um zu beurteilen, „in welchem Ausmaß eine Person erwartet, aufgrund eines Stereotyps beurteilt zu werden“<sup>102</sup>. Depressionssymptome sind jedoch oft mit einer negativen Wahrnehmung seiner selbst, der Welt und der Zukunft verbunden, und

das kann zur subjektiven Wahrnehmung einer Stigmatisierung unter den Personen beitragen, die unter Depressionen leiden.<sup>103</sup> Eine 2011 von Bostwick vorgelegte Studie<sup>104</sup>, die ebenfalls die Parameter Stigma-Bewusstsein und Depressionssymptome einsetzte, fand eine bescheidene positive Korrelation zwischen Stigma-Punktzahl und Depressionssymptomen bei bisexuellen Frauen, wobei die Studie jedoch aufgrund einer relativ kleinen Stichprobengröße eingeschränkt war. Eine 2003 vorgelegte Längsschnittstudie<sup>105</sup> des Psychologen Lars Wichstrøm und Kollegen bei norwegischen Jugendlichen stellte fest, dass sexuelle Orientierung, nach Berücksichtigung einer Vielfalt von psychologischen Risikofaktoren einschließlich Selbstwert, mit einem schlechten psychischen Gesundheitszustand assoziiert war. Diese Studie betrachtete das Stigma zwar nicht direkt als Risikofaktor, legt jedoch nahe, dass psychologische Faktoren wie Stigma-Bewusstsein allein wahrscheinlich nicht die gesamte Ungleichheit bei der psychischen Gesundheit zwischen Heterosexuellen und Nicht-Heterosexuellen erklären können. Darüber hinaus ist der Hinweis wichtig, dass kausale Ableitungen aufgrund des Querschnittsdesigns dieser Studie nicht durch Daten belegt werden können — unterschiedliche Arten von Daten und weitere Erkenntnisse wären notwendig, um Schlussfolgerungen über Kausalbeziehungen untermauern zu können. Es ist insbesondere nicht möglich, mit diesen Studien zu beweisen, dass ein Stigma zu einer schlechten psychischen Gesundheit führt und dass es nicht eine schlechte psychische Gesundheit ist, die Menschen dazu veranlassen könnte, Stigma in größerem Ausmaß anzugeben, oder dass nicht ein dritter Faktor existieren könnte, der sowohl für schlechte psychische Gesundheit als auch für ein größeres Ausmaß an Stigma verantwortlich wäre.

*Verheimlichung.* Ein Stigma kann die Entscheidung nicht-heterosexueller Individuen, ihre sexuelle Orientierung zu enthüllen oder zu verheimlichen, beeinflussen. LGBT-Personen können sich für das Verheimlichen ihrer sexuellen Orientierung entscheiden, um sich selbst vor Vorurteilen oder Diskriminierung zu schützen, ein Gefühl der Scham zu vermeiden oder einem potenziellen Konflikt zwischen ihrer sozialen Rolle und ihren sexuellen Wünschen oder Verhaltensweisen aus dem Weg zu gehen.<sup>106</sup> Zu den spezifischen Umfeldern, in denen LGBT-Personen mit größerer Wahrscheinlichkeit ihre sexuelle Orientierung verheimlichen, gehören Schule, Arbeitsplatz und andere Orte, an denen sie das Gefühl haben, dass ein Bekennen sich nachteilig darauf auswirken könnte, wie die Menschen sie wahrnehmen.

Es gibt sehr umfangreiche Beweise aus der psychologischen Forschung, die darauf hinweisen, dass die Verheimlichung eines wichtigen Aspekts der eigenen Identität sich nachteilig auf die psychische Gesundheit auswirken kann. Im Allgemeinen spielt das Ausdrücken der eigenen Emotionen und das Teilen wichtiger Aspekte des eigenen Lebens mit anderen eine wichtige Rolle für den Erhalt der psychischen Gesundheit.<sup>107</sup> In den letzten Jahrzehnten ist ein wachsender Forschungskorpus zu den Zusammenhängen zwischen Verheimlichen und Bekennen und psychischer Gesundheit bei LGBT-Subpopulationen entstanden.<sup>108</sup> Zum Beispiel stellte eine 2007 von Belle Rose Ragins und Kollegen vorgelegte Studie<sup>109</sup> über Verheimlichung und Bekennen am Arbeitsplatz bei 534 LGB-Individuen fest, dass die Angst vor dem Bekennen mit psychischer Belastung und anderen Folgen, wie Arbeitsplatzzufriedenheit, assoziiert war. Die Studie stellte jedoch auch die Vorstellung in Frage, wonach ein Bekennen positive psychologische und soziale Folgen hat, da das Bekennen der Mitarbeiter nicht signifikant mit den meisten Folgevariablen assoziiert war. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis mit der Aussage, „diese Studie legt nahe, dass Verheimlichung eine notwendige und adaptive Entscheidung in einem nicht unterstützenden oder feindlichen Umfeld sein kann, und unterstreicht folglich die Bedeutung des sozialen Kontexts“<sup>110</sup>. Aufgrund des relativ schnellen Wandels in der gesellschaftlichen Akzeptanz

gleichgeschlechtlicher Ehen und gleichgeschlechtlicher Beziehungen im Allgemeinen in den letzten Jahrzehnten<sup>111</sup> sind manche Forschungen zu den psychologischen Auswirkungen von Verheimlichung und Bekennen möglicherweise veraltet, denn im Allgemeinen ist der Druck zur Verheimlichung der eigenen Identität bei denjenigen, die sich als LGB identifizieren, heute wahrscheinlich geringer.

*Das Modell im Test.* Aus dem Sozialstress-Modell kann implizit abgeleitet werden, dass eine Reduzierung des Ausmaßes an Diskriminierung, Vorurteilen und Stigmatisierung sexueller Minderheiten dazu beitragen würde, die Raten für psychische Gesundheitsprobleme in diesen Populationen zu senken. Manche Gesetzgebungen haben versucht, diese sozialen Stressoren durch Gesetze gegen Diskriminierung und Hassverbrechen zu reduzieren. Wenn solche politischen Ansätze tatsächlich erfolgreich diese Stressoren senken, könnte ebenfalls erwartet werden, dass sie auch die Raten psychischer Gesundheitsprobleme bei LGB-Populationen in dem Ausmaß senken, in dem das Sozialstress-Modell sie konkret für das Problem verantwortlich macht. Bisher wurden noch keine Studien auf eine Weise ausgelegt, die es erlauben würde, die Hypothese schlüssig zu prüfen, wonach Sozialstress für die hohen Raten schlechter psychischer Gesundheit bei nicht-heterosexuellen Populationen verantwortlich ist, aber es gibt Forschungen, die einige Daten zu überprüfaren Implikationen des Sozialstress-Modells liefern.

Eine 2009 vorgelegte Studie des sozialmedizinischen Wissenschaftlers Mark Hatzenbuehler und Kollegen erforschte den Zusammenhang zwischen psychiatrischer Morbidität bei LGB-Populationen und zwei politischen Ansätzen auf Staatsebene mit Bezug zu diesen Populationen: Gesetze gegen Hassverbrechen ohne Bezugnahme auf die sexuelle Orientierung als geschützte Kategorie und Gesetze zum Verbot der Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf aufgrund der sexuellen Orientierung.<sup>112</sup> Die Studie verwendete Daten über psychische Gesundheit aus der Welle 2 der National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), einer USA-weit repräsentativen Stichprobe mit 34.653 zivilen, nicht eingewiesenen Erwachsenen, die psychiatrische Störungen nach den *DSM-IV*-Kriterien bewertete.<sup>113</sup> Die Welle 2 der NESARC erfolgte 2004–2005. In der Stichprobe identifizierten sich 577 Teilnehmer als lesbisch, schwul oder bisexuell. Die Analyse der Daten zeigte für LGB-Individuen, die in US-Staaten ohne Schutzgesetze gegen Hassverbrechen und Diskriminierung lebten, tendenziell höhere Wahrscheinlichkeitsverhältnisse im Hinblick auf psychiatrische Morbidität (verglichen mit LGB-Individuen in US-Staaten mit einem oder zwei Schutzgesetzen), doch eine statistisch signifikante Korrelation konnte die Analyse nur für Dysthymie (eine weniger schwere, aber länger anhaltende Form der Depression), generalisierte Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung feststellen, während Korrelationen mit sieben weiteren untersuchten psychischen Störungen keine statistische Signifikanz aufwiesen. Eine epidemiologische Ableitung ist aufgrund der Art der Daten nicht möglich. Das legt nahe, dass weitere Studien zu diesen und vergleichbaren Themen erforderlich sind.

Hatzenbuehler und Kollegen versuchten, diese Querschnittstudie durch eine prospektive Studie zu verbessern, die 2010 veröffentlicht wurde und dieses Mal die Veränderungen der psychiatrischen Morbidität über den Zeitraum untersuchte, in dem manche Bundesstaaten verfassungsrechtliche Änderungen erließen, welche die Ehe als Bund zwischen einem Mann und einer Frau definierten — und welche die Autoren der Studie als „Verbote der gleichgeschlechtlichen Ehe“ beschrieben.<sup>114</sup> Dazu untersuchten die Autoren die Unterschiede bei der psychiatrischen Morbidität zwischen Welle 1 der NESARC, die von 2001–2002 erfolgte, und Welle 2, die mit den einzelstaatlichen verfassungsrechtlichen Änderungen 2004 und 2005 zusammenfiel. Sie beobachteten, dass die Prävalenz für Gemütsstörungen bei den

LGB-Teilnehmern aus Staaten, die Änderungen des Eherechts erlassen hatten, zwischen den Wellen 1 und 2 um 36,6 % zunahm. Gemütsstörungen bei LGB-Teilnehmern aus Staaten, die keine Änderungen des Eherechts erlassen hatten, nahmen um 23,6 % ab, doch war diese Veränderung statistisch nicht signifikant. Die Prävalenz für bestimmte Störungen nahm sowohl in Staaten zu, in denen solche Änderungen erlassen wurden, als auch in den anderen Staaten. Generalisierte Angststörung zum Beispiel nahm in beiden zu, aber in sehr viel größerem und statistisch signifikantem Umfang in Staaten, in denen Änderungen des Eherechts erlassen wurden. Hatzenbuehler und Kollegen stellten fest, dass Drogenkonsumstörungen mehr in Staaten zunahmen, die Änderungen des Eherechts *nicht* erlassen hatten, und die Zunahme war nur in diesen Staaten statistisch signifikant. (Die Suchtmittelstörungen insgesamt nahmen in beiden Fällen in ähnlichem Umfang zu.) Wie bei der vorausgegangenen Querschnittstudie ergaben sich für die Mehrheit der untersuchten psychiatrischen Störungen keine signifikanten Korrelationen zwischen den Störungen und den sozialpolitischen Ansätzen, von denen hypothetisch ein Einfluss auf die psychische Gesundheit angenommen wurde.

Unter den von den Autoren angemerkten Einschränkungen hinsichtlich der Erkenntnisse aus der Studie gehörten die Folgenden: gesündere LGB-Teilnehmer haben vielleicht die Staaten verlassen, die irgendwann ein Verbot gleichgeschlechtlicher Ehen aussprechen würden und sind in Staaten gezogen, in denen das nicht der Fall war; die sexuelle Orientierung wurde nur in Welle 2 der NESARC bewertet, und eine gewisse Fluidität der sexuellen Identität könnte zu einer Fehlklassifizierung einiger LGB-Teilnehmer geführt haben; und die Stichprobengröße der LGB-Teilnehmer aus Staaten, in denen gleichgeschlechtliche Ehen verboten wurden, war relativ klein, was die statistische Aussagekraft der Studie sehr einschränkt.

Ein hypothetisch angenommener Kausalmechanismus für die Veränderung der Variablen für psychische Gesundheit in Verbindung mit dem Verbot gleichgeschlechtlicher Ehen ist die Zunahme des Stressniveaus bei Nicht-Heterosexuellen durch die öffentliche Debatte zu den Gesetzesänderungen — diese Hypothese wurde von der Psychologin Sharon Scales Rostosky und Kollegen in einer Studie vertreten, die sich mit den Haltungen von LGB-Erwachsenen in Staaten, die 2006 Gesetzesänderungen zum Eherecht erließen, beschäftigte.<sup>115</sup> Die im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten zeigten, dass LGB-Studienteilnehmer aus Staaten, die 2006 Gesetzesänderungen zum Eherecht erließen, in größerem Umfang unter unterschiedlichen Arten von psychischer Belastung litten, einschließlich Stress und Depressionssymptomen. Die Studie stellt auch fest, dass die Teilnahme an LGBT-Aktivismus während der Wahlsaison mit erhöhter psychischer Belastung einherging. Es wäre möglich, dass der von dieser Studie erfasste Anteil an psychischer Belastung, gefühltem Stress, Depressionssymptomen (aber keinen diagnostizierten depressiven Störungen) und dem, was die Forscher als „Gesetzesänderungs-bezogenen Effekt“ bezeichneten, lediglich die typischen Gefühle der Aktivisten angesichts einer politischen Niederlage bei einem Anliegen widerspiegelte, das ihnen sehr am Herzen lag. Weitere entscheidende Einschränkungen der Studie waren das Querschnittsdesign und der Einsatz von Freiwilligen für die Erhebung (im Gegensatz zur vorangegangenen Studie von Hatzenbuehler und Kollegen). Auch die Erhebungsmethodik kann die Ergebnisse verzerrt haben — die Forscher warben auf Webseiten und mit Anzeigen über Mailinglisten-Server für ihre Suche nach Umfrageteilnehmern für eine Studie über „Haltungen und Erfahrungen von LGB-Individuen...im Zusammenhang mit der Debatte“ um die Homo-Ehe. Wie bei vielen Auswahlformen für Gelegenheitsstichproben könnte die Antwortwahrscheinlichkeit bei Personen mit einer entschiedenen Einstellung zu den in der Erhebung erforschten Themen größer gewesen sein.

Im Hinblick auf die Auswirkungen konkreter politischer Ansätze sind die Beweise bestenfalls mehrdeutig. Die 2009 von Hatzenbuehler und Kollegen vorgelegte Studie zeigte signifikante Korrelationen zwischen dem Risiko mancher (nicht aller) psychischer Gesundheitsprobleme bei der LGB-Subpopulation und staatlichen politischen Ansätzen zum Schutz vor Hassverbrechen und Beschäftigungsdiskriminierung. Selbst im Hinblick auf die Aspekte der psychischen Gesundheit, die in dieser Studie eine Korrelation mit den politischen Ansätzen zum Schutz vor Hassverbrechen und in der Beschäftigung zeigten, konnte die Studie keine epidemiologische Beziehung zwischen politischen Ansätzen und Gesundheitsfolgen nachweisen.

### **Schlussfolgerung**

Das Sozialstress-Modell ist wahrscheinlich für einen Teil der schlechten psychischen Gesundheit bei sexuellen Minderheiten verantwortlich, doch das Beweismaterial zur Untermauerung des Modells ist begrenzt, uneinheitlich und unvollständig. Einige der zentralen Begriffe des Modells, wie Stigmatisierung, sind nicht leicht zu operationalisieren. Es gibt Beweise, die manche Formen von Misshandlung, Stigmatisierung und Diskriminierung für einen Teil der negativen psychischen Gesundheitsfolgen unter Nicht-Heterosexuellen verantwortlich machen, doch ist bei weitem nicht klar, dass diese Faktoren alle Ungleichheiten zwischen heterosexuellen und nicht-heterosexuellen Populationen erklären. Diese schlechten psychischen Gesundheitsergebnisse können bis zu einem gewissen Grad durch die Reduzierung der sozialen Stressoren gemildert werden, doch ist es wenig wahrscheinlich, dass diese Strategie alle Ungleichheiten des psychischen Gesundheitszustands zwischen sexuellen Minderheiten und der breiten Bevölkerung beseitigen wird. Weitere Faktoren, wie die erhöhten Raten von Viktimisierung durch sexuellen Missbrauch bei der LGBT-Population, die in Teil Eins erörtert wurden, können ebenfalls für einen Teil dieser Ungleichheiten bei der psychischen Gesundheit verantwortlich sein, denn wie die Forschung durchgängig bewiesen hat, sind „die Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch einem signifikant höheren Risiko einer breiten Palette von medizinischen, psychischen und sexuellen Störungen sowie Verhaltensstörungen ausgesetzt.“<sup>116</sup>

So wie es nicht-heterosexuellen Subpopulationen einen schlechten Dienst erweist, wenn die statistisch höheren Risiken negativer psychische Gesundheitsergebnisse, denen sie ausgesetzt sind, ignoriert oder heruntergespielt werden, erweist es ihnen einen ebenso schlechten Dienst, wenn die Ursachen dieser erhöhten Risiken falsch zugeordnet oder andere potenzielle Faktoren, die vielleicht am Werk sind, ignoriert werden. Die Annahme, dass ein einziges Modell die Gesamtheit der psychischen Gesundheitsrisiken erklärt, denen Nicht-Heterosexuelle ausgesetzt sind, kann Kliniker und Therapeuten, die mit der Betreuung dieser gefährdeten Subpopulation betraut sind, in die Irre führen. Das Sozialstress-Modell verdient weitere Forschungen, doch sollte nicht davon ausgegangen werden, dass es eine lückenlose Erklärung für die Ursachen der Ungleichheiten bei der psychischen Gesundheit liefert, wenn Kliniker und Politiker die Herausforderungen im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit der LGBT-Gemeinschaft angemessen in Angriff nehmen wollen. Weitere Forschungen sind erforderlich, um die Gründe und Lösungen für dieses schwerwiegende Problem der öffentlichen Gesundheit zu erkunden.

---

<sup>1</sup> Michael King *et al.*, „A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people”, *BMC Psychiatry* 8 (2008): 70, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>.

<sup>2</sup> Die Forscher, die diese Metaanalyse durchführten, fanden bei der Suche in akademischen und medizinischen Forschungsdatenbanken anfangs 13.706 Publikationen und prüften nach Ausschluss von Duplikaten und anderen unberechtigten Suchergebnissen 476 Publikationen. Nach weiterem Ausschluss von Studien ohne Kontrolle, qualitative Berichte, Revisionen und Kommentare verblieben 111 datenbasierte Studien, von denen die Autoren weitere 87 verwarfen, weil sie nicht populationsbasiert waren, oder keine psychiatrische Diagnose verwendet wurde, oder die Stichprobe zu klein war. Die verbleibenden 28 Publikationen beruhten auf 25 Studien (manche Publikationen untersuchten Daten aus denselben Studien) und wurden von King und Kollegen nach vier Qualitätskriterien bewertet: (1) ob eine Zufallsstichprobe verwendet wurde oder nicht; (2) der repräsentative Charakter der Studie (gemessen an den Antwortquoten der Studie); (3) ob die Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung oder aus einer begrenzten Untergruppe wie Studenten rekrutiert wurde; und (4) Stichprobengröße. Nur eine Studie erfüllte jedoch alle vier Kriterien. Die Autoren räumten die den Konzepten der sexuellen Orientierung innewohnende(n) Einschränkungen und Inkohärenz ein und nahmen Informationen dazu auf, wie diese Konzepte in den analysierten Studien operationalisiert wurden — ob in Bezug auf gleichgeschlechtliche Anziehung (vier Studien), gleichgeschlechtliches Verhalten (dreizehn Studien), Selbstidentifikation (fünfzehn Studien), Punktzahl über Null anhand der Kinsey-Skala (drei Studien), zwei unterschiedliche Definitionen für sexuelle Orientierung (neun Studien), drei unterschiedliche Definitionen (eine Studie). Achtzehn der Studien verwendeten einen konkreten Zeitrahmen für das Definieren der Sexualität ihrer Subjekte. Die Studien wurden auch nach dem Gesichtspunkt zusammengefasst, ob die Prävalenz auf die gesamte Lebenszeit oder auf zwölf Monate ermittelt wurde und ob die Autoren die Ergebnisse für LGB-Populationen getrennt oder insgesamt analysierten.

<sup>3</sup> 95 % Konfidenzintervall: 1,87–3,28.

<sup>4</sup> 95 % Konfidenzintervall: 1,69–2,48.

<sup>5</sup> 95 % Konfidenzintervall: 1,23–1,92.

<sup>6</sup> 95 % Konfidenzintervall: 1,23–1,86.

<sup>7</sup> 95 % Konfidenzintervall: 1,97–5,92.

<sup>8</sup> 95 % Konfidenzintervall: 2,32–7,88.

<sup>9</sup> Wendy B. Bostwick *et al.*, „Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States”, *American Journal of Public Health* 100, Nr. 3 (2010): 468–475, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.152942>.

<sup>10</sup> *Ibid.*, 470.

<sup>11</sup> Der Unterschied bei den Gesundheitsergebnissen zwischen Frauen, die sich als lesbisch identifizierten und solchen, die ausschließlich gleichgeschlechtliches Sexualverhalten oder gleichgeschlechtliche Anziehungen angaben, illustriert sehr gut, warum die Unterschiede zwischen sexueller Identität, sexuellem Verhalten und sexueller Anziehung wichtig sind.

<sup>12</sup> Susan D. Cochran and Vickie M. Mays, „Physical Health Complaints Among Lesbians, Gay Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results From the California Quality of Life Survey”, *American Journal of Public Health* 97, Nr. 11 (2007): 2048–2055, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2006.087254>.

<sup>13</sup> Christine E. Grella *et al.*, „Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: Findings from the California Quality of Life Survey”, *BMC Psychiatry* 9, Nr. 1 (2009): 52, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-52>.

<sup>14</sup> Theo G.M. Sandfort *et al.*, „Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings from a Dutch Population Survey”, *American Journal of Public Health* 96, (2006): 1119–1125, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.058891>.

<sup>15</sup> Robert Graham *et al.*, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities, Institute of Medicine, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a*



---

*Foundation for Better Understanding* (Washington, D.C.: The National Academies Press, 2011), <http://dx.doi.org/10.17226/13128>.

<sup>16</sup> Susan D. Cochran, J. Greer Sullivan und Vickie M. Mays, „Prevalence of Mental Disorders, Psychological Distress, and Mental Health Services Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, Nr. 1 (2007): 53–61, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.53>.

<sup>17</sup> Lisa A. Razzano, Alicia Matthews und Tonda L. Hughes, „Utilization of Mental Health Services: A Comparison of Lesbian and Heterosexual Women”, *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 14, Nr. 1 (2002): 51–66, [http://dx.doi.org/10.1300/J041v14n01\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J041v14n01_03).

<sup>18</sup> Robert Graham *et al.*, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*, 4.

<sup>19</sup> *Ibid.*, 190, siehe auch 258–259.

<sup>20</sup> *Ibid.*, 211.

<sup>21</sup> Esther D. Rothblum und Rhonda Factor, „Lesbians and Their Sisters as a Control Group: Demographic and Mental Health Factors”, *Psychological Science* 12, Nr. 1 (2001): 63–69, <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00311>.

<sup>22</sup> Stephen M. Horowitz, David L. Weis und Molly T. Laflin, „Bisexuality, Quality of Life, Lifestyle, and Health Indicators”, *Journal of Bisexuality* 3, Nr. 2 (2003): 5–28, [http://dx.doi.org/10.1300/J159v03n02\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J159v03n02_02).

<sup>23</sup> Als Kontextinformation lohnt sich vielleicht der Hinweis, dass die Gesamtsuizidrate in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren zugenommen hat: „Von 1999 bis 2014 ist die altersbereinigten Suizidrate in den Vereinigten Staaten um 24 % angestiegen, von 10,5 auf 13,0 pro 100.000 Einwohner, mit höheren Anstiegsraten nach 2006.“ Sally C. Curtin, Margaret Warner und Holly Hedegaard, „Increase in suicide in the United States, 1999–2014”, National Center for Health Statistics, NCHS data brief Nr. 241 (22. April 2016), <http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>.

<sup>24</sup> Ann P. Haas *et al.*, „Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations”, *Journal of Homosexuality* 58, Nr. 1 (2010): 10–51, <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>.

<sup>25</sup> *Ibid.*, 13.

<sup>26</sup> David M. Fergusson, L. John Horwood und Annette L. Beautrais, „Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?”, *Archives of General Psychiatry* 56, Nr. 10 (1999): 876–880, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.876>.

<sup>27</sup> Paul J.M. Van Kesteren *et al.*, „Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones”, *Clinical Endocrinology* 47, Nr. 3 (1997): 337–343, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>.

<sup>28</sup> Friedemann Pfäfflin and Astrid Junge, *Sex Reassignment: Thirty Years of International Follow-Up Studies After Sex Reassignment Surgery: A Comprehensive Review, 1961–1991*, Roberta B. Jacobson und Alf B. Meier, trans. (Düsseldorf: Symposion Publishing, 1998), <https://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>.

<sup>29</sup> Jean M. Dixen *et al.*, „Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment”, *Archives of Sexual Behavior* 13, Nr. 3 (1984): 269–276, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01541653>.

<sup>30</sup> Robin M. Mathy, „Transgender Identity and Suicidality in a Nonclinical Sample: Sexual Orientation, Psychiatric History, and Compulsive Behaviors”, *Journal of Psychology & Human Sexuality* 14, Nr. 4 (2003): 47–65, [http://dx.doi.org/10.1300/J056v14n04\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J056v14n04_03).

<sup>31</sup> Yue Zhao *et al.*, „Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting ‘Unsure’ Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups?”, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49, Nr. 2 (2010): 104–113, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.003>.

<sup>32</sup> Wendy B. Bostwick *et al.*, „Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the United States“.

- 
- <sup>33</sup> Martin Plöderl *et al.*, „Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review“, *Archives of Sexual Behavior* 42, Nr. 5 (2013): 715–727, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0056-y>.
- <sup>34</sup> Ritch C. Savin-Williams, „Suicide Attempts Among Sexual-Minority Youths: Population and Measurement Issues“, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, Nr. 6 (2001): 983–991, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.6.983>.
- <sup>35</sup> Bei Frauen senkte in dieser Studie das Ausklammern falsch positiver Suizidversuche den Unterschied zwischen den Orientierungen erheblich. Für Männer näherte sich der Unterschied bei „echten Suizidversuchen“ der statistischen Bedeutung: 2 % der heterosexuellen Männer (1 von 61) und 9 % der homosexuellen Männer (5 von 53) versuchten sich umzubringen, das ergibt ein Odds-Verhältnis von 6,2.
- <sup>36</sup> Martin Plöderl *et al.*, „Suicide Risk and Sexual Orientation“, 716-717
- <sup>37</sup> *Ibid.*, 723.
- <sup>38</sup> *Ibid.*
- <sup>39</sup> Richard Herrell *et al.*, „Sexual Orientation and Suicidality: A Co-twin Control Study in Adult Men“, *Archives of General Psychiatry* 56, Nr. 10 (1999): 867–874, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.867>.
- <sup>40</sup> *Ibid.*, 872.
- <sup>41</sup> Robin M. Mathy *et al.*, „The association between relationship markers of sexual orientation and suicide: Denmark, 1990–2001“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46, Nr. 2 (2011): 111–117, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0177-3>.
- <sup>42</sup> Gary Remafedi, James A. Farrow und Robert W. Deisher, „Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth“, *Pediatrics* 87, Nr. 6 (1991): 869–875, <http://pediatrics.aappublications.org/content/87/6/869>.
- <sup>43</sup> *Ibid.*, 873.
- <sup>44</sup> Gary Remafedi, „Adolescent Homosexuality: Psychosocial and Medical Implications“, *Pediatrics* 79, Nr. 3 (1987): 331–337, <http://pediatrics.aappublications.org/content/79/3/331>.
- <sup>45</sup> Martin Plöderl, Karl Kralovec und Reinhold Fartacek, „The Relation Between Sexual Orientation and Suicide Attempts in Austria“, *Archives of Sexual Behavior* 39, Nr. 6 (2010): 1403–1414, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-009-9597-0>.
- <sup>46</sup> Travis Salway Hottes *et al.*, „Lifetime Prevalence of Suicide Attempts Among Sexual Minority Adults by Study Sampling Strategies: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *American Journal of Public Health* 106, Nr. 5 (2016): e1–e12, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303088>.
- <sup>47</sup> Für eine kurze Erläuterung der Stärken und Einschränkungen von populations- und gemeinschaftsbasierten Stichproben siehe Hottes *et al.*, e2.
- <sup>48</sup> 95 % Konfidenzintervalle: jeweils 8–15 % und 3–5 %.
- <sup>49</sup> 95 % Konfidenzintervall: 18–22 %.
- <sup>50</sup> Ana Maria Buller *et al.*, „Associations between Intimate Partner Violence and Health among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *PLOS Medicine* 11, Nr. 3 (2014): e1001609, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001609>.
- <sup>51</sup> Sabrina N. Nowinski and Erica Bowen, „Partner violence against heterosexual and gay men: Prevalence and correlates“, *Aggression and Violent Behavior* 17, Nr. 1 (2012): 36–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.005>. Es gilt hier anzumerken, dass die 54 von Nowinski und Bowen betrachteten Studien Heterosexualität und Homosexualität auf unterschiedliche Weisen operationalisieren.
- <sup>52</sup> *Ibid.*, 39.
- <sup>53</sup> *Ibid.*, 50.

---

<sup>54</sup> Shonda M. Craft and Julianne M. Serovich, „Family-of-Origin Factors and Partner Violence in the Intimate Relationships of Gay Men Who Are HIV Positive”, *Journal of Interpersonal Violence* 20, Nr. 7 (2005): 777–791, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260505277101>.

<sup>55</sup> Catherine Finneran und Rob Stephenson, „Intimate Partner Violence Among Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review”, *Trauma, Violence, & Abuse* 14, Nr. 2 (2013): 168–185, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838012470034>.

<sup>56</sup> *Ibid.*, 180.

<sup>57</sup> Zwar gab eine Studie nur 12 % an, die Mehrheit der Studien jedoch (17 von 24) zeigten, dass körperliche Intimpartnergewalt mindestens 22 % erreichte, wobei neun Studien Raten von 31 % oder mehr verzeichneten.

<sup>58</sup> Finneran und Stephenson gaben zwar an, dieser Parameter sei in nur sechs Studien aufgezeichnet worden, die von ihnen vorgestellte Tabelle listet jedoch acht Studien mit dem Parameter psychische Gewalt auf, davon zeigten sieben Raten von 33 % oder höher, einschließlich fünf Studien mit Raten von 45 % oder mehr.

<sup>59</sup> Naomi G. Goldberg und Ilan H. Meyer, „Sexual Orientation Disparities in History of Intimate Partner Violence: Results From the California Health Interview Survey”, *Journal of Interpersonal Violence* 28, Nr. 5 (2013): 1109–1118, <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512459384>.

<sup>60</sup> Gregory L. Greenwood *et al.*, „Battering Victimization Among a Probability-Based Sample of Men Who Have Sex With Men”, *American Journal of Public Health* 92, Nr. 12 (2002): 1964–1969, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.12.1964>.

<sup>61</sup> *Ibid.*, 1967.

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> Sari L. Reisner *et al.*, „Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study”, *Journal of Adolescent Health* 56, Nr. 3 (2015): 274–279, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.

<sup>64</sup> Relatives Risiko: 3,95.

<sup>65</sup> Relatives Risiko: 3,27.

<sup>66</sup> Relatives Risiko: 3,61.

<sup>67</sup> Relatives Risiko: 3,20.

<sup>68</sup> Relatives Risiko: 4,30.

<sup>69</sup> Relatives Risiko: 2,36.

<sup>70</sup> Relatives Risiko: 4,36.

<sup>71</sup> Anne P. Haas, Philip L. Rodgers und Jody Herman, „Suicide Attempts Among Transgender and Gender Non-Conforming Adults: Findings of the National Transgender Discrimination Survey”, Williams Institute, UCLA School of Law, Januar 2014, <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>.

<sup>72</sup> *Ibid.*, 2.

<sup>73</sup> *Ibid.*, 8.

<sup>74</sup> *Ibid.*, 13.

<sup>75</sup> Kristen Clements-Nolle *et al.*, „HIV Prevalence, Risk Behaviors, Health Care Use, and Mental Health Status of Transgender Persons: Implications for Public Health Intervention”, *American Journal of Public Health* 91, Nr. 6 (2001): 915–921, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.91.6.915>.

<sup>76</sup> *Ibid.*, 919.

<sup>77</sup> Siehe zum Beispiel Ilan H. Meyer, „Minority Stress and Mental Health in Gay Men”, *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1995): 38–56, <http://dx.doi.org/10.2307/2137286>; Bruce P. Dohrenwend, „Social Status and

---

Psychological Disorder: An Issue of Substance and an Issue of Method”, *American Sociological Review* 31, Nr. 1 (1966): 14–34, <http://www.jstor.org/stable/2091276>.

<sup>78</sup> Für Übersichten zum Sozialstress-Modell und zu psychischen Gesundheitsmustern unter LGBT-Populationen, siehe Ilan H. Meyer, „Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence”, *Psychological Bulletin* 129, Nr. 5 (2003): 674–697, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>; Robert Graham *et al.*, *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People*, *op. cit.*; Gregory M. Herek und Linda D. Garnets, „Sexual Orientation and Mental Health”, *Annual Review of Clinical Psychology* 3 (2007): 353–375, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091510>; Mark L. Hatzenbuehler, „How Does Sexual Minority Stigma ‘Get Under the Skin’? A Psychological Mediation Framework”, *Psychological Bulletin* 135, Nr. 5 (2009): 707–730, <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>.

<sup>79</sup> Siehe zum Beispiel Ilan H. Meyer, „The Right Comparisons in Testing the Minority Stress Hypothesis: Comment on Savin-Williams, Cohen, Joyner, and Rieger (2010)”, *Archives of Sexual Behavior* 39, Nr. 6 (2010): 1217–1219.

<sup>80</sup> Damit soll nicht gesagt werden, dass Sozialstress als Konzept für die empirische Sozialwissenschaft zu vage ist; das Sozialstress-Modell mag tatsächlich quantitative empirische Hypothesen begründen, wie die Hypothese zu Korrelationen zwischen Stressoren und konkreten psychischen Gesundheitsergebnissen. In diesem Kontext bezieht sich der Begriff „Modell“ nicht auf ein statistisches Modell von der Art, wie es oft in der sozialwissenschaftlichen Forschung eingesetzt wird— das Sozialstress-Modell ist ein „Modell“ im übertragenen Sinn.

<sup>81</sup> Meyer, „Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations”, 676.

<sup>82</sup> Meyer, „Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations”, 680; Gregory M. Herek, J. Roy Gillis und Jeanine C. Cogan, „Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, Nr. 6 (1999): 945–951, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.945>; Allegra R. Gordon und Ilan H. Meyer, „Gender Nonconformity as a Target of Prejudice, Discrimination, and Violence Against LGB Individuals”, *Journal of LGBT Health Research* 3, Nr. 3 (2008): 55–71, <http://dx.doi.org/10.1080/15574090802093562>; David M. Huebner, Gregory M. Rebhook und Susan M. Kegeles, „Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men”, *American Journal of Public Health* 94, Nr. 7 (2004): 1200–1203, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1200>; Rebecca L. Stotzer, „Violence against transgender people: A review of United States data”, *Aggression and Violent Behavior* 14, Nr. 3 (2009): 170–179, <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006>; Rebecca L. Stotzer, „Gender identity and hate crimes: Violence against transgender people in Los Angeles County”, *Sexuality Research and Social Policy* 5, Nr. 1 (2008): 43–52, <http://dx.doi.org/10.1525/srsp.2008.5.1.43>.

<sup>83</sup> Stotzer, „Gender identity and hate crimes”, 43–52; Emilia L. Lombardi *et al.*, „Gender Violence: Transgender Experiences with Violence and Discrimination”, *Journal of Homosexuality* 42, Nr. 1 (2002): 89–101, [http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J082v42n01_05); Herek, Gillis und Cogan, „Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults”, 945–951; Huebner, Rebhook und Kegeles, „Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men”, 1200–1203; Anne H. Faulkner und Kevin Cranston, „Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students”, *American Journal of Public Health* 88, Nr. 2 (1998): 262–266, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.88.2.262>.

<sup>84</sup> Herek, Gillis und Cogan, „Psychological Sequelae of Hate-Crime Victimization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults”, 945–951.

<sup>85</sup> Jack McDevitt *et al.*, „Consequences for Victims : A Comparison of Bias- and Non-Bias-Motivated Assaults”, *American Behavioral Scientist* 45, Nr. 4 (2001): 697–713, <http://dx.doi.org/10.1177/0002764201045004010>.

<sup>86</sup> Caitlin Ryan und Ian Rivers, „Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: Victimization and its correlates in the USA and UK”, *Culture, Health & Sexuality* 5, Nr. 2 (2003): 103–119, <http://dx.doi.org/10.1080/1369105011000012883>; Elise D. Berlan *et al.*, „Sexual Orientation and Bullying Among Adolescents in the Growing Up Today Study”, *Journal of Adolescent Health* 46, Nr. 4 (2010): 366–371,

- 
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.015>; Ritch C. Savin-Williams, „Verbal and Physical Abuse as Stressors in the Lives of Lesbian, Gay Male, and Bisexual Youths: Associations With School Problems, Running Away, Substance Abuse, Prostitution, and Suicide”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, Nr. 2 (1994): 261–269, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.2.261>.
- <sup>87</sup> Stephen T. Russell *et al.*, „Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adolescent School Victimization: Implications for Young Adult Health and Adjustment”, *Journal of School Health* 81, Nr. 5 (2011): 223–230, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00583.x>.
- <sup>88</sup> Joanna Almeida *et al.*, „Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation”, *Journal of Youth and Adolescence* 38, Nr. 7 (2009): 1001–1014, <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9397-9>.
- <sup>89</sup> M.V. Lee Badgett, „The Wage Effects of Sexual Orientation Discrimination”, *Industrial and Labor Relations Review* 48, Nr. 4 (1995): 726–739, <http://dx.doi.org/10.1177/001979399504800408>.
- <sup>90</sup> M.V. Lee Badgett, „Bias in the Workplace: Consistent Evidence of Sexual Orientation and Gender Identity Discrimination 1998–2008”, *Chicago-Kent Law Review* 84, Nr. 2 (2009): 559–595, <http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol84/iss2/7>.
- <sup>91</sup> Marieka Klawitter, „Meta-Analysis of the Effects of Sexual Orientation on Earning”, *Industrial Relations* 54, Nr. 1 (2015): 4–32, <http://dx.doi.org/10.1111/irel.12075>.
- <sup>92</sup> Jonathan Platt *et al.*, „Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders”, *Social Science & Medicine* 149 (2016): 1–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.056>.
- <sup>93</sup> Craig R. Waldo, „Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace”, *Journal of Counseling Psychology* 46, Nr. 2 (1999): 218–232, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.46.2.218>.
- <sup>94</sup> M.W. Linn, Richard Sandifer und Shayna Stein, „Effects of unemployment on mental and physical health”, *American Journal of Public Health* 75, Nr. 5 (1985): 502–506, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.75.5.502>; Jennie E. Brand, „The far-reaching impact of job loss and unemployment”, *Annual Review of Sociology* 41 (2015): 359–375, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237>; Marie Conroy, „A Qualitative Study of the Psychological Impact of Unemployment on individuals”, (Masterarbeit, Dublin Institute of Technology, September 2010), <http://arrow.dit.ie/aaschssldis/50/>.
- <sup>95</sup> Irving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (New York: Simon & Schuster, 1963); Brenda Major und Laurie T. O'Brien, „The Social Psychology of Stigma”, *Annual Review of Psychology*, 56 (2005): 393–421, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>.
- <sup>96</sup> Major und O'Brien, „The Social Psychology of Stigma”, 395.
- <sup>97</sup> Bruce G. Link *et al.*, „On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse”, *Journal of Health and Social Behavior* 38, Nr. (1997): 177–190, <http://dx.doi.org/10.2307/2955424>.
- <sup>98</sup> Walter R. Gove, „The Current Status of the Labeling Theory of Mental Illness”, in *Deviance and Mental Illness*, ed. Walter R. Gove (Beverly Hills, Calif.: Sage, 1982), 290.
- <sup>99</sup> Ein sehr häufig zitierter Beitrag zur theoretischen Forschung über Stigmaziprozesse ist die Arbeit von Hatzenbuehler, „How Does Sexual Minority Stigma ‘Get Under the Skin’?”, *op. cit.*, <http://dx.doi.org/10.1037/a0016441>.
- <sup>100</sup> Walter O. Bockting *et al.*, „Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population”, *American Journal of Public Health* 103, Nr. 5 (2013): 943–951, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>.
- <sup>101</sup> Robin J. Lewis *et al.*, „Stressors for Gay Men and Lesbians: Life Stress, Gay-Related Stress, Stigma Consciousness, and Depressive Symptoms”, *Journal of Social and Clinical Psychology* 22, Nr. 6 (2003): 716–729, <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.22.6.716.22932>.

<sup>102</sup> *Ibid.*, 721.

<sup>103</sup> Aaron T. Beck *et al.*, *Cognitive Therapy of Depression* (New York: Guilford Press, 1979).

<sup>104</sup> Wendy Bostwick, „Assessing Bisexual Stigma and Mental Health Status: A Brief Report“, *Journal of Bisexuality* 12, Nr. 2 (2012): 214–222, <http://dx.doi.org/10.1080/15299716.2012.674860>.

<sup>105</sup> Lars Wichstrøm und Kristinn Hegna, „Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population“, *Journal of Abnormal Psychology* 112, Nr. 1 (2003): 144–151, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.112.1.144>.

<sup>106</sup> Anthony R. D’Augelli und Arnold H. Grossman, „Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults“, *Journal of Interpersonal Violence* 16, Nr. 10 (2001): 1008–1027, <http://dx.doi.org/10.1177/088626001016010003>; Eric R. Wright und Brea L. Perry, „Sexual Identity Distress, Social Support, and the Health of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth“, *Journal of Homosexuality* 51, Nr. 1 (2006): 81–110, [http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_05); Judith A. Clair, Joy E. Beatty und Tammy L. MacLean, „Out of Sight But Not Out of Mind: Managing Invisible Social Identities in the Workplace“, *Academy of Management Review* 30, Nr. 1 (2005): 78–95, <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2005.15281431>.

<sup>107</sup> Siehe zum Beispiel *Emotion, Disclosure, and Health* (Washington, D.C.: American Psychological Association, 2002), Hrsg. James W. Pennebaker; Joanne Frattaroli, „Experimental Disclosure and Its Moderators: A Meta-Analysis“, *Psychological Bulletin* 132, Nr. 6 (2006): 823–865, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>.

<sup>108</sup> Siehe zum Beispiel James M. Croteau, „Research on the Work Experiences of Lesbian, Gay, and Bisexual People: An Integrative Review of Methodology and Findings“, *Journal of Vocational Behavior* 48, Nr. 2 (1996): 195–209, <http://dx.doi.org/10.1006/jvbe.1996.0018>; Anthony R. D’Augelli, Scott L. Hershberger und Neil W. Pilkington, „Lesbian, Gay, and Bisexual Youth and Their Families: Disclosure of Sexual Orientation and Its Consequences“, *American Journal of Orthopsychiatry* 68, Nr. 3 (1998): 361–371, <http://dx.doi.org/10.1037/h0080345>; Margaret Rosario, Eric W. Schrimshaw und Joyce Hunter, „Disclosure of Sexual Orientation and Subsequent Substance Use and Abuse Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: Critical Role of Disclosure Reactions“, *Psychology of Addictive Behaviors* 23, Nr. 1 (2009): 175–184, <http://dx.doi.org/10.1037/a0014284>; D’Augelli und Grossman, „Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults“, 1008–1027; Belle Rose Ragins, „Disclosure Disconnects: Antecedents and Consequences of Disclosing Invisible Stigmas across Life Domains“, *Academy of Management Review* 33, Nr. 1 (2008): 194–215, <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2008.27752724>; Nicole Legate, Richard M. Ryan und Netta Weinstein, „Is Coming Out Always a ‘Good Thing’? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals“, *Social Psychological and Personality Science* 3, Nr. 2 (2012): 145–152, <http://dx.doi.org/10.1177/1948550611411929>.

<sup>109</sup> Belle Rose Ragins, Romila Singh und John M. Cornwell, „Making the Invisible Visible: Fear and Disclosure of Sexual Orientation at Work“, *Journal of Applied Psychology* 92, Nr. 4 (2007): 1103–1118, <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.92.4.1103>.

<sup>110</sup> *Ibid.*, 1114.

<sup>111</sup> Dawn Michelle Baunach, „Changing Same-Sex Marriage Attitudes in America from 1988 Through 2010“, *Public Opinion Quarterly* 76, Nr. 2 (2012): 364–378, <http://dx.doi.org/10.1093/poq/nfs022>; Pew Research Center, „Changing Attitudes on Gay Marriage“ (Online-Publikation), 29. Juli 2015, <http://www.pewforum.org/2015/07/29/graphics-slideshow-changing-attitudes-on-gay-marriage/>; Bruce Drake, Pew Research Center, „How LGBT adults see society and how the public sees them“ (Online-Publikation), 25. Juni 2013, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2013/06/25/how-lgbt-adults-see-society-and-how-the-public-sees-them/>.

<sup>112</sup> Mark L. Hatzenbuehler, Katherine M. Keyes und Deborah S. Hasin, „State-Level Policies and Psychiatric Morbidity In Lesbian, Gay, and Bisexual Populations“, *American Journal of Public Health* 99, Nr. 12 (2009): 2275–2281, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.153510>.

<sup>113</sup> Deborah S. Hasin und Bridget F. Grant, „The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings“, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50, Nr. 11 (2015): 1609–1640, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1088-0>.

<sup>114</sup> Mark L. Hatzenbuehler *et al.*, „The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study”, *American Journal of Public Health* 100, Nr. 3 (2010): 452–459, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815>.

<sup>115</sup> Sharon Scales Rostosky *et al.*, „Marriage Amendments and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual (LGB) Adults”, *Journal of Counseling Psychology* 56, Nr. 1 (2009): 56–66, <http://dx.doi.org/10.1037/a0013609>.

<sup>116</sup> Roberto Maniglio, „The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews”, *Clinical Psychology Review* 29 (2009): 647, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>.