

Vorwort

Oft hatte Charlotte sich darüber gewundert, daß die Menschen, die besser als Stern, Strauch und Stein zu wissen hatten, welche Zärtlichkeiten sie füreinander erfinden durften, so schlecht beraten waren. In früherer Zeit mußten Schwan und Goldregen noch die Ahnung gehabt haben von dem größeren Spielraum, und ganz vergessen konnte in der Welt nicht sein, daß der Spielraum größer war, daß das kleine System von Zärtlichkeiten, das man ausgebildet hatte und überlieferte, nicht alles war an Möglichkeit (Bachmann, 1961/2001, S. 128f).

Zum Zeitpunkt des Beginns der Arbeit an dieser Arbeit war es genau 30 Jahre her, dass praktizierte Homosexualität straffrei gestellt wurde (1971). Der österreichische Paragraph § 209, der für homosexuelle Männer ein höheres Schutzalter bestimmte (18 Jahre) als für heterosexuelle Männer bzw. für homo- und heterosexuelle Frauen (14 Jahre), wurde im Juni 2002 gestrichen. Es gibt für homosexuelle Männer und Frauen in Österreich unter anderem weder die Möglichkeit einer gesetzlich eingetragenen Partnerschaft - mit ihren Rechten und Pflichten - noch die der Adoption von Kindern. Neben dieser, meines Erachtens institutionellen Form von Diskriminierung habe ich die Erfahrung gemacht, dass auch heute noch viele Menschen, selbst im professionellen Gesundheitsbereich, absurde Meinungen über Homosexualität vertreten. Die Motivation für diese Arbeit entstand zum Teil durch meine Beratungstätigkeit für die Homosexuelleninitiative (HOSI) Salzburg, in der ich immer wieder mit schwulen, lesbischen und bisexuellen Männern und Frauen sprach, die Angst davor hatten, ihre homosexuellen Neigungen zu leben, und die daher zum Teil massiv unter psychischen Druck standen. Noch immer wird der - in vielen internationalen Studien gefundene - Umstand erhöhter Suizidalität (Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizide) unter homo- und bisexuellen Menschen in Lehrbüchern zum Thema Suizidalität ignoriert. Hochrechnungen deuten darauf hin, dass die Hälfte aller Suizidversuche von homo- oder bisexuellen Personen durchgeführt werden könnten. Dieses Buch beinhaltet erstmals ausführlicher Daten aus dem deutschsprachigen Raum. Ich möchte diese Arbeit all jenen Menschen widmen, die sich für die Rechte und das Wohlbefinden von schwulen, lesbischen und bisexuellen Menschen einsetzen. Ich hoffe, sie ist ihnen dabei hilfreich.

Hinweise für den/die LeserIn

“Homosexuelle Frau” habe ich synonym mit “lesbische Frau” verwendet, ebenso “homosexueller Mann” mit “schwuler Mann”. Mir ist bewusst, dass diese Gleichsetzung gewisse soziologische Nuancen verschleiern könnte. So wird “schwul” manchmal auch als Ausdruck einer selbstbewussten Lebensweise verwendet, während “homosexuell” meines Erachtens noch einen Hauch von Pathologisierung in sich birgt.

Danksagung

Ohne den freundschaftlichen und auch finanziellen Rückhalt von vielen wäre diese Dissertation niemals möglich gewesen.

Danke an die TeilnehmerInnen, die sich die Mühe machten, einen 18-Seiten langen Fragebogen auszufüllen, und danke an die Homosexuellenorganisationen und deren Mitglieder, v.a. die HOSI Salzburg (Gregor, Walter, Hansi), HOSI Linz (Gernot), Rosa Lila PantherInnen (Heinz), Queer Klagenfurt, HOSI Linz, Gleiswechsel (Nikolaus), die Stammtische in Vöcklabruck (Thomas), Krems, Mostviertel, Steyr, Wels, Freistadt, die HUG in Salzburg (Wolfgang), und danke an alle meine schwulen oder lesbischen FreundInnen, die fleißig in ihrem Bekanntenkreis Fragebögen verteilt haben.

Danke an die wackeren Männer der freiwilligen Feuerwehren in Itzling, Gnigl, Elisabethen, und jene der Berufsfeuerwehr der Stadt Salzburg, an meine StudentInnen, die MitarbeiterInnen der Notschlafstelle und der Krisenintervention Salzburg, GendUp (Kirstin) und der ÖH Salzburg, die Fragebögen für die Kontrollstichprobe verteilten und selbst ausfüllten.

Danke - vor allem für die Offenheit - an jene, die diese Arbeit inhaltlich unterstützten, allen voran mein Dissertationsbetreuer Prof. Dr. Joachim Sauer, Prim. Dr. Reinhold Fartacek vom Projekt Suizidprävention Salzburg, Prof. Dr. Georg Dorn (wissenschaftstheoretisches Kapitel) Prof. Dr. Herbert Mackinger (Zweitgutachter); und weiters an Mag. Paul Arzt (Kinder und Jugendanwaltschaft Salzburg) und die AIDS-Hilfe Salzburg. Danke an die Korrektur-LeserInnen und DiskutantInnen August, Verena (hoffentlich hast Du jetzt keine Tabellenphobie), Sabine, Simon, Angela, Heinz, Niki und vor allem Pierre Tremblay (für die neuen Perspektiven).

Ich danke den finanziellen FörderInnen dieser Arbeit, dem Land Salzburg, der Stadt Salzburg und dem Projekt Suizidprävention Salzburg; ohne diesen wäre meine Arbeit nicht realisierbar gewesen. Ich danke auch der Stiftungs- und Förderungsgesellschaft der Paris-Lodron-Universität Salzburg für die großzügige Unterstützung die Druckkosten betreffend, und der agro (Austrian Gay Professionals) für den Förderpreis 2005.

Besonderen Dank aber an alle die Menschen, die mein Leben lebenswert machen und die ich nicht missen möchte: August, Jani, Gregor, Sabine, Verena, meine Familie, Thomas, Erwin, Heinz, Heinz, Niki, Max, Floh, Hubert, Christoph, Willi und Pierre.

Diese Arbeit wurde mit \LaTeX geschrieben; die Statistiken mit R (R Development Core Team, 2003) und BUGS (Spiegelhalter, A., & Best, 1999) erstellt, denn die besten Dinge im Leben sind gratis.

Inhaltsverzeichnis

1	Theoretischer Teil	1
1.1	Definition von Homosexualität	2
1.2	Dimensionen der Homosexualität	5
1.3	Häufigkeit von Homo- und Bisexualität	9
1.4	Wissenschaftliche Zugänge zu Homosexualität	11
1.5	Lesbische, schwule und bisexuelle Menschen als spezielle Minorität	20
1.6	Identitätsentwicklung und Coming Out	22
1.6.1	Allgemeine Überlegungen und empirische Ergebnisse	22
1.6.2	Identitätsentwicklungsmodelle	36
1.6.3	Identität und Gesundheit	43
1.7	Vorurteil / Diskriminierung	45
1.7.1	Empirische Ergebnisse zur Diskriminierung von homo- und bisexuellen Menschen	46
1.7.2	Korrelate und Funktionen von Homophobie	51
1.7.3	Von der institutionalisierten zur allgemeinen Diskriminierung	56
1.7.4	Beispiele aus Österreich und Deutschland	58
1.8	Homosexualität, psychische Gesundheit und Suizidalität	62
1.8.1	Einleitung	62
1.8.2	Empirische Ergebnisse zu psychischer Gesundheit	63
1.8.3	Suizidalität	73
1.8.4	Risikofaktoren für die Suizidversuche	88
1.8.5	Theoretische und statistische Modelle zu Homosexualität und psychischer Gesundheit	94
2	Empirischer Teil	99
2.1	Fragestellungen, Methodik	100
2.1.1	Fragestellungen, Hypothesen	100
2.1.2	Methode	102
2.1.3	Materialien	110
2.2	Ergebnisse	112

2.2.1	Vorbemerkungen	112
2.3	Beschreibung der Stichproben	113
2.3.1	Sexuelle Orientierung	116
2.3.2	Soziodemografische Merkmale	119
2.4	Suizidalität	130
2.4.1	Wunsch nach Lebensunterbrechung und Todeswünsche	130
2.4.2	Suizidgedanken	133
2.4.3	Abgebrochene Suizidversuche	135
2.4.4	Suizidversuche	136
2.4.5	Gegenwärtige Suizidversuchsgefährdung	146
2.4.6	Zusammenfassung	147
2.5	Spezifische Risikofaktoren	148
2.5.1	Internalisierte Homophobie	148
2.5.2	Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse	153
2.5.3	Soziale Unterstützung	171
2.5.4	Szenezugehörigkeit	178
2.5.5	Alter beim Coming Out	179
2.5.6	Geschlechtsrolle	184
2.5.7	HIV-Status	185
2.6	Allgemeine Risikofaktoren	186
2.6.1	Depressivität	186
2.6.2	Andere psychische Symptome	186
2.6.3	Suizidalität im sozialen Netz	187
2.6.4	Existenzielle Motivation	189
2.6.5	Hoffnungslosigkeit	190
2.6.6	Selbstwert	190
2.6.7	Substanzgebrauch	191
2.6.8	Sexualverhalten	192
2.6.9	Alter der Mutter	194
2.7	Soziodemografische Variablen, psychische Gesundheit und Suizidalität	195
2.8	Spezifische Risikofaktoren, psychische Gesundheit und Suizidalität	201
2.9	Allgemeine Risikofaktoren, psychische Gesundheit und Suizidalität	208
2.9.1	Depressivität	208
2.9.2	Andere psychische Symptome	213
2.9.3	Ernsthafte Suizidgedanken im letzten Jahr	218
2.9.4	Suizidversuche	221
2.9.5	Multivariate Regressionsanalysen	224
2.9.6	Multivariate Analyse: Psychische Symptome	229

2.9.7	Multivariate Analyse: Suizidgedanken im letzten Jahr	234
2.9.8	Multivariate Analyse: Suizidversuche	239
3	Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion	245
3.1	Beschreibung der Stichproben	246
3.2	Suizidalität	247
3.3	Psychische Gesundheit	254
3.4	Internalisierte Homophobie	255
3.5	Zusätzliche, nicht aus dem Theorieteil ableitbare Hypothesen	256
3.6	Zusätzliche Ergebnisse	256
3.7	Persönliches Resümee	259
Anhang		261
	Legende für die Variablen	262
	Literaturverzeichnis	263

Kapitel 1

Theoretischer Teil

1.1 Definition von Homosexualität

Über das Wesen von Homosexualität herrscht auch heute noch bei weitem keine Einigkeit, wie bei so vielen sozialwissenschaftlichen Begriffen oder Kategorien. Dies ist wissenschaftstheoretisch problematisch, weil in Studien durch die Mehrdeutigkeit verschiedene Definitionen von und Indikatoren für Homosexualität verwendet werden. Folglich ist die Vergleichbarkeit von Studien kaum mehr möglich. Wie in diesem Kapitel gezeigt werden soll, ist eine *eindeutige* Definition von Homosexualität oder Bisexualität, die wissenschaftstheoretischen Kriterien genügt, äußerst schwierig. In der Literatur findet man folgende beispielhafte Definitionen von Homosexualität:

[Homosexuelles Verhalten ist der] physische Kontakt zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts, dessen sexuelle Natur von beiden erkannt wird und der normalerweise in sexueller Erregung endet [...]

[Homosexuelles Empfinden] könnte definiert werden als das Verlangen für einen solchen [physischen, s.o.] Kontakt und/oder bewusste sexuelle Erregung beim Denken an oder Sehen von Personen gleichen Geschlechts (Gebhard, 1972, S. 26, eigene Übers.).

Sexuelle Orientierung wurde definiert als ein konsistentes Muster von sexueller Erregung gegenüber Personen gleichen und/oder anderen Geschlechts (Spitzer, 1981), Herbeiführen von Fantasien, bewusster Anziehung, emotionale und romantische Gefühle, sexuelles Verhalten und möglicherweise anderer Komponenten (Shively & De Cecco, 1977; Klein, Sepekoff & Wolf, 1985) [...] viele Permutationen der Orientierung sind in der menschlichen Population möglich und wahrscheinlich (Remafedi, 1992, eigene Übers.).

Die Verschiedenartigkeit und die Anzahl der in Frage kommenden Dimensionen von und Indikatoren¹ für Homosexualität führen dazu, dass TeilnehmerInnen in Studien oft als homosexuell kategorisiert werden, wenn sie gleichgeschlechtliche Sexualkontakte hatten (homosexuelles Verhalten), wenn sie sich selbst als homosexuell bezeichnen (Selbstidentifikation), oder wenn sie gleichgeschlechtliche sexuelle Anziehung (“attractions”) verspüren (homosexuelles Empfinden bzw. homosexuelle Kognitionen).

Selbst bei Untersuchungen zur Homosexualität im Tierreich wird nicht mehr nur die (intuitiv plausible) Verhaltensdimension von Homosexualität verwendet. Anhand Indikatoren für sexuelle Attraktion (z.B. Werbeverhalten) und gleichgeschlechtliche Bindungen

¹Wenn von Dimensionen der Homosexualität gesprochen wird, handelt es sich um theoretische Begriffe wie homosexuelles Verhalten oder homosexuelles Erleben. Indikatoren sind beobachtbare Merkmale, mit denen auf das Vorhandensein von Homosexualität geschlossen werden kann, wie z.B. gleichgeschlechtliche Sexualkontakte oder Antworten von Personen auf Fragen zur sexuellen Orientierung.

(Bindungsverhalten) wird auch auf das Vorhandensein von homosexuellem Erleben geschlossen (Bagemihl, 2000).

Die Wahl der Dimension kann kritisch sein, wie etwa eine Untersuchung zeigt, in der Jugendliche, die sich als schwul oder lesbisch bezeichneten, höhere Suizidversuchsraten angaben als Jugendliche, die sich vorwiegend homosexuell betätigten, sich aber nicht als schwul oder lesbisch bezeichneten (Remafedi, 1991). Die Nicht-Vergleichbarkeit der Studien wird durch die verschiedenen hohen Vorkommenshäufigkeiten von Homosexualität unterstrichen, zu denen es je nach verwendeter Dimension kommt (s. Kap. 1.5).

Bei mehrdeutigen Begriffen empfiehlt sich ein Blick auf den Gegenstandsbereich des Begriffes, vor allem auf den Randbereich, also auf Gegenstände, bei denen es strittig ist, ob der Begriff den Gegenstand bezeichnet oder nicht. Folgende in der Literatur vorkommende oder aus eigener Erfahrung bekannte Fälle sollen verdeutlichen, wie schwierig es ist, festzuhalten, wer nun als homosexuell bezeichnet werden kann und wer nicht.

1. Ein Jugendlicher bezeichnete sich mit 13 Jahren als schwul und hatte auch Sex mit anderen Männern, aber das bereitete ihm keinen besonderen Spaß. Eigentlich wollte er es nur einmal ausprobieren. Mit 15 Jahren, zum Zeitpunkt der Untersuchung, verliebt er sich nur mehr noch in Frauen und bezeichnet sich als heterosexuell.
2. Ein Mann hat immer wieder einmal Sex mit einem anderen Mann, ist aber sonst glücklich mit einer Frau verheiratet, mit der er auch Sex hat. Er bezeichnet sich nicht als homo- oder bisexuell, obwohl ihm der Sex mit dem Mann gefällt.
3. Eine Frau hat ausschließlich Sex mit ihrem Mann, fantasiert dabei aber ständig über sexuelle Kontakte mit anderen Frauen. Sie lehnt die Begriffe lesbisch, homosexuell oder bisexuell für sich ab, obwohl sie schon gerne einmal mit einer Frau Sex haben möchte, doch will sie ihrem Mann treu sein.
4. Ein Mann hatte in der Pubertät zwar hin und wieder mit Frauen Petting gemacht, viel Spaß hat ihm das aber nicht bereitet. Später hatte er nur mehr noch Sex mit Männern. Er bezeichnet sich auch später als schwul, weil er sich nur zu Männern hingezogen fühlt. Er meint, dass er sich in der Pubertät vermutlich als bisexuell bezeichnet hätte.
5. Ein Mann nimmt bei einer Feier teil. Es wird recht viel Alkohol getrunken und irgendwann fangen die Männer an, Sex miteinander zu haben. Die ganze Sache ist ihm am nächsten Tag peinlich, und er möchte so etwas eigentlich nicht wieder haben, vor allem deswegen nicht, weil er nicht auf Männer steht. Er definiert sich als völlig heterosexuell.

6. Ein Mann hat seit 22 Jahren sexuellen Kontakt mit Männern, aber er bezeichnet sich nicht als homosexuell. Er hatte nur fallweise Kontakt mit der schwulen Subkultur, weil er verheiratet war und eine hohe Stellung innehatte (Dank, 1992, S. 185f).
7. Eine Frau fantasiert seit ihrer Pubertät oft von anderen Frauen, wenn sie masturbiert. Sie hat keinen Sex mit anderen Frauen und bezeichnet sich nicht als lesbisch. Mit fünfundzwanzig Jahren lernt sie ihre jetzige Partnerin kennen, und als sie dreißig ist, bezeichnet sie sich als lesbisch, obwohl sie diese Bezeichnung nicht besonders mag.
8. Ein Mann ist jetzt über 40 und hatte bisher noch nie gleichgeschlechtliche Sexualkontakte, weil er am Land lebt und Angst hat, "entdeckt" zu werden. Aufgrund seiner Fantasien und Empfindungen ist er sich ganz sicher, dass er schwul ist.

Die Fälle lassen sich in Tabelle 1.1 anhand der Verhaltens-, Erlebens- und der Identitätsdimension sowie der zeitlichen Stabilität dieser Dimensionen klassifizieren.

Tabelle 1.1. Strittige Fälle in der Klassifikation

Fall	Verhalten	Erleben	Identifikation	zeitliche Stabilität		
	(V)	(E)	(I)	V	E	I
1				nein	?	nein
2	X	X		ja	?	ja
3		X	?	ja	ja	?
4	X	X	X	nein	ja	nein
5	X			nein	ja	ja
6	X	X		nein	?	ja
7	X	X	X	ja	ja	nein
8		X	X	nein	ja	?

Anm.: Die Klassifizierung bezieht sich auf den gegenwärtigen Zeitpunkt. Ein "X" steht für das vorhanden sein von gleichgeschlechtlichem Verhalten bzw. Erleben oder der Identifikation.

Eine wichtige Erkenntnis durch diese Fälle ist, dass auch die zeitliche Dimension eine große Rolle spielt. Die sexuelle Orientierung muss über die Zeit hinweg nicht unbedingt konstant bleiben. So würde man den in Fall 1 bezeichneten Mann intuitiv nicht als homosexuell bezeichnen wollen, obwohl in der Vergangenheit gleichgeschlechtliche Verhaltensweisen und die Selbstidentifikation vorhanden waren. Anhand der genannten Fällen sollen nun die verschiedenen Dimensionen bewertet werden.

1.2 Dimensionen der Homosexualität

Homosexuelles Verhalten: In der Definition homosexuellen Verhaltens von Gebhard (1972, S. 26) ist von physischem “Kontakt zwischen zwei Personen gleichen Geschlechts, dessen sexuelle Natur von beiden erkannt wird und der normalerweise in sexueller Erregung endet”, die Rede. Problematisch an dieser Definition ist, dass die beteiligten Personen die sexuelle Natur des Kontakts erkennen müssen. Damit handelt es sich nicht mehr nur um die Verhaltens- sondern auch um die Erlebensdimension (“Erkennen der sexuellen Natur”).

In Fragebögen wird homosexuelles Verhalten meist mit Items erhoben, wie z.B. “Hat-ten Sie im letzten Jahr Sexualkontakte mit a.) einer Frau b.) einem Mann?”. Strittig ist, inwieweit “Sexualkontakt” definiert werden kann. Während in der Mitte des letzten Jahr-hunderts die einzelnen Sexualpraktiken und die Anzahl der Orgasmen abgefragt wurden, um homosexuelles Verhalten festzustellen (Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, Po-meroy, Martin, & Gebhard, 1953), wird dies heute meist der befragten Person überlassen, was als Sexualkontakt zählt. In empirischen Untersuchungen wird auch kaum die ganze Bandbreite an verschiedenen Sexualpraktiken erhoben werden können. Es ist anzuneh-men, dass es hier eine gewisse Deckung gibt, d.h. die meisten Menschen werden wohl das als Sexualkontakte empfinden, was auch Sexualforscher als Sexualkontakte einordneten. Dies ist allerdings keine empirisch überprüfte Aussage. Die Art der Sexualpraktiken ist auch kulturell bedingt und zeitlich variabel (z.B. Telefonsex, Chat-Rooms), und man-che Praktiken werden womöglich in einer Kultur als Sexualkontakt eingestuft werden, in anderen Kulturen nicht. Einige Sexualpraktiken werden eher eindeutig als solche einge-stuft werden können (z.B. Vaginalverkehr, Oralverkehr), bei anderen ist dies vermutlich stark von der sozialen Konstruktion des Begriffes “Sexualität” abhängig (z.B. Streicheln, Händchen halten), doch möchte ich diesen Punkt für die nun vorgeschlagene Definition offen lassen:

Homosexuelles Verhalten einer Person x liegt vor, wenn die Person x mit zumindest einer anderen Person y gleichen Geschlechts eine Sexualpraktik ausübt.

Meines Erachtens hat die ausschließliche Verwendung der Verhaltensdimension zur Klassifikation von Personen viele Nachteile. In Untersuchungen werden Personen oft dann als homosexuell eingestuft, wenn sie gleichgeschlechtliche Sexualkontakte hatten. So würde die in Fall 3 beschriebene Frau als heterosexuell eingeordnet werden, was in-tuitiv nicht plausibel erscheint, und der Mann in Fall 5 würde als homosexuell (oder zumindest bisexuell) klassifiziert werden, obwohl er intuitiv als heterosexuell erscheint. Vor allem aber würde der in Fall 8 beschriebene Mann, der homosexuelle Empfindungen hat und sich als schwul bezeichnet, nicht klassifiziert werden können oder sogar in die heterosexuelle Gruppe fallen. Dies ist bei Jugendlichen sehr oft der Fall, denn sie sind sich häufig ihrer homosexuellen Orientierung bewusst, ohne dass sie je gleichgeschlecht-

liche Sexualkontakte hatten (Biechele, 2001; Massachusetts Department of Education, 1999; Savin-Williams, 1995). Sie würden dann, meines Erachtens irrtümlich, als heterosexuell klassifiziert werden. Umgekehrt sind gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen, besonders im Jugendalter, recht häufig, obwohl später eine stabile heterosexuelle Identität und Erlebensweise entwickelt wird (Kinsey et al., 1948, 1953). Diese Personen würden irrtümlich als homo- oder bisexuell eingestuft werden. Schließlich stellt sexuelle Gewalt in Männergefängnissen die Validität der Verhaltensdimension in Frage, da bei den Tätern eher Macht- und Kontrollbedürfnisse eine Rolle spielen, und kaum (homo)sexuelle Bedürfnisse (Robertson, 2003).

Selbstidentifizierung: In vielen Studien werden Personen als homosexuell klassifiziert, wenn sie sich selbst so bezeichnen. Die Definition von homosexueller Selbstidentifikation ist demnach sehr einfach:

Homosexuelle Selbstidentifikation einer Person x liegt vor, wenn die Person x sich als homosexuell bezeichnet.

Die Klassifikation unter Verwendung dieser Dimension ist ebenfalls sehr problematisch. Der Begriff "homosexuell" oder "schwul", "lesbisch" etc. ist in vielen Gesellschaften negativ besetzt. Das könnte der Grund sein, warum die Personen in Fall 3 und 6 die genannten Begriffe zur Selbstbezeichnung ablehnen. Sie würde nicht klassifiziert werden können, obwohl sie intuitiv als nicht eindeutig heterosexuell erscheinen. Die Negativität der Begriffe könnte auch der Grund sein, warum man in Untersuchungen die niedrigsten Prozentsätze bei Verwendung der Selbstidentifikation im Vergleich zur Verwendung von anderen Dimensionen erhält (Rust, 2000). Nur 5% der Jugendlichen, die sich sexuell vorwiegend zum gleichen Geschlecht hingezogen fühlen, bezeichneten sich als homosexuell (Remafedi, 1992).

Viele Untersuchungen zeigen außerdem, dass die Selbstidentifikation als homo- bzw. bisexuell fast gesetzmäßig immer einige Jahre später stattfindet als das gleichgeschlechtliche Sexualverhalten und die gleichgeschlechtliche Anziehung (s. Kap. 1.6). In dieser Zeit würden viele Personen - und das ist kontraintuitiv - als heterosexuell eingestuft werden, obwohl sie sich bereits eindeutig homosexuell verhalten bzw. obwohl sie eindeutig homosexuell empfinden.

In manchen Kulturen gibt es außerdem keine oder andere Begriffe für die sexuelle Orientierung, sodass eine Selbstkategorisierung mit den Begriffen homo- und heterosexuell nicht möglich ist (Greenberg, 1988). Vor allem hier setzt die sozialkonstruktivistische Kritik am Begriff der Homosexualität an (s. Punkt 1.4) .

Homosexuelles Erleben: Neben dem Verhaltensaspekt werden in psychologischen Untersuchungen auch kognitive und/oder emotionale Aspekte der sexuellen Orientierung

berücksichtigt, wie homosexuelle Fantasien, gleichgeschlechtliche romantische Gefühle/Gedanken, Gefühle sexueller Anziehungskraft oder Verliebtheitsgefühle zum gleichen Geschlecht. Man erhält verschiedene Prozentsätze des Vorkommens dieser verschiedenen Konstrukte, und innerhalb dieser Konstrukte wiederum Unterschiede je nach Geschlecht und Alter (Remafedi, 1992).

Homosexuelles Empfinden “könnte definiert werden als das Verlangen für einen solchen [physischen, s.o.] Kontakt und/oder bewusste sexuelle Erregung beim Denken an oder Sehen von Personen gleichen Geschlechts” (Gebhard, 1972, S. 26, eigene Übers.). Ich schlage folgende Definition von homosexuellem Erleben vor:

Homosexuelles Erleben einer Person x liegt vor, wenn die Person x zumindest eine Person gleichen Geschlechts mental repräsentiert, und wenn diese Repräsentationen entweder mit sexueller Erregung oder romantischen- oder Verliebtheitsgefühlen einhergehen oder dazu führen.

Welche der drei Dimensionen sollte nun verwendet werden? Aus folgenden Gründen sollte der Erlebensdimension von Homosexualität gegenüber der Verhaltens- und Selbstidentifikationsdimension der Vorrang gegeben werden.

1. Homosexuelle Gedanken und Gefühle sind im Schnitt in allen (!) Studien vor dem sexuellen Verhalten und mehrere Jahre vor der Selbstidentifikation präsent (s. Punkt 1.2). Dies könnte ein Hinweis auf die Kausalrichtung der Dimensionen sein, d.h. wer nicht schon eine gewisse Zeit lang gleichgeschlechtlich empfindet, wird kaum gleichgeschlechtliche Sexualkontakte haben und wird sich nicht als homo- oder bisexuell bezeichnen.
2. Die Erlebnisdimension ist in der Entwicklung zeitlich stabiler als die Verhaltens- und Identitätsdimension (Remafedi, 1992).
3. Zeit- und kulturabhängige Begriffe wie “schwul”, “gay”, “homosexuell” in Fragebögen oder Interviews können vermieden werden.
4. Erlebnisaspekte von Homosexualität werden in Untersuchungen eher angegeben als die Selbstidentifikation (Remafedi, 1992; Reis & Saewyc, 1999), vermutlich weil soziale Erwünschtheit bei Erlebnisaspekten weniger zum Tragen kommt.
5. Bei Fragen zum Sexualverhalten gibt es bei Jugendlichen die wenigsten Antwortverweigerungen, jedoch geben viele Jugendliche an, noch keine Sexualkontakte gehabt zu haben, weshalb Saewyc et al. (2004) der Dimension “sexual attraction” den Vorzug geben.

Es ist nahe liegend, dass die jeweiligen Wissenschaften den Gegenstandsbereich des Phänomens Homosexualität so weit abgrenzen, damit sie es in ihrer Fachrichtung untersuchen können. Jede Gegenstandsabgrenzung wird mehr oder weniger reduktionistisch

sein. Die vorgeschlagene Reduktion auf die Erlebnisdimension hat sicherlich den Nachteil, kulturelle, aber auch biologische Einflüsse zu wenig zu berücksichtigen. Doch bietet sie meines Erachtens den Vorteil, die interkulturelle *Essenz* des Phänomens Homosexualität zu transportieren. Sie ist keine "klassische" Definition von Homosexualität als etwas "Wesenhaftes" (Bech, 1998, S. 27), weil sie es offen lässt, ob Homosexualität nun wesentlich ist oder nicht.

Sell (1996) kritisiert die eindimensionale Kategorisierung und schlägt vor, alle drei Dimensionen getrennt zu erfassen, da sie voneinander unabhängig seien. Mit dem von ihr entwickelten Instrument erhält man quantitative Ausprägungen von Homo-, Hetero-, Bi- und Asexualität auf der Verhaltens-, Erlebens- und Selbstidentifikationsdimension. Außerdem ist eine Übersetzung in den häufig verwendeten Kinsey-Score möglich.

Die Verwendung von getrennten Dimensionen wird vor allem dann unumgänglich, wenn die Dimensionen der sexuellen Orientierung unterschiedlich mit den untersuchten abhängigen Variablen (z.B. Suizidversuchsrate) zusammenhängen, wie beispielsweise die Studie von Remafedi (1991) gezeigt hat. Jugendliche, die sich als schwul oder lesbisch bezeichneten, hatten höhere Suizidversuchsraten angegeben als Jugendliche, die sich vorwiegend homosexuell betätigten, aber nicht als homosexuell bezeichneten. Der Wissenstand ist hier widersprüchlich, denn wie in Kapitel 1.8 angeführt wird, fanden sich Unterschiede in der psychischen Gesundheit und in der Suizidalität zwischen hetero- und nicht-heterosexuellen Personen, *unabhängig* von der verwendeten Dimension der sexuellen Orientierung.

Dies ist eigentlich nicht verwunderlich, denn die Korrelationen der Erlebens-, Verhaltens- und Identitätsdimensionen untereinander sind relativ hoch (Gebhard, 1972), d.h. die Dimensionen sind nicht voneinander unabhängig. Die Kritik von Sell (1996) ist demnach nicht ganz berechtigt. Die Wahl der Dimension ist meines Erachtens eher entscheidend, wenn es um die Klassifikation von strittigen Fällen geht, wie oben gezeigt wurde, oder bei der Untersuchung von Jugendlichen, da hier die Dimensionen der sexuellen Orientierung nicht so hoch miteinander korrelieren wie bei Erwachsenen, was womöglich der Grund für die Unterschiede in der Studie von Remafedi (1991) sind.

Bisexualität

Durch eine multidimensionale Betrachtungsweise hat sich auch die Auffassung von Bisexualität verändert. War sie zuvor als eine Durchgangsphase, oder wurde sie als eine Verleugnung der eigenen Homosexualität betrachtet, und zwar sowohl bei Laien als auch in der wissenschaftlichen Literatur (z.B. Cass, 1979; Harry & Lovely, 1979), gilt sie heute als eine eigene sexuelle Orientierung (R. C. Fox, 1995).

Die Richtung der sexuellen Empfindungen in jüngeren Jahren ist bei bisexuellen Männern und Frauen auch weniger prädiktiv für die spätere bisexuelle Orientierung, im

Gegensatz zu ausschließlich hetero- oder homosexuellen Männern und Frauen (Bell et al., z.n. R. C. Fox, 1995).

Klein (z.n. Fox 1995) definiert verschiedene Arten von Bisexualität:

- transitionale (als Übergangsphase zur Homo- oder Heterosexualität)
- historische (als vergangene sexuelle Orientierung)
- sequentielle (Phasen mit ausschließlich heterosexuellen Beziehungen weichen Phasen mit ausschließlich homosexuellen Beziehungen)
- gleichzeitige (homo- und heterosexuelle Beziehungen werden parallel geführt)

Ross (z.n. Fox 1995) führt noch weitere Kategorisierungen von Bisexualität an:

- abwehrende (um Homosexualität abzuschwächen bzw. verheimlichen)
- verheiratete (wenn jede(r) in einer Gesellschaft heiraten muss)
- rituelle (wenn homo- und heterosexuelle Beziehungen kulturelle Norm sind)
- equal (wenn die sexuelle Orientierung bedeutungslos ist, weil das Geschlecht keine Rolle in der Sexualität spielt)
- latino (wenn die sexuelle Rollenaufteilung beim Analverkehr strikt ist)
- experimentelle (nur wenige homosexuelle Kontakte)
- sekundäre (wenn keine heterosexuellen Möglichkeiten da sind, z.B. im Gefängnis)
- technische (wenn z.B. lesbische Frauen sich Männern prostituieren).

Anhand dieser Kategorien wird wieder deutlich, wie schwierig es ist, eine einheitliche Definition zu finden. Meines Erachtens ist auch hier die Verwendung der Erlebens-Dimension der sexuellen Orientierung am sinnvollsten.

Bisexuelle Kognitionen einer Person x liegen vor, wenn die Person x zumindest eine Person gleichen Geschlechts und zumindest eine Person verschiedenen Geschlechts mental repräsentiert, und wenn diese Repräsentationen entweder mit sexueller Erregung oder romantischen- oder Verliebtheitsgefühlen einhergehen oder dazu führen.

1.3 Häufigkeit von Homo- und Bisexualität

Eine Einschätzung der Vorkommenshäufigkeit von Homo- und Bisexualität ist schwierig. Gebhard (1972) nennt Faktoren, die sich auf die Schätzungen auswirken, und somit auch die Vergleichbarkeit der Studien beeinträchtigen.

- Prä- vs. postpubertäre Messungen. Jugendliche sind sich ihrer sexuellen Orientierung weniger sicher als Erwachsene (Remafedi, 1992). Kumulierte Vorkommens-

häufigkeiten sind unrealistisch hoch, weil z.B. die Sexualkontakte in der Pubertät wenig prädiktiv für die sexuelle Orientierung im Erwachsenenalter sind.

- Verwendung verschiedener Dimensionen (Verhalten, Erleben, Selbstidentifikation).
- Stichprobenverzerrung: Die Prozentsätze an homo- und bisexuellen Personen steigen mit dem Bildungsgrad.

In einer der bisher größten Zufallsstichproben (Remafedi, 1992) mit 36741 Jugendlichen aus den USA ($M = 15$ Jahre) wird deutlich, wie wichtig die Erfassung von verschiedenen Dimensionen von Homosexualität ist und wie sehr diese vom Geschlecht, vom Alter, von der Kultur, vom sozioökonomischen Status und von anderen Variablen abhängen:

Jene Jugendlichen, die Fragen zur sexuellen Orientierung nicht beantworteten, waren jünger, eher nicht-weiß, weniger religiös und hatten einen niedrigeren sozioökonomischen Status.

Nur 1% bezeichnete sich als ausschließlich homo- oder bisexuell. 11% waren sich bezüglich der sexuellen Orientierung nicht sicher, wobei die Unsicherheit mit dem Alter eindeutig abnimmt (26% der 12-Jährigen vs. 5% der 18-Jährigen). Unsichere Jugendliche hatten weniger heterosexuelle Erfahrungen und berichteten häufiger von bisexuellen und von homosexuellen Gefühlen und Fantasien. Männer gaben häufiger an, ausschließlich homosexuell zu sein als Frauen. Der Alterseffekt war hier nicht so stark, d.h. 0.2% bezeichneten sich mit 12, und 0.5% mit 18 Jahren als homosexuell.

Vorwiegend homosexuelle Anziehung ("attraction") wurden von 5% der Jugendlichen berichtet. Auch hier gibt es einen Alters- und Geschlechtseffekt: 2% der 12-Jährigen, jedoch 6% der 18-Jährigen sowie mehr Frauen als Männer gaben vorwiegend homosexuelle "attractions" an. Hispanische und asiatische Jugendliche sowie sozioökonomisch besser gestellte Jugendliche gaben ebenfalls gehäuft homosexuelle Anziehung an, schwarze Frauen und native Amerikaner jedoch weniger. Nur 5% der Jugendlichen, die sich vorwiegend vom gleichen Geschlecht angezogen fühlten, bezeichneten sich als homosexuell.

Bezüglich dem Sexualverhalten gaben 1% homosexuelle Kontakte und 52% heterosexuelle Kontakte an. Männer hatten mehr homosexuelle Erfahrungen als Frauen, und bei Männern nahmen diese Erfahrungen mit dem Alter zu (0.4% mit 12 bis 2.8% mit 18 Jahren). Religiöse Männer gaben weniger gleichgeschlechtliche Erfahrungen an. Nur 27% der Jugendlichen mit homosexuellen Erfahrungen definierten sich als homo- oder bisexuell.

Homosexuelle Fantasien wurden von 3% berichtet, und zwar eher von Frauen als von Männern (3 vs. 2%). 31% der Jugendlichen mit homosexuellen Fantasien gaben an, homo- oder bisexuell zu sein.

Religiosität war bei männlichen Jugendlichen auf allen Dimensionen negativ mit homosexueller Orientierung verbunden. Remafedi führt das darauf zurück, dass in der Bibel nur männliche Homosexualität negativ bewertet wird. Dass sozioökonomisch besser gestellte Jugendliche häufiger über homosexuelles Verhalten und Erleben berichten, könnte auf eine erhöhte Toleranz in diesen sozialen Schichten hinweisen.

Ein wichtiges Ergebnis ist die Unsicherheitsreduktion in der sexuellen Orientierung mit zunehmendem Alter und mit zunehmender sexueller Erfahrung. Dies ist klinisch-psychologisch bedeutsam, denn man könnte daraus schließen, dass intrapsychische Identitätskonflikte mit dem Alter abnehmen (s. Kap. 1.6).

Homosexualität und Bisexualität sind auch im Erwachsenenalter keine Randphänomene. Ungefähr 6% der Männer und 4% der Frauen in einer Zufallsstichprobe gaben zu, dass sie in den letzten 5 Jahren vor dem Befragungszeitpunkt gleichgeschlechtliche Sexualkontakte gehabt hätten. Der Prozentsatz erhöht sich beträchtlich, wenn nach Sexualkontakten in der Zeit nach dem 15. Lebensjahr gefragt wurde (Rust, 2000; Sell, Wells, & Wypij, 1995). Vermutlich stellen diese Zahlen eher Unterschätzungen dar, denn es ist nahe liegend, dass viele Befragte ihre homosexuellen Aktivitäten nicht zugaben. Von den Männern, die in einer Zufallsstichprobe ihre Teilnahme verweigerten und die ein zweites Mal befragt wurden, hatten 17% gleichgeschlechtliche Sexualkontakte, verglichen mit 5% bei den Männern, die bereits an der ersten Befragung teilgenommen hatten (Dixon, z.n. Rust, 2000). Etwa 4% der Männer einer anderen Zufallsstichprobe hatten in den vergangenen Jahren ausschließlich gleichgeschlechtliche Sexualkontakte (Binson et.al, z.n. Rust, 2000). Gleichgeschlechtliche Attraktionen waren dabei immer häufiger als gleichgeschlechtliche Sexualkontakte, homo- oder bisexuelle Selbstidentifikation kam selten vor (ca. 1% bei den Frauen, 2% bei den Männern).

Auch die Methodik, wie Homosexualität erfasst wird, ist zentral für die Schätzung der Vorkommenshäufigkeit. So hatten Turner et al. (1998) herkömmliche Papier- und Bleistift Verfahren mit einem computerunterstützten, automatisiertem Interview verglichen, wobei die Fragen auf dem Bildschirm zu sehen waren und die Instruktionen per Kopfhörer gemacht wurden. Es kam zum Teil zu (erheblichen) Erhöhungen von 2 auf 6% der Berichte über homosexuelles Verhalten.

1.4 Wissenschaftliche Zugänge zu Homosexualität

In diesem Abschnitt sollen zwei wichtige Aspekte thematisiert werden. Einerseits die Frage ob Homosexualität als Kategorie überhaupt berechtigt ist, andererseits die Frage, inwiefern wissenschaftssoziologische Prozesse darauf Einfluss genommen haben und nehmen, wie heute Homosexualität verstanden wird. Es ist nämlich nicht selbstverständlich, dass Fragestellungen wie jene in dieser Arbeit untersucht werden. Eine erhöhte Suizid-

versuchsrate unter homosexuellen Männern und Frauen wäre in der Mitte des letzten Jahrhunderts wahrscheinlich noch als Bestätigung interpretiert worden, dass Homosexualität eine Krankheit ist. Heute werden meist, aber nicht immer, entpathologisierende Positionen eingenommen, und eine erhöhte Suizidversuchsrate wäre z.B. ein Indiz für die soziale Unterdrückung von homosexuellen Personen. Meines Erachtens ist es daher wichtig, an dieser Stelle den wissenschaftshistorischen Hintergrund aus einem sozialkonstruktivistischen Blickwinkel zu betrachten.

Homosexualität als soziale Kategorie

Bisher wurde von einer essentialistischen Position ausgegangen, da die Eigenschaft "homosexuell" als tatsächlich existierend vorausgesetzt wurde. Angesichts der Schwierigkeiten, die einem die Definition von Homosexualität und die Klassifizierung von Personen als homosexuell bereitet, stellt sich die Frage, ob Homosexualität überhaupt eine sinnvolle, objektive Kategorie darstellt. Dies ist auch eine Frage, die sich VertreterInnen des Sozialkonstruktivismus stellen. Nach Hacking (1999) ist allen sozialkonstruktivistischen Positionen gemein, dass sie an folgender Prämisse rütteln:

"Beim gegenwärtigen Stand der Dinge wird X für selbstverständlich gehalten; X scheint unvermeidlich." (Hacking, 1999, S. 28). Für X braucht man nur den zu behandelnden Gegenstand, in diesem Fall "Homosexualität" einsetzen. Diese Selbstverständlichkeit wird, so Hacking, von Sozialkonstruktivisten in verschiedenen Arten kritisiert:

1. X hätte nicht existieren müssen oder müsste keineswegs so sein, wie es ist. X - oder X, wie es gegenwärtig ist - ist nicht vom Wesen der Dinge bestimmt; es ist nicht unvermeidlich.
2. X ist, so wie es ist, etwas Schlechtes.
3. Wir wären sehr viel besser dran, wenn X abgeschafft oder zumindest von Grund auf umgestaltet würde.

Stein (1992) differenziert den ersten Punkt. Demnach gibt es eine schwächere und eine stärkere Form des Sozialkonstruktivismus. VertreterInnen der schwächeren Form postulieren, dass die Kategorie "Homosexuell" ein soziales Konstrukt ist, das erst geschaffen werden muss und keine Selbstverständlichkeit darstellt: "The commitment to a homosexual identity cannot occur in an environment where the cognitive category of homosexual does not exist." (Dank, 1992, S. 75).

Dass (soziale) Kategorien sich erst im Laufe der Zeit und in gewissen Kulturen formen, ist nahe liegend. VertreterInnen der starken Form des Konstruktivismus gehen aber darüber hinaus und bezweifeln, dass mit dem Begriff "Homosexualität" überhaupt auf

eine reale Tatsache hingewiesen werden kann (Haslanger, 2003). Stein (1992) nennt diese Position Leere-Kategorie-Sozialkonstruktivismus, denn die Kategorie "homosexuell" oder "heterosexuell" kann auf niemanden angewendet werden. Die Existenz der sozialen Kategorie Homosexualität wird in diesem Fall geleugnet oder zumindest stark in Zweifel gezogen. Stein (1992) nennt Gründe, die essentialistische Positionen für die Kritik von Sozialkonstruktivisten angreifbar macht: einerseits fehlt oft eine Theorie zur Heterosexualität (z.B. eine Ursachentheorie zur Heterosexualität), andererseits werden oft zu vereinfachte Kategorien verwendet (z.B. nur die Dichotomie Homo- vs. Heterosexualität).

Stein (1992) betont, dass die sozialkonstruktivistische Diskussion von der Anlage/Umwelt-Debatte bzw. der Voluntarismus/Determinismus-Debatte unterschieden werden sollte. So sind nicht alle Essentialisten der Meinung, dass Homosexualität angeboren oder nicht frei wählbar ist, und nicht alle Sozialkonstruktivisten glauben das Gegenteil.

Wie kommt es aber zu Kategorien, die mit der Realität nichts zu tun haben? Vielen Sozialkonstruktivisten ist es ein Anliegen, diese Frage zu beantworten. "Es gälte also, die Tatsache reflexiv zu machen, daß die jeweiligen Begriffe einzelner Disziplinen nur ein aufgrund historischer Zufälle je anderes Ensemble privilegierter Schemata sind und nicht *an sich* einen privilegierten Zugang zur Realität darstellt" (Hark, 1998, S. 15).

In den Sozialwissenschaften *interagieren* die Gegenstände mit den Ideen (Hacking, 1999). In seinem Aufsatz "making up people" meint Hacking (1992), indem er sich auf die philosophische Position des "dynamischen Nominalismus"² bezieht, dass durch das Einführen einer neuen Kategorie Menschen neue Handlungsalternativen bekommen, d.h. dass in diesem Fall homosexuelle Menschen sich so verhaltenen können, wie es die soziale Kategorie "homosexuell" vorgibt. Menschen können aber auch die Kategorien selbst wieder verändern. Die Physik hat es hier leichter, denn "Quarks" zum Beispiel werden nicht auf ihre Klassifikation als "Quarks" reagieren. Für Hacking ist die Erforschung solcher Interaktionen die zentrale Aufgabe des Sozialkonstruktivismus. Stein (1992) nennt dies den "positiven" Aspekt des Sozialkonstruktivismus, im Gegensatz zu den negativen Aspekten der Kritik an den Kategorien bzw. Kategorisierungen.

Unter *Konstruktivismus* oder sozialem Konstruktivismus (wenn gelegentlich das Soziale betont werden muß), verstehe ich also verschiedene soziologische, historische und philosophische Projekte, bei denen es um die Darstellung oder Analyse von wirklichen, historisch eingebundenen, sozialen Interaktionen oder kausalen Wegen geht, die zur Entstehung oder Durchsetzung einer derzeit gegebenen Entität oder Tatsache geführt haben oder daran beteiligt waren. (Hacking, 1999, S. 81)

²Unter Nominalismus versteht man die Ansicht, dass Begriffe und Kategorien nichts mit der Wirklichkeit zu tun haben. Dynamischer Nominalismus bedeutet, dass die Realität und die Begriffe miteinander interagieren.

Im Folgenden sollen einige dieser Prozesse, die die Entstehung der Kategorie "Homosexualität" beeinflusst haben, dargestellt werden.

Wissenschaftshistorischer Abriss

Von der Justiz zur Medizin: Der Französische Philosoph Michel Foucault hat in seinem 1976 erschienenem Werk *Historie de la sexualité*, vor allem im ersten Band *La volonté de savoir*, einen Grundstein für sozialkonstruktivistische Positionen gelegt, indem er zeigte, wie stark historische, soziologische und politische Faktoren unser Verständnis von Sexualität über die Zeit hinweg beeinflusst haben und wie es zu einem pathologisierenden Verständnis von Homosexualität gekommen ist. Deshalb seien seine Positionen kurz dargestellt.

Sexualität als wissenschaftlichen Gegenstand zu behandeln war für Foucault das Dispositiv der Macht. Der Begriff des Dispositivs meint Vorkehrungen, die zur Durchführung von militärischen, juristischen, medizinischen oder ähnlichen Maßnahmen notwendig sind. "Das Wesentliche aber ist die Vermehrung der Diskurse über den Sex, die im Wirkungsbereich der Macht selbst stattfindet: institutioneller Anreiz, über den Sex zu sprechen, und zwar immer mehr darüber zu sprechen; von ihm sprechen zu hören und ihn zum Sprechen zu bringen in ausführlicher Erörterung und endloser Detailanhäufung" (Foucault, 1983, S. 28). So kann beispielsweise das Wissen über die sexuelle Entwicklung zur gesetzlichen Regelung des Heiratsalters herangezogen werden. Ein anderes Beispiel ist die Geschlechtertrennung in den Schulklassen im 18. Jhdt. durch die "Erkenntnis" von Pädagogen, dass Schüler potentiell sexuelle Wesen sind und dies problematisch schien. Foucault spricht in diesem Zusammenhang auch mit der "Implantierung" oder "Einpflanzung" der Sexualität in die Kinder. Dieses Schaffen einer neuen Realität trifft den Kern des Sozialkonstruktivismus: "Wenn man sie austreut [die verschiedenen Klassifizierungen von Sexualitäten, Anm.], so geht es darum, das Wirkliche mit ihnen zu durchsäen und sie dem Individuum einzukörpern" (Foucault, 1983, S. 59). Dass diese Kategorien von der Medizin entwickelt wurden, verstärkte die Implantierung, denn medizinische Kategorien müssen biologische Kategorien sein.

Foucault vertrat aber eher die schwächere sozialkonstruktivistische Position: "Wirklich. Die vielfältigen Sexualitäten - diejenigen, die auf verschiedenen Altersstufen auftreten (Sexualitäten des Säuglings oder des Kindes), diejenigen, die sich an Neigungen und Praktiken heften (Sexualität des Homosexuellen, des Gerontophilen, des Fetischisten [...]) "Diese polymorphen Verhaltensweisen sind wirklich aus Körper und Lüsten der Menschen extrahiert worden - oder besser: in ihnen verfestigt, von vielfältigen Macht-dispositiven hervorgerufen worden; sie sind ans Licht gezerrt, isoliert, intensiviert und einverleibt worden" (Foucault, 1983, S. 64).

Mit dem neuen Wissen über den Sex entstanden nicht nur neue Kategorien sondern

auch neue Normen. Das führte dazu, dass es mehr verurteilbare "Perversionen" gab, je mehr über den Sex gesprochen wurde. Normen und Regeln wurden vor dem 18. Jhdt. durch das kanonische Recht, die christliche Pastoraltheologie und das Zivilrecht aufgestellt. Sexualität hatte in der Ehe zu passieren. Die Überwachung betraf weniger genitale Aspekte der Sexualität als vielmehr Verletzungen der Regeln (z.B. Ehebruch).

Foucault stellt fest, dass sich im 18. und 19. Jhdt. die Kontrolle der Sexualität dann von der Ehe auf die Abweichung von der Ehe verlagert hat. Ehe veränderte sich von einer moralischen Kategorie zu einer *natürlichen*. War vorher die Sodomie als "Ausschweifung" verurteilt, ist sie nun "widernatürlich". Selbstbefriedigung von Kindern wurde bestraft, und Perversionen wurden implantiert:

Die neue Jagd auf die peripheren Sexualitäten führt zu einer *Einkörperung der Perversionen* und einer neuen *Spezifizierung der Individuen*. Die Sodomie - so wie die alten zivilen und kanonischen Rechte sie kannten - war nur ein Typ von verbotener Handlung, deren Urheber nur als ihr Rechtssubjekt in Betracht kam. Der Homosexuelle des 19. Jahrhunderts ist zu einer Persönlichkeit geworden, die über eine Vergangenheit und eine Kindheit verfügt, einen Charakter, eine Lebensform, und die schließlich eine Morphologie mit indis-keter Anatomie und möglicherweise rätselhafter Physiologie besitzt. Nichts von alledem, was er ist, entrinnt seiner Sexualität (Foucault, 1983, S. 58).

Oder kurz gesagt, "der Sodomit war ein Gestrauchelter, der Homosexuelle ist eine Spezies" (Foucault, 1983, S. 58).

Indem sich die Mediziner mit der Sexualität zu befassen begannen, pathologisierend oder entpathologisierend, fand nach und nach ein Machtwechsel statt: zunächst war Homosexualität ein Gegenstand der Strafjustiz, später einer der Medizin bzw. Psychiatrie. Ein Grund dafür mag gewesen sein, dass Gerichtsgutachten immer häufiger von Medizinern erstellt wurden (Eder, 1997). Anhand eines Zitats von Károly Mária Kertbeny, dem Begründer des Begriffes "Homosexualität" soll die "Implantierung" verdeutlicht werden.

Neben dem normalsexualen Triebe der gesamten Menschheit und des Thierreiches scheint der Natur in ihrer souveränen Laune bei Mann wie Weib auch den homosexuellen Trieb gewissen männlichen wie weiblichen Individuen bei der Geburt mitgegeben, ihnen eine geschlechtliche Gebundenheit verliehen zu haben, welche die damit Behafteten sowohl physisch als geistig unfähig macht, auch bei besten Willen, zur normalen Erection zu gelangen, also einen direkten Horror vor dem Gegengeschlechtlichen voraussetzt, und es dem mit dieser Leidenschaft Behafteten ebenso unmöglich macht, sich dem Eindrucke zu entziehen, welchen einzelne Individuen des gleichen Geschlechts auf sie ausüben. (Kertbeny, 1869, S. 48).

Mit dem Wissen über die Sexualität werden nach Foucault auch neue Normen geschaffen. Bührmann (1998) unterscheidet hier einerseits so genannte Flexibilitätsnormen, die statistische Erkenntnisse zur Normierung verwendet. So zum Beispiel die Anzahl der Orgasmen, die erst ab der Kinsey-Studie verwendet wurden (Kinsey et al., 1948, 1953). Der Protonormalismus andererseits wurzelt in der Sexualpathologie Krafft-Ebings (z.B. Krafft-Ebing, 1886/1993), in der die Sexualität im Dienste der Fortpflanzung zur Norm erhoben wurde. Krafft-Ebbing unterscheidet zwei Arten von Perversionen: Ausrutscher (i.S.v. Nothomosexualität) und die “eigentlich Perversen”, deren Homosexualität angeboren ist (Eder, 1997). Homosexualität war hier die prototypische Anormalität, die “Modellperversion”. Es schien, dass mit der Schaffung des “Homosexuellen” die Diskussion begann, ob Homosexualität krankhaft sei oder nicht.

Entkriminalisierung und -pathologisierung durch “Naturalisierung”: Schon Ende des vorletzten Jahrhunderts wurden “wissenschaftliche Erkenntnisse” über das Phänomen Homosexualität zur Entkriminalisierung und Entpathologisierung verwendet (z.B. Hirschfeld, 1914; Kennedy, 2001; Krafft-Ebing, 1886/1993).³ Karl Heinrich Ulrichs zum Beispiel postulierte ein natürliches drittes Geschlecht, die “Urninge”, “deren Körper männlich gebaut ist, welche gleichwohl aber geschlechtliche Liebe zu Männern, geschlechtlichen Horror vor Weibern empfinden” (z.n. Kennedy, 2001). Er selbst ordnete sich in aller Öffentlichkeit den Urningen zu. Urninge hätten das Recht, ihrer Neigung nachzugehen, da diese ja angeboren sei.⁴

Seeck (1998) datiert den Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Homosexualität mit dem Begründen der *Sexualwissenschaft* durch Blochs 1907 erschienenem “Das Sexualleben unserer Zeit”, bzw. mit der von Magnus Hirschfeld (der selbst homosexuell war) herausgegebenen “Zeitschrift für Sexualwissenschaften”. Laut Seeck waren von Anfang an Aufklärung, das Schweigen brechen, Kritik an der christlichen Moral, Straffreiheit von Homosexualität etc. über das Erkenntnisinteresse hinausgehende Ziele. Wissenschaftler wie Magnus Hirschfeld “versteckten” ihre emanzipatorischen Zwecke im “wissenschaftlichen Mäntelchen”. Dose (1998) spricht in diesem Zusammenhang von “Tarnvereinen”, in denen Forscher wie Hirschfeld vor Gericht als Experten auftraten, nicht als homosexuelle Personen. Die drei wichtigsten “Tarnvereine”, die sich

³ In Österreich wurde die Todesstrafe für homosexuelle Handlungen erst 1787/1803, in Preußen 1794 in Haftstrafen umgewandelt [Blazek, z.n. Eder (1997, S. 20)]. Aus dem österr. Strafgesetzbuch verschwand erst 1971 der Begriff “widernatürliche Unzucht” (Schmutzer, z.n. (Hey, Pallier, & Roth, 1997, S. 13)).

⁴Das Freie Deutsche Hochstift reagierte 1865 auf seine Thesen mit dem Ausschluss Ulrichs aus dem Hochstift, da in dessen Satzungen nur Männer und Frauen, aber keine Urninge Mitglieder sein können (Kennedy, 2001)

in der Öffentlichkeit von persönlichen und politischen Interessen distanzierenden, waren das Wissenschaftlich humanitäre Komitee (WhK), die Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), die für die Abschaffung des Verbotssparagrafen §175 eintrat, und die Gesellschaft zur Förderung sozialwissenschaftlicher Sexualforschung (GFSS), später DGSS. Sie stellten ihre Tätigkeit als objektive, rationale und positivistische Forschung dar. Man könnte es auch mit Foucault sagen “die Inhalte codiert und die Sprecher qualifiziert” (Foucault, 1983, S. 43).

Biologische Sichtweisen von Homosexualität zu deren Entkriminalisierung bzw. Entpathologisierung beinhalten oft die problematische moralische Prämisse “was natürlich ist, ist gut”, zumindest implizit (Seeck, 1998). Dieser moralische Satz ist auch in der Allgemeinbevölkerung wirksam, denn die Einstellung gegenüber Homosexualität wird davon beeinflusst, ob sie frei wählbar ist oder nicht (Überblick in Le Vay, 1996). Dass diese moralische Position bedenklich ist, wird deutlich, wenn man sie z.B. auf Erkenntnisse der Soziobiologie anwendet, wonach auch die Tötung von genetisch nicht-verwandten Familienmitgliedern wie PartnerInnen oder Stiefkinder als natürliche, d.h. soziobiologisch erklärbare Verhaltensform zur Maximierung der genetischen Fitness biologisch erklärbar sind (Daly & Wilson, 1998). In der wissenschaftlichen Literatur findet man tatsächlich Hinweise darauf, dass nicht-biologische Positionen auch in neuerer Zeit mit einer Abwertung von Homosexualität einhergehen. Für McIntosh (1968) ist Homosexualität nicht biologisch determiniert, sondern eine *Rolle*.⁵ So wie bei Kriminellen läge die Gefahr in einer homosexuellen Rollenzuschreibung “als eine Technik zur sozialen Kontrolle” darin, dass “eine Tendenz für Personen besteht, in ihrer Devianz fixiert zu werden, wenn sie ein Label bekommen” (McIntosh, 1968, S. 184, eigene Übers.).

Neben Naturalisierungsstrategien wurde parallel zur Sexualpathologie von einzelnen “Vorkämpfern” auch auf die Antike referiert, genauer auf die “sokratische Liebe” zwischen Männern, um Homosexualität zu entpathologisieren (Eder, 1997, S. 23,26)).

Die Notwendigkeit der Selbstreflexion in den Wissenschaften: “Wissenschaftliche” Ergebnisse sind bis in die neuere Zeit manchmal eher Ausdruck von Homophobie als ein objektiver Erkenntnisgewinn. Ein Beispiel hierzu aus der Forschung, in der das stereotype Bild des schwulen Mannes gezeichnet wird. “Sie verbringen ihre Zeit mit endlosem Getratsche über sexuelle Affären der Mitglieder [der Szene] oder anderen bekannten Homosexuellen” (Leznoff & Wesley, 1956, S. 262, eigene Übers.). Der offene Homosexuelle (overt homosexual) wird unter anderem durch die Merkmale “ungehindertes Praktizieren von Homosexualität” charakterisiert. Weder wurden Vergleiche mit heterosexuellen

⁵Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff Rolle als Ursache der Homosexualität findet sich bei Whitam (1977). Vor allem die Tatsache, dass sich die meisten schwulen Männer schon vor dem Kontakt mit der “Szene” über ihre homosexuellen Gefühle bewusst sind, und dass es für “prähomosexuelle” Kinder meist kein “Skript” für die homosexuelle Rolle gibt, spricht gegen die Rollentheorie

Männern gemacht, noch wurden Frauen beobachtet, und es finden sich wertende Begriffe wie "Getratsche". Über schwule Männer wird wie eine besondere Spezies berichtet und Merkmale, die vermutlich völlig ident sind wie bei heterosexuellen Personen werden herausgestrichen: "Die diversen versteckten und offenen Homosexuellen sind durch freundschaftliche oder sexuelle Beziehungen miteinander verbunden" (Leznoff & Wesley, 1956, S. 263, eigene Übers.). Über gesellschaftliche Diskriminierung wird kein Wort verloren. "Die Ergebnisse dieser Art von Forschung waren oftmals der wissenschaftlichen Bestätigung der eigenen Homophobie und der Stigmatisierung der homosexuellen Lebensweise als Abweichung dienlicher als dem Erkenntnisfortschritt über homosexuelle Lebensweisen" (Hey et al., 1997, S. 8).

Wie sehr gesellschaftliche Prozesse in den Wissenschaften wirksam wurden, verdeutlicht auch die Tatsache, dass weibliche Homosexualität bis Ende zum Ende des 19. Jahrhunderts kaum erwähnt wurde und auch nach der Entpathologisierung mehr Studien über schwule Männer als lesbische Frauen publiziert wurden (Eder, 1997, S. 61).

In der Sexualwissenschaft werden oft implizite, zum Teil wertende Prämissen angenommen, die Sozialkonstruktivisten explizit gemacht haben. Deutlich wird dies in den naturwissenschaftlichen Studien zur Erforschung der Ursachen von Homosexualität. "Psychologische Erklärungen, die die Ursachen für Homosexualität in der Sozialisation suchen, implizieren meist unausgesprochen, daß der normale Entwicklungsverlauf in die Heterosexualität mündet" (Hey et al., 1997, S. 10). Hier möchte ich ebenfalls einhaken und ergänzen, dass auf der Suche nach biologischen Ursachen von Homosexualität hauptsächlich negative/schädigende Faktoren diskutiert werden. Dies war lange bei psychoanalytischen Erklärungen der Fall (Überbl. bei Winiarski, 1993), aber auch bei biologischen Erklärungen. Zuviel Stress der Mutter oder andere schädliche Einflüsse, z.B. Alkohol, sollten zur Entstehung von Homosexualität führen (z.B. Dörner et al., 1980; Ward, Ward, Denning, Hendricks, & French, 2002). Es ist fraglich, ob hinter diesem Forschungsansatz nicht die implizite Prämisse "Homosexualität entsteht durch schädigende Einflüsse" steckt. Es könnte auch sein, dass sich nicht-schädigende oder neutrale Faktoren fänden, würde nur danach gesucht werden.

Hofmann (1997) meint, dass die Wissenschaft verpflichtet ist, auf die zeitliche Beschränktheit des Gegenstandes hinzuweisen, und die Machtverhältnisse explizit zu machen. Künftige "Machtwechsel" sind tatsächlich leicht denkbar. So könnte Homosexualität mehr und mehr ein kapitalistischer Gegenstand werden, da die meisten schwulen Männer und lesbischen Frauen nicht "ehe-, familien- und kinderbehindert" (Beck, 2003/1986) und somit *die* Konsumenten ("pink capital"), bzw. prototypische ArbeitnehmerInnen sind: flexibel, mobil, bindungslos und somit anpassungsbereit (Hegener, 1998). Eine Sammlung verschiedener Umgangsweisen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung in den verschiedenen Kulturen und Zeiten ist das Buch von Greenberg (1988).

Ebenso meint Roth (1998, S. 362): “*Homo- und Queer-Studies* müssen sich nicht nur darin bewähren, ebenso authentisch wie kritisch/selbstkritischer Ausdruck von schwul-lesbischen Lebensweisen und Vergesellschaftungsformen zu sein, sondern sie müssen sich auch in ihrem Beitrag zur allgemeinen Gesellschaftskritik und Herrschaftsanalyse ausweisen.” Ein meiner Meinung nach hervorragendes Beispiel für eine solche Arbeitsweise ist die Studie von Adam (1978), der gefundene oder nicht gefundene Selbstwertunterschiede bei farbigen und weißen Personen kritisch interpretiert. Er zeigt eindrucksvoll, wie das Konstrukt “Selbstwert” eingesetzt wurde, um negative Effekte der Diskriminierung oder aber deren nicht-Vorhandensein nachzuweisen. Der verringerte Selbstwert von schwarzen Kindern wurde in den Studien von 1929 bis in die fünfziger Jahre als Indiz für einen psychologischen Schaden aufgrund von Diskriminierungserfahrungen betrachtet. In den siebziger Jahren wurden dann “no-difference” Studies publiziert. Studien, die Unterschiede fanden, kamen in Gefahr, rassistisch zu wirken: “Finding something wrong with minorities began to look reactionary as research operationalizing slid out of the dialectic of subordinated subject and oppressive society and into the language of pathology (p. 48)”. Adams warnt davor, das Fehlen von Unterschieden (z.B. im Selbstwert) als Zeichen zu sehen, dass Minoritäten nicht mehr unterdrückt werden. Das Fehlen von Unterschieden kann auch bedeuten, dass unpassende Messmethoden verwendet wurden. So hat die Rosenberg-Skala keinen Bezug auf die Zugehörigkeit zu Randgruppen, also wird eher personaler als rassenbezogener Selbstwert gemessen (Porter, 1971).

Das “moderne” Verständnis von Homosexualität in der Psychologie ist die einer Variante in der sexuellen Entwicklung. Homosexualität ist keine Krankheit (mehr). Die Amerikanische Psychologische Vereinigung (APA) gibt folgende Erklärung, warum Homosexualität so lange als psychische Krankheit kategorisiert worden ist:

Homosexuality was thought to be a mental illness in the past because mental health professionals and society had biased information about homosexuality since most studies only involved lesbians and gay men in therapy. When researchers examined data about gay people who were not in therapy, the idea that homosexuality was a mental illness was found to be untrue (American Psychological Association, 2000).

Wie von Foucault und anderen Sozialkonstruktivist*innen gezeigt wurde, greift diese Erklärung viel zu kurz. Weniger das Methodenproblem der Verfälschtheit von Informationen, sondern politische Prozesse (Entkriminalisierung, aber auch Pathologisierung von Homosexualität mit wissenschaftlichen Ergebnissen), Machtwechsel in den Wissenschaften (Homosexualität wurde ein medizinischer Gegenstand anstelle eines juristischen), Homophobie in der Gesellschaft, implizite ethische Positionen in den Wissenschaften und vieles mehr determinier(t)en die jeweilige Auffassung von Homosexualität.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass zufällig ausgewählte homo- und bisexuelle Personen gehäuft über psychische Störungen berichten (s. Kap. 1.8). Damit wäre die Argumentation der American Psychological Association (2000) zumindest aufgeweicht. Es ist, nach dem heute gängigen Verständnis, nahe liegend, dass gesellschaftliche Prozesse, wie z.B. Diskriminierung, die schlechtere psychische Verfassung von homo- und bisexuellen Personen erklären können. Dies wird auch im empirischen Teil dieser Arbeit versucht, nachzuweisen. Bisher fehlt allerdings eine wissenschaftstheoretische Fundierung dieser Art der Erklärung.

1.5 Lesbische, schwule und bisexuelle Menschen als spezielle Minorität

Herek (1991) nennt vier wesentliche, empirisch untermauerte Merkmale von homo- und bisexuellen Personen, mit denen sie als Minderheit klassifiziert werden können:

- Homo- und bisexuelle Menschen machen ein untergeordnetes Segment in der staatlichen Gesellschaft aus.
- Der dominantere Teil der Gesellschaft schreibt homo- und bisexuellen Personen einen niedrigen Wert zu.
- Homo- und bisexuelle Menschen schließen sich bewusst durch ihre untergeordnete und abgewertete Rolle zu einer “community” zusammen.
- Homo- und bisexuelle Menschen werden aufgrund ihres Status’ anders behandelt. Darunter fallen auch Diskriminierungen bis hin zu Gewalttaten.

Herek (1991) bezeichnet homo- und bisexuelle Personen auch als *religiöse Minderheit*, weil Homosexualität in vielen Religionen als moralisch schlecht bewertet wird, und somit persönliche moralische Werte von religiösen Menschen verletzen. Ein Hinweis dafür ist der Zusammenhang zwischen Religiosität und Homophobie (s. Abschn. 1.7). Weiters können homo- und bisexuelle Personen als auch *politische Minderheit* betrachtet werden, weil sie sich oft öffentlich für gleiche Rechte einsetzen. Nach Gonsiorek (1995) sind folgende Eigenschaften spezifisch für die Minderheit der homo- und bisexuellen Menschen:

- Ob man öffentlich zur Minorität zugeordnet wird, ist meist frei entscheidbar (außer jemand wird geoutet). Nach Goffman (1963/2001) ist jemand aufgrund seiner/ihrer Homosexualität “diskreditierbar”, d.h. die Eigenschaft, homosexuell zu sein, ist nicht offensichtlich, im Unterschied zu z.B. Schwarzafrikanern, die hierzulande aufgrund ihrer Hautfarbe offensichtlich einer Minorität zugeordnet werden können.

- Die Konsequenzen, die eine öffentliche Zugehörigkeit zur Minorität mit sich bringen, sind schwierig einzuschätzen, da meist keine Erfahrungen von anderen bekannt sind und die Konsequenzen oft tatsächlich nicht einschätzbar sind.
- Der Minderheitenstatus ist horizontal organisiert, weil es sich nicht um eine intergenerationale Angelegenheit handelt. Es können hier keine Werte, Normen, Erfahrungen oder Ähnliches von den älteren Generationen übernommen werden.
- Schwule, lesbische und bisexuelle Männer und Frauen gehören erst ab einem gewissen Alter der Minorität an, meist im jugendlichen oder frühen Erwachsenenalter.

Für den Status einer Minderheit spricht auch, dass die Lebenswelt schwuler Männer die Kriterien einer Gettoisierung erfüllt, z.B. sozial isolierte Subkultur, spezifische Bevölkerung in den betreffenden Stadtteilen, weniger Kontakt zu heterosexuellen als zu schwulen Männern usw. (Levine, 1979). Dies könnte allerdings ein Effekt des Stadtlebens sein. In der Studie von Bochow (1998) betonten die Befragten aus ländlichen Regionen ihre Eingebundenheit in ihre lokale soziale Struktur.

Homo- und bisexuelle Menschen sind Problemen ausgesetzt, die heterosexuelle Menschen nicht bewältigen müssen. Bei einer Befragung von fast 1000 homo- und bisexuellen Personen nach belastenden Situationen, die mit ihrer sexuellen Orientierung zusammenhängen, konnten folgende Stressoren gefunden werden, die sich inhaltlich wie folgt aufgliedern lassen können (Lewis, Derlega, Berndt, Morris, & Rose, 2001):

Coming Out und Identitätsmanagement: Intrapyschische Konflikte mit der sexuellen Orientierung, Offenheit der Familie und den Freunden gegenüber, Offenheit am Arbeitsplatz und in der Öffentlichkeit,

Diskriminierung und Gewalt: Gewalt, gesellschaftliche Ignoranz und Ablehnung, Diskriminierung am Arbeitsplatz und allgemeine Diskriminierung (z.B. Mietsangelegenheiten, Pathologisierungen), Reaktion der Familie auf die sexuelle Orientierung, Reaktion der Familie auf den/die PartnerIn.

HIV/AIDS

Diese Faktoren hingen signifikant mit Depressivität zusammen, sind also relevant für die psychische Gesundheit (Lewis et al., 2001). In den folgenden drei Kapiteln wird näher auf die Faktoren Coming Out und Diskriminierung eingegangen, um deren Bedeutung für die psychische Gesundheit besser zu verstehen. Die HIV/AIDS-Problematik würde den Rahmen dieser Dissertation sprengen, wobei aber auf HIV/AIDS-relevante Risikofaktoren hingewiesen wird.

1.6 Identitätsentwicklung und Coming Out

Wenn nun der alte Bund zerriß? Sie fürchtete die Folgen, die dieses Zerreißen haben mußte. Bald würde sie aufstehen, Mara wecken, mit ihr ins Schlafzimmer gehen. Sie würden die Kleider abstreifen; mühselig würde es sein, aber es gehörte dazu, so mußte begonnen sein. Ein Neubeginn würde es sein. Aber wie soll man sich nackt machen, beim allerersten Mal? Wie soll das geschehen, wenn man sich nicht verlassen kann auf Haut und Geruch, auf eine von vieler Neugierde genährte Neugier: Wie eine Neugier herstellen zum ersten Mal, wenn noch nichts ihr vorausgegangen ist? (Bachmann, 1961/2001, S. 128)

In diesem Kapitel wird auf eine wichtige, aber oft schwierige entwicklungspsychologische Phase homo- und bisexueller Menschen eingegangen, nämlich die Phase der Identitätsfindung. Viele internale und externale Stressoren, denen homo- und bisexuelle Frauen und Männer ausgesetzt sind, hängen mit der Identitätsfindung und mit dem Coming Out zusammen und können Krisen auslösen (Lewis et al., 2001).

1.6.1 Allgemeine Überlegungen und empirische Ergebnisse

Der Begriff “Coming Out” wird in der Fachliteratur mehrdeutig verwendet (R. C. Fox, 1995). Damit kann erstens die Selbstakzeptanz gemeint sein, d.h. die Akzeptanz der eigenen Homo- oder Bisexualität, zweitens die beginnende Frequentierung der Homosexuellen-Szene oder drittens die Identifikation gegenüber anderen Personen als homo- oder bisexuell (engl. “disclosure”). In dieser Arbeit wird Coming Out in der letztgenannten Bedeutung verwendet.⁶

Diese drei Bedeutungen von “Coming Out” stellen gleichzeitig die wichtigsten Schritte in der Identitätsentwicklung dar, wie in Abschnitt 1.6.2 gezeigt wird. Coming Out - im Sinne der Identifikation gegenüber anderen - und Identitätsentwicklung sind verschiedene Prozesse, die aber eng miteinander zusammenhängen (Troiden, 1989). Zur Integration der Homo- oder Bisexualität in die eigene Identität ist es wichtig, andere davon wissen zu lassen. Ein Indiz dafür ist die Korrelation zwischen positiver Selbst-Definition und Selbstakzeptanz (geringere internalisierte Homophobie) mit der Offenheit und dem geoutet-sein in der Familie bei schwulen Männern (Elizur & Mintzer, 2001). Ausgangs-

⁶ Der Begriff Coming Out kann auch als politische Stellungnahme interpretiert werden, weil es bestehende gesellschaftliche Normen in Frage stellen kann (Raupp, 1998). Andere AutorInnen sind der Meinung, dass Coming Out ein sexistischer Begriff ist, weil er eine definitive sexuelle Orientierung als Entwicklungsende impliziert, was bei lesbischen Frauen weniger der Fall ist (Golden, z.n. Gonsiorek, 1995). Coming Out könnte auch als homosexistisch interpretiert werden, denn oft wird nur der Vorgang der Akzeptanz der eigenen Homosexualität damit benannt. Dahinter kann die implizite Annahme stehen, dass die sexuelle Orientierung dichotom ist. Bisexualität wird oft ausgeklammert (R. C. Fox, 1995).

punkt der Identitätsentwicklung von homo- oder bisexuellen Frauen und Männern ist die Auseinandersetzung mit dem Selbst- und Fremdbild.

Konflikte mit dem Fremdbild: Normalerweise wird von anderen Personen angenommen, sie seien heterosexuell. Erst durch explizite anderweitige Information wird diese Attribuierung geändert (Überbl. bei Whitman, Cormier, & Boyd, 2000). Deshalb obliegt es meist den homo- oder bisexuellen Personen, ihre sexuelle Orientierung geheim zu halten oder offen zu legen. Goffman (1963/2001) spricht in diesem Zusammenhang von homosexuellen Menschen als “diskreditierbare” Personen, im Gegensatz zu “diskreditierten” Personen, bei denen das Stigma offensichtlich und nicht zu verbergen ist.

“Wegen der großen Belohnungen, die die Tatsache, als normal betrachtet zu werden, mit sich bringt, werden fast alle Personen, die die Möglichkeit haben zu täuschen, dies auch bei irgendeiner Gelegenheit absichtlich tun” (Goffman, 1963/2001, S. 96). Für homo- und bisexuelle Personen wird dafür auch oft der Begriff “passing” verwendet (Cass, 1979). Man könnte ihn sinngemäß übersetzen: “als heterosexuell *durchgehen*”. Passing kann verschiedenartigst praktiziert werden: Die Vermeidung von bedrohlichen Situationen (Bälle, Feste, bei denen der Partner bzw. die Partnerin erwartet wird), Kontrolle der persönlichen Information (über Privates nicht reden), das Bild des Hetero- oder Asexuellen vermitteln und die Verleugnung der homo- oder bisexuellen Orientierung (Cass, 1979). Dabei kann eher passiv/reagierend oder aktiv/intervenierend vorgegangen werden. Goffman (1963/2001) zählt diesbezüglich mehrere Techniken der sozialen Informationskontrolle auf: Verwendung von “disidentifiers” (Ehering tragen, oft in andersgeschlechtlicher Begleitung erscheinen), Aufspaltung der sozialen Umwelt in Gruppen, die nichts, und in Gruppen, die alles wissen, Verweigern oder Vermeiden von Intimitätsannäherungen oder der Wechsel in anonymere Orte wie Großstädte. Goffman beschreibt auch die Konsequenzen, die das Täuschen mit sich bringt:

- sich mehr und mehr in Lügenkonstruktionen verstricken
- erpressbar oder bloßgestellt werden können
- nicht erfahren können, was die anderen wirklich über einen denken
- enge vertraute Personen können das Geheimhalten als Vertrauensbruch werten, wenn sie doch über das Stigma erfahren
- Aufteilen der Lebenswelt in öffentliche und geheime Bereiche (z.B. wenn Homosexualität in einschlägigen Parks gelebt wird), mit dem Risiko, dort ertappt und somit unfreiwillig geoutet zu werden

Goffman spricht auch die psychische “Zerrissenheit” von Menschen an, die andere bezüglich ihres Stigmas täuschen. Jemand, der nicht geoutet ist, wird vermutlich auch,

wenn im Freundeskreis diskriminierend über Homosexualität gesprochen wird, nicht intervenieren oder sich sogar den diskriminierenden Meinungen anschließen, um täuschen zu können.

Schließlich schildert Goffman, wie sich Personen, die ihr Stigma verstecken, in sozialen Situationen anders verhalten: “Das Individuum mit einem geheimen Fehler muss sich demnach der sozialen Situation in der Art eines ständig Abtastens von Möglichkeiten bewusst sein und neigt daher dazu, der unkomplizierten Welt entfremdet zu werden, in der die Menschen seiner Umwelt offensichtlich leben.” (Goffman, 1963/2001, S. 113). Er zitiert einen schwulen Mann: “Die Anspannung, meine Familie und Freunde zu hintergehen, wurde oft untragbar. Es war notwendig für mich, auf jedes Wort, das ich sprach, und jede Geste, die ich machte, achtzugeben, damit ich mich nicht verriet” (Goffman, 1963/2001, S. 114).

In diesem Zusammenhang ist es erwähnenswert, dass viele homo- und bisexuelle Männer und Frauen verheiratet sind. Ein bis ca. zwei Prozent der verheirateten Männer in der Studie von Gebhard (1972) konnten als ausschließlich homosexuell eingestuft werden. In einer amerikanischen Zufallsstichprobe waren 31% der Männer und 21% der Frauen, die gleichgeschlechtliche Sexualkontakte in den letzten fünf Jahren hatten, zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet (Gilman et al., 2001). Anzumerken ist, dass bei den genannten Untersuchungen persönliche Interviews geführt wurden und diese Zahlen vermutlich eher Untergrenzen darstellen. Es ist nahe liegend, dass bei verheirateten homo- und bisexuellen Personen die Diskrepanz des Selbst- und Fremdbildes groß ist.

Konflikte mit dem Selbstbild - Internalisierte Homophobie: Passing kann einerseits zum bewussten Stigma-Management eingesetzt werden, um eventuell negative Konsequenzen abzuwenden, die durch ein Coming Out hervorgerufen werden könnten. Andererseits kann Passung auch als Abwehrstrategie fungieren, die mit einer Selbstverleugnung und einer möglichen Selbstwerterniedrigung einhergeht (Goffman, 1963/2001). Cass (1979) geht in ihrem Modell genauer auf die psychischen Folgen dieser Abwehr ein (s. Punkt 1.6.2). Coming Out und Identitätsfindung sind für homo- und bisexuelle Menschen einerseits schwierig, weil Homosexualität gesellschaftlich negativ bewertet wird, bis hin zu Diskriminierung und Gewalt (s. Kap. 1.7). Andererseits kann die negative Einstellung zur Homosexualität von homo- und bisexuellen Personen übernommen und internalisiert werden. Die negative Einstellung zur eigenen Homosexualität wird mit “internalisierter Homophobie” bezeichnet⁷

Es ist plausibel anzunehmen, dass Kinder, noch bevor sie die sexuelle Natur ihrer

⁷Williamson (2000) weist auf die Problematik des Begriffes “internalisierte Homophobie” hin: Zum Beispiel herrscht keine Einigkeit über die Definition, und die Gefahr besteht, den Fokus zu sehr auf das Individuum zu lenken, und weniger auf die homophobe Sozietät. Allerdings gibt es zahlreiche Indizien für die Relevanz von internalisierter Homophobie mit der psychischen Gesundheit.

gleichgeschlechtlichen Empfindung entdecken und verstehen, schon die negative Bewertung von Homosexualität von Seiten der Gesellschaft erfahren und übernehmen (Gonsiorek, 1995). Tatsächlich finden sich einigermaßen hohe Zusammenhänge zwischen den Einstellungen gegenüber Homosexuellen bei den Eltern und den Jugendlichen bzw. den besten Freunden (Altemeyer, 2001). Internalisierte Homophobie kann sich in offensichtlich pathologischem Verhalten ausdrücken, z.B. im Substanzmissbrauch (siehe Bux, 1996), oder anderen Formen selbstzerstörerischen Verhaltens (Gonsiorek, 1995). Eine negative Einstellung zur eigenen sexuellen Orientierung ist auch mit einer schlechteren psychischen Verfassung verbunden. Meist aber werden subtilere Formen und Konsequenzen internalisierter Homophobie sichtbar, wie Karriereverzicht oder Toleranz von diskriminierendem Verhalten. Möglicherweise generalisiert sich die internalisierte Homophobie auf eine allgemeine Selbstabwertung (Gonsiorek, 1995).

Internalisierte Homophobie kann die Identitätsentwicklung hemmen. Dank (1992) fand das durchgängige Muster, dass zuerst die Bedeutung und Bewertung der eigenen sexuellen Orientierung positiver werden muss, bevor die Selbstidentifikation als homosexuell erfolgen konnte. Die internalisierte Homophobie nimmt mit der Integration der sexuellen Orientierung deutlich ab (Rowen & Malcolm, 2002).

Gleichgeschlechtliches Empfinden und gleichgeschlechtliche Sexualität stehen für viele in Kontrast zur eigenen Identität. Dies sei zum Beispiel an Männern demonstriert, die Sex mit anderen Männern in öffentlichen Toiletten hatten (Desroches, 1992). Gut 50% dieser Männer waren verheiratet und fast alle bezeichneten sich als heterosexuell. Dies führte des öfteren zu einer Identitätskonfusion, da das Verhalten konträr zur Identität steht. Von einigen Männern wurde dieser Konflikt vermindert, in dem sie eine möglichst unbeteiligte Rolle einnahmen, indem sie sich z.B. masturbieren oder oral befriedigen ließen. Ähnliche Identitätskonflikte fanden sich bei Bodybuildern, die sich prostituierten (Klein, 1989). Dieses scheint bei 50 bis 80% der Bodybuilder in Kleins Studie vorgekommen zu sein. Um die heterosexuelle Identität zu gewährleisten, musste die emotionale Komponente beim Sex verleugnet werden, und es wurde die Einstellung gebildet, dass die homosexuellen Kontakte nur "Notlösungen" seien. Auch hier gab es "Regeln", z.B. sich nur oral befriedigen zu lassen oder dass nur der Bodybuilder bestimmte, was sexuell passieren darf und was nicht.

Diskrepanzen zwischen Verhalten und Identität hängen mit psychischer Gesundheit zusammen. Eine Differenz zwischen Verhalten und Erleben ab zwei Punkten auf der Kinsey Skala geht mit Stress und emotionalen/sozialen Problemen einher (Gebhard, 1972) (s. Kap. 1.8).

Stigmamanagement: Goffman (1963/2001) unterschied drei Reaktionsweisen, die stigmatisierte Personen wählen können: Korrektur (z.B. Psychotherapie), indirekte Korrektur (z.B. eine lesbische Frau, die heiratet), oder der Versuch, "eine unkonventionelle Auffassung von der Eigenart ihrer sozialen Identität durchzusetzen".

Der Angst vor negativen Reaktionen der Umwelt steht nun die Notwendigkeit des Coming Outs gegenüber. Homo- und bisexuelle Menschen müssen deshalb in vielen Situationen entscheiden, ob die positiven oder negativen Effekte eines Coming Outs überwiegen und eine Art Kosten-Nutzen Analyse vornehmen (Gonsiorek, 1995). Auf der Kostenseite stehen z.B. die psychische Belastung (Coming Out kann manchmal mit einer extremen psychischen Belastung einhergehen), die ökonomische Sicherheit (Arbeitsplatzverlust), persönliche Sicherheit (homo- und bisexuelle Menschen sind einem beträchtlich erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von physischer und/oder psychischer Gewalt zu werden), Gefährdung von Beziehungen, Verlust der Elternschaft oder die Angst vor Diskriminierung der eigenen Kinder (s. Kap. 1.7).

Der Entscheidungsprozess zum Coming Out verändert sich mit der Identitätsentwicklung, und auch die Strategien des Coming Outs ändern sich mit der Stufe der Identitätsentwicklung (Überbl. in Whitman et al., 2000). Besonders in früheren Stufen der Identitätsentwicklung werden eher stigmavermeidende Strategien gewählt, während in späteren Stufen die sexuelle Orientierung weniger verheimlicht wird.

Lautmann, Hutter, and Koch (1993) konnten aus den Ergebnissen ihrer Interviews vier Typen des Stigma-Managements von schwulen Männern finden und mit bestimmtem (riskanten) sexuellen Verhalten in Zusammenhang bringen. Die zwei konträrsten Typen seien kurz dargestellt. Zum einen der eher defensive Typ, der zur eigenen Homosexualität distanziert ist, die Stigmatisierung von Homosexualität leugnet und sich nicht davon betroffen zeigt. Dieses führt immer wieder in sozialen Situationen zu peinlichen Bloßstellungen. Fehlende Kontrolle über das Identitätsmanagement ist auch ein Charakteristikum für Menschen mit hoher internalisierter Homophobie (Gonsiorek, 1995). Diese Art von Stigmamanagement scheint mit anonymen und somit auch riskanteren Sexualpraktiken einherzugehen. Auf der anderen Seite findet man den eher kontrolliert offensiven Typ, der weder verheimlicht noch unüberlegt offenbart und situationsbezogen handelt. Sexualität steht hier eher im Beziehungskontext. Die schwulen Männer in der Studie von Bochow (1998) verwendeten am häufigsten einen Mittelweg zwischen Verheimlichung und Offenheit.

Abschließend sei noch erwähnt, dass das Coming Out nicht immer freiwillig gemacht wird. In einer Studie von Rotheram-Borus, Rosario, and Koopman (1991) wurden die Hälfte der schwulen Jugendlichen von anderen Jugendlichen sozusagen "aufgedeckt". Dieses *geoutet werden* korreliert auch mit erhöhtem Substanzmissbrauch und deviantem Verhalten. In einer anderen Untersuchung von Rotheram-Borus, Rosario, Van Rossem,

Reid, and Gillis (1995) wurden 27% von den Eltern, 33% von Verwandten und 38% von Freunden geoutet.

Homosexuelle Erfahrungen und Identität: Für die Identitätsentwicklung dürfte die Sexualität bei schwulen, lesbischen und bisexuellen Jugendlichen eine spezielle und besonders wichtige Rolle spielen: Für viele Jugendliche ist es nämlich oft nicht möglich, mit anderen über ihre homosexuellen Empfindungen zu sprechen, und so bleiben Sexualkontakte als einziges Mittel zur Exploration der eigenen Identität übrig (Rotheram-Borus et al., 1995).

Während romantische und sexuelle Erfahrungen im Jugendlichenalter für heterosexuelle Jugendliche meist selbstverständlich und (meist) sozial anerkannt sind, sind diese bei homo- und bisexuellen Menschen eher nicht die Regel, was zu einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen und Selbstwertproblemen führen kann (Gonsiorek, 1995).

Doch auch ohne gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen bilden viele ihre Identität aus. So waren in der Studie von Savin-Williams (1995) 25% der sich selbst als schwul definierenden Männer noch (homo)sexuell unerfahren, und in einer Zufallsstichprobe des Massachusetts Department of Education (1999) hatten 47% der Jugendlichen, die sich als schwul, lesbisch oder bisexuell definierten, noch keine gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte. Auch in der deutschen Untersuchung von Biechele (2001) kannten über 50% der schwulen Jugendlichen und Männer bis zu ihrer Selbstidentifikation keinen anderen schwulen Jugendlichen bzw. Mann.⁸

Geschlechtsunterschiede: Bisher wurde nicht darauf eingegangen, dass die Identitätsentwicklung bei lesbischen Frauen, schwulen Männern, und bisexuellen Männern und Frauen verschieden sein könnte. Vieles spricht dafür, dass es hier unterschiedliche Entwicklungsverläufe gibt. So ist es z.B. (intuitiv) für unseren Kulturkreis evident, dass Intimität zwischen Frauen viel weniger mit Homosexualität in Zusammenhang gebracht wird als Intimität zwischen Männern. Wie L. R. Brown (1995) bemerkt, gibt es geschlechtsspezifische Entwicklungsschwerpunkte, auf die theoretische Entwicklungsmodelle nicht eingehen.

So ist die erste Wahrnehmung gleichgeschlechtlicher Orientierung bei Frauen eher durch eine gefühlsmäßige Anziehung charakterisiert, verglichen mit der eher sexuellen Anziehung zwischen Männern (Überblick in L. R. Brown, 1995). Lesbische Frauen nehmen ihre sexuelle Orientierung eher als frei gewählt wahr, im Gegensatz zu schwulen Männern, die ihre Homosexualität vielmehr als gegeben empfinden (Gonsiorek, 1995).

Das Coming Out scheint bei schwulen Männern viel abrupter und eher mit psychi-

⁸Dies ist meines Erachtens ein Hauptargument gegen die Verführungstheorie, die besagt, dass Homosexualität durch positive Erfahrungen *gelernt* wird.

schen Problemen begleitet zu sein als bei lesbischen Frauen, bei denen dieser Prozess eher fließend ist (Gonsiorek, 1995). Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass bei Frauen Intimität gesellschaftlich eher toleriert wird, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung. Dadurch haben lesbische Frauen schon vor ihrem Coming Out viel mehr Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Frauen, ohne gleich als lesbisch "abgestempelt" zu werden (Gonsiorek, 1995). Bei schwulen, insbesondere bei weißen und gebildeteren Männern, kann es durch das Coming Out eher zu einem Statusverlust kommen im Vergleich zu Frauen, die schon durch Sexismus einen Statusverlust erlitten haben, wie Gonsiorek (1995) spekuliert. Allerdings fehlen empirische Studien hierzu.

Kulturelle Werte, Normen, und Coming Out: Die meisten Studien zum Thema Identitätsentwicklung und Coming Out sind in den USA oder in Europa durchgeführt worden. Gonsiorek (1995) weist darauf hin, dass erst durch Miteinbezug der kulturellen Verschiedenheiten Coming Out Modelle präziser werden können. Unterschiedliche Geschlechtsidentitätskonzepte in afrikanisch-amerikanischen Gesellschaften, weniger ausgeprägte Trennung Individuum - Familie in hispanischen Gesellschaften und der Verlust der Familie in gewissen asiatischen Familien lassen es erwarten, dass die Identitätsfindung anders verläuft. So fühlen sich asiatisch-amerikanische lesbische Frauen eher durch ihre ethnische Abstammung diskriminiert, während sich asiatisch-amerikanische schwule Männer sich eher durch ihre sexuelle Orientierung diskriminiert fühlen (Chan, z.n. Gonsiorek, 1995).

Ein Indikator für die Akzeptanz von Homosexualität in einer Kultur kann das durchschnittliche Alter beim Coming Out sein (Elizur & Mintzer, 2001). In einer israelischen männlichen Stichprobe hatten sich 63% mit 22 Jahren ihren Müttern gegenüber geoutet, in den USA bereits 75% mit 17 Jahren (Elizur & Mintzer, 2001).

Auch die Zugehörigkeit zu Religionsgemeinschaften dürfte eine Rolle spielen. Heterosexuelle Personen sind umso homophober, je enger sie sich einer Religionsgemeinschaft zugehörig fühlen (Bochow, 1993; Gentry, 1987; Lautmann & Wienold, 1977). Männer, die in öffentlichen Toiletten Sex mit anderen Männern hatten, waren überproportional katholisch bzw. episcopalian (Humpreys, 1970). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass diese Männer aufgrund einer negativen Einstellung, die durch die Religionszugehörigkeit vermittelt wird, ihre Homosexualität eher in anonymen Räumen praktizieren.

Unklare Ergebnisse gibt es zu Stadt/Land-Unterschieden. Je nach Wohnortgröße in den USA, verheimlichten schwule und lesbische Männer ihre sexuelle Orientierung gegenüber ihren Familien (23-40%) und zu ihren Arbeitskollegen (37-59%) (Hatfield, z.n. Herek, 1991). Bochow (1998) fand jedoch keinen Zusammenhang zwischen der Offenheit von schwulen Männern und der Größe des Wohnortes.

Zeitliche Aspekte des Coming Outs

Die zeitliche Reihenfolge von gleichgeschlechtlicher Anziehung ("attraction"), gleichgeschlechtlichem Verhalten und Beziehung sind in Tabelle 1.2 ersichtlich. Die Daten sind aus R. C. Fox (1995) entnommen und mit den Ergebnissen aktuellerer Untersuchungen ergänzt worden.

Heterosexuelle Erfahrungen: Bisexuelle Männer und Frauen erleben ihre erste heterosexuelle Anziehung ungefähr zur selben Zeit (11 - 14 Jahre) und etwas früher als schwule Männer und lesbische Frauen (13 - 15 Jahre) (Die Angaben in Klammer sind gerundete Altersmittelwerte der jeweiligen Gruppe). Erste sexuelle Erfahrungen mit Andersgeschlechtlichen erleben bisexuelle Frauen (15 - 21 Jahre) etwas früher als bisexuelle Männer (16 - 20 Jahre), aber in einem ähnlichen Alter wie lesbische Frauen (16 - 19 Jahre) und schwule Männer (15 - 21 Jahre). Bisexuelle Frauen gehen ungefähr zwei Jahre früher heterosexuelle Beziehungen ein als bisexuelle Männer.

Homosexuelle Erfahrungen Bisexuelle Männer (13 - 17 Jahre) und schwule Männer (7 - 15 Jahre) fühlen sich ca. 2 bis 3 Jahre früher zum gleichen Geschlecht hingezogen als bisexuelle Frauen (16 - 19 Jahre) und lesbische Frauen (13 - 16 Jahre). Homosexuelle Männer und Frauen fühlen sich etwas früher vom gleichen Geschlecht angezogen als bisexuelle Männer und Frauen. Ein ähnliches Muster findet sich bei den ersten gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrungen. Bisexuelle Männer (14 - 19 Jahre) und schwule Männer (11 - 20 Jahre) haben früher sexuelle Kontakte zu Männern im Vergleich zu bisexuellen Frauen (20 - 24 Jahre) und lesbische Frauen (19 - 23 Jahre). Erste Beziehungen werden bei allen Gruppen in etwa zur gleichen Zeit eingegangen, und zwar zwischen 19 und 25 Jahren.

Identifikation Ähnlich wie beim Entdecken der gleichgeschlechtlichen Orientierung und den ersten homosexuellen Kontakten identifizieren sich schwule Männer (18 - 21 Jahre) und lesbische Frauen (21 - 23 Jahre) zwei bis drei Jahre früher als bisexuelle Männer (23 - 29 Jahre) und bisexuelle Frauen (23 - 27 Jahre).

Auffallend ist die zeitliche Differenz zwischen dem Gewährwerden der gleichgeschlechtlichen Anziehung und den ersten gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten und der Identitätsfindung. Durchschnittlich erfolgte gleichgeschlechtliche Sexualität immer nach dem Gewährwerden homosexueller Anziehung. Die Zeitspanne zwischen dem Entdecken gleichgeschlechtlicher Anziehung und der Identifikation als schwul, lesbisch oder bisexuell liegt bei schwulen Männern und lesbischen Frauen zwischen 6 und 10 Jahren, bei bisexuellen Männern zwischen 8 und 14 Jahren und bei bisexuellen Frauen zwischen 5 und 10 Jahren. Dabei ist der Abstand bei bisexuellen Frauen kleiner als bei bisexuellen Männern, die aber früher ihre gleichgeschlechtliche Orientierung entdecken. In einer nationalen Befragung in den USA (Hatfield, z.n. Herek, 1991) sprachen schwule Männer und lesbische

Tabelle 1.2. Zeitliche Aspekte der Identitätsfindung bei homo- und bisexuellen Männern und Frauen

Autor:Innen	Jahr	N	Alter	erste heterosexuelle				erste homosexuelle				Identität
				Anziehung	Verhalten	Beziehung		Anziehung	Verhalten	Beziehung		
Schwule Männer												
Dank	1971	182	32.5	—	—	—	—	13.5 (4.3)	—	—	—	19.3 (6.4)
Dannecker/Reiche	1974	581	27.5	—	—	—	—	—	16.7	—	—	19.0
Weinberg	1977	30	—	—	18.3	—	—	—	14.1	—	—	19.9
Lehne	1978	47	22.8	—	—	—	—	—	16.0	—	—	—
Kooden et al.	1979	138	—	—	—	—	—	12.8	14.9	21.9	—	21.1
Troiden	1979	150	—	—	—	—	—	—	14.9	23.9	—	21.3
McDonald	1982	199	31.0	—	—	—	—	13.0	15.0	21.0	—	19.0
Sommers	1982	97	29.5	—	—	—	—	10.8	—	—	—	18.4
Benitez	1983	178	32.0	—	18.9	20.3	—	12.3	19.5	23.2	—	20.2
Weinberg et al. ^a	1994	186	—	14.5	17.7	—	—	11.5	14.7	—	—	21.1
Cohen-Ross	1985	93	27.9	—	14.7	—	—	9.0	14.4	—	—	—
Wayson	1985	58	—	—	20.6	—	—	—	11.0	—	—	—
Zinik	1984	61	27.5	14.3	—	—	—	11.4	—	—	—	—
Edgar	1987	148	35.4	—	—	—	—	12.1	16.9	—	—	—
Prine	1987	51	35.1	—	—	—	—	15.2	17.7	—	—	—
Savin-Williams	1995	83	20.9	—	15.5(2.7)	—	—	7.4 (3.9)	14.2 (4.0)	—	—	—
Bochow	1998	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Biechele	2001	353	15-25	—	—	—	—	13.4	16.7	19.3	—	16.7

Tabelle 1.2. Fortsetzung

AutorInnen	Jahr	N	Alter	erste heterosexuelle			erste homosexuelle			Identität
				Anziehung	Verhalten	Beziehung	Anziehung	Verhalten	Beziehung	
Bisexuelle Männer										
Harris	1977	15	34.9	—	20.1	—	—	14.5	—	27.3
Klein	1978	103	32.4	13.1	16.0	—	16.0	17.8	—	24.2
Kooden et al.	1979	64	—	—	—	—	12.6	13.9	19.1	[22.3]
Zinik	1984	72	36.2	11.9	—	—	16.2	—	—	—
Weinberg et al. ^a	1994	49	—	11.7	17.3	—	13.5	16.3	—	27.2
	1994	116	—	12.8	15.9	—	17.1	17.2	—	29.0
Wayson	1985	21	—	—	19.8	—	—	18.6	—	—
Fox	1993	349	34.8	11.4	16.6	20.0	13.7	16.4	23.5	22.6 [21.6]
Lesbische Frauen										
Kenyon	1968	123	36.4	—	—	—	16.1	21.5	—	—
Schafer	1976	151	26.2	—	18.5	—	14.5	19.8	—	20.7
Vance	1977	43	27.7	—	15.5	—	14.2	18.5	—	—
Califia	1979	286	27.5	—	—	—	—	20.0	—	20.5
Kooden et al.	1979	63	—	—	—	—	13.8	19.9	22.8	23.2
Ettore	1980	201	30.3	—	—	—	13.1	21.8	—	22.6
Fitzpatrick	1983	112	37.4	—	—	—	13.9	23.1	—	22.0
Zinik	1984	54	29.0	13.2	—	—	14.0	—	—	—
Weinberg et al. ^a	1994	94	—	14.3	16.4	—	16.4	20.5	—	22.5
Chapman/Brammoch	1987	197	34.0	—	16.8	—	—	20.6	—	22.5
Rust	1993	342	31.2	—	—	—	15.4	—	—	21.7

Tabelle 1.2. Fortsetzung

AutorInnen	Jahr	N	Alter	erste heterosexuelle			erste homosexuelle			Identität
				Anziehung	Verhalten	Beziehung	Anziehung	Verhalten	Beziehung	
Bisexuelle Frauen										
Harris	1977	10	28.0	—	21.1	—	—	22.2	—	27.3
Klein	1978	41	28.5	11.3	15.5	—	17.0	23.0	—	24.2
Kooden et al.	1979	17	—	—	—	—	16.0	22.0	24.9	[22.3]
Weinberg ^a	1994	44	—	11.6	14.7	—	16.9	21.4	—	26.8
	1994	96	—	10.9	15.1	—	18.5	23.5	—	27.0
Zinik	1984	63	31.8	10.8	—	—	16.9	—	—	—
Morse	1989	16	35.5	11.5	16.5	—	—	21.6	—	23.7
George	1993	121	30.6	—	—	—	—	—	—	23.2
Rust	1993	60	32.5	—	—	—	18.1	—	—	25.0 [24.5]
Fox	1993	486	30.3	11.1	15.1	18.0	15.8	20.0	22.4	22.5 [22.8]

Anm.: Die Tabelle wurde von mir durch Angabe der Standardabweichungen (in Klammer) ergänzt, sofern möglich. Die Tabelle lehnt sich an jene von Fox (1995) an, Studien ab 1995 sind von mir ergänzt worden. Angaben in eckigen Klammern beziehen sich auf das Alter der Selbstdefinition als schwul bzw. lesbisch bei bisexuellen Männern und Frauen.

^aDaten von Weinberg (1984/1985), ^bDaten von Weinberg (1983)

Frauen im Schnitt erst ca. 5 Jahre nach der Identifikation als schwul/lesbisch mit jemandem über ihre sexuelle Orientierung. In Deutschland konnte die Hälfte der schwulen Männer im eher ländlichen Bereich erst im Alter von 24 Jahren mit jemandem über ihre sexuelle Orientierung reden (Bochow, 1998).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Identitätsentwicklung und das Coming Out meist in der Mitte der Adoleszenz bis zum Beginn des jungen Erwachsenenalters stattfindet. Jedoch soll darauf hingewiesen werden, dass die Altersspanne, in der ein Coming Out stattfinden kann, sehr groß ist (z.B. D'Augelli & Grossman, 2001). Im Beratungsdienst für die Homosexuellen-Initiative (HOSI) Salzburg lernte ich Männer kennen, die erst mit über 60 Jahren ihr Coming Out erlebten. Außerdem ist die sexuelle Orientierung nicht immer als etwas zeitlich Fixiertes zu sehen, d.h. die sexuelle Orientierung kann sich wieder ändern, wie die Studien über bisexuelle Männer und Frauen zeigen (R. C. Fox, 1995).

Das Alter des Bewusstwerdens der sexuellen Orientierung und des Coming Outs ist generell im Sinken begriffen, zumindest nach Untersuchungen aus den USA (Paul et al., 2002; Dank, 1992). Auch die subjektiv wahrgenommene psychische Belastung durch ein Coming Out dürfte sich geändert haben. Die Befindlichkeit bei der Identitätsfindung wurde 1971 von Dannecker (z.n. Biechele, 2001) untersucht und 27 Jahre später von Biechele (2001) repliziert. Die gefundenen Kohorteneffekte sind in Tabelle 1.3 ersichtlich. Zwar haben von 1971 bis 2001 Zukunftsängste zugenommen, jedoch auch die positiven Gefühle. Negative Gefühle nahmen hingegen ab.

Identitätsentwicklung, Coming Out und soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung und eine gelungene Identitätsentwicklung hängen zusammen (z.B. Bochow, 1998). Familiäre Unterstützung beeinflusst z.B. den Selbstwert und die Selbstakzeptanz (Hershberger & D'Augelli, 1995), doch dürfte die Unterstützung durch die Freunde eine andere Rolle spielen als die Unterstützung durch die Familie.

FreundInnen rangieren im sozialen Netz von homo- und bisexuellen Personen an erster Stelle, vor den PartnerInnen und vor den Familienmitgliedern, d.h. FreundInnen machen 43% des sozialen Netzes aus, die Familie etwa nur 14% (Kurdek, 1988). Bei schwulen Männern war der Zusammenhang der Offenheit (bezüglich der sexuellen Orientierung) mit der Unterstützung durch FreundInnen höher als durch die Familie ($r = .41$ vs. $r = .20$) (Elizur & Mintzer, 2001). Für die Offenheit spielte dabei eher die Akzeptanz durch die Familie eine Rolle als die empfundene soziale Unterstützung durch die Familie. Allerdings fanden sich kaum Unterschiede zwischen der Unterstützung durch FreundInnen vs. Familie bezüglich internalisierter Homophobie und Selbstdefinition. Auch die Bindungsqualität im Erwachsenenalter hing mit der Unterstützung durch die Freunde, nicht aber mit jener durch die Familie zusammen (Elizur & Mintzer, 2001).

Tabelle 1.3. Befindlichkeit bei der Identifikation

Frage	Zustimmung in %	
	Dannecker (1971/74)	Biechele (1998/2001)
fürchtete mich vor der Zukunft	34	43
war beunruhigt	45	38
war froh	11	26
war glücklich	17	26
war stolz	4	22
dachte, Sex mit Männern ist falsch	25	11
fühlte mich schuldig	15	8

Es gibt Hinweise dafür, dass die soziale Unterstützung durch andere homo- und bise sexuelle Personen wichtig ist. Mitglieder einer Homosexuellenorganisation waren weniger depressiv, hatten weniger Konflikte mit der sexuellen Orientierung und weniger Probleme mit der Offenheit gegenüber den FreundInnen, der Familie und am Arbeitsplatz bzw. in der Öffentlichkeit (Lewis et al., 2001).

Der unterschiedliche Stellenwert der Personen im sozialen Netz wird auch deutlich, wenn man betrachtet, wem gegenüber das erste Coming Out erfolgte. Die meisten homo- oder bisexuellen Personen outen sich gegenüber FreundInnen oder BeziehungspartnerInnen eher als gegenüber Familienmitgliedern, wie R. C. Fox (1995) nach einer Durchsicht der Studien zum Schluss kommt. Die TeilnehmerInnen der Studie von Rotheram-Borus et al. (1995) hatten ihr erstes Coming Out nur zu 38% gegenüber den Eltern, zu 28% gegenüber den Geschwistern, jedoch zu 50% gegenüber FreundInnen. Bei fast allen homo- und bisexuellen Jugendlichen erfuhr die Mutter vor oder gleichzeitig mit dem Vater über die sexuelle Orientierung des Kindes (D´Augelli, Hershberger, & Pilkington, 2001). In der überwiegend aus schwulen Männern bestehenden Stichprobe von Fassinger and Brett (1996) rangierten ebenfalls FreundInnen an erster Stelle als "Mitwissende". Interessant war, dass die ArbeitgeberInnen (68%) eher über die sexuelle Orientierung Bescheid wussten als die Eltern (62% der Mütter und 50% Väter). Eine Untersuchung über 60-jährigen homo- und bisexuellen Personen zeigte, dass mehr als die Hälfte nicht gegenüber den Eltern geoutet waren (D´Augelli & Grossman, 2001). Die Eltern von Berliner Jugendlichen wurden nur von sehr wenigen bezüglich der sexuellen Orientierung um Rat gefragt (5% bei den Mädchen, 2% bei den männlichen Jugendlichen). Hauptansprechpersonen waren FreundInnen, gefolgt von MitarbeiterInnen sozialer Einrichtungen (Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, 1998). Dass Freunde eher Quelle sozialer Unterstützung sind als die Familie, ist aus Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung

bekannt (Griffith, 1985; Nestmann & Schmerl, 1992; Wellman, 1992). Es ist wahrscheinlich, dass der Unterschied Familie vs. FreundInnen bei homo- und bisexuellen Personen noch stärker ausgeprägt ist.

70% der schwulen oder bisexuellen US-Latino-Männer in der Studie von Diaz, Ayala, Bein, Henne, and Marin (2001) gaben an, dass ihre Familie durch die sexuelle Orientierung zutiefst verletzt oder beschämt wurde, und 29% zogen von ihrer Familie oder ihren FreundInnen weg, um ihre Homosexualität leben zu können.

50% der Männer erlebten ihr Coming Out durch Kontakte zu anderen Schwulen, immerhin 21% in Tea-Rooms (Toiletten) und 19% in Bars. Etwa 20% hatten dabei ihr Coming Out vor ihrem ersten sexuellen Kontakt mit Männern und 15% ohne Kontakt mit anderen schwulen Männern, sondern nur nach Auseinandersetzung mit Büchern o.ä. (Dank, 1992). Der Stellenwert von Büchern als Hilfe für das Coming Out ist nahe liegend, da so eine anonyme Form der Auseinandersetzung mit dem Thema Homosexualität möglich ist. Mehr als die Hälfte der schwulen jugendlichen Männer in der Studie von Biechele (2001) kannten keinen anderen schwulen Mann persönlich bis zu ihrer homosexuellen Selbst-Identifikation.

Wie im Abschnitt 1.7.1 zu lesen ist, kann das soziale Netz nicht nur Quelle der Unterstützung sein; denn erschreckend häufig werden schwule Männer und lesbische Frauen Opfer von familiärer Gewalt. Ein Indiz für soziale Belastungen durch die Familie könnten auch die Ergebnisse der Studie von D'Augelli, Hershberger, and Pilkington (1998) sein: 51% der Jugendlichen, die sich in der Familie outeten, berichteten über einen Suizidversuch, im Vergleich zu 12% der in der Familie nicht geouteten. Allerdings machten 66% ihren ersten Suizidversuch vor dem Coming Out gegenüber der Mutter. Knapp die Hälfte (48%) der Jugendlichen mit einem Selbstmordversuch wurden von ihrem Vater beim Coming Out zurückgewiesen oder stießen auf Intoleranz, verglichen mit 28% der Jugendlichen ohne Suizidversuch. Bei 28% der Jugendlichen mit einem Suizidversuch reagierten die Mütter zurückweisend oder intolerant (vs. 19% bei Jugendlichen ohne Suizidversuch).

Auch in Deutschland ist fehlende Unterstützung, mangelnde Akzeptanz bzw. positive Reaktionen durch die Eltern und die fehlende Kommunikation über das Thema Homosexualität für viele schwule Männer problematisch (Bochow, 1998). Isolation und Probleme mit den Eltern waren die am häufigst genannten Probleme der homo- oder bisexuellen Jugendlichen der Untersuchung der (Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, 1998). Bei Jugendlichen, die einen Suizidversuch angaben, wurden diese Probleme noch häufiger genannt. In einer US-Studie gaben 19% der schwulen Männer und 25% der lesbischen Frauen an, ein Opfer von familiärer Diskriminierung bzw. Gewalt geworden zu sein [Gross, Aurand & Adessa, z.n. Herek (1989)].

Die Familie reagiert oft zunächst mit Schock (Ben-Ari, 1995), einer Abwertung des

Kindes, und dann mit Scham und Selbstvorwürfen, und geht oft einen ähnlichen Prozess durch wie die homo- oder bisexuellen Kinder (Strommen, 1989). Für schwule Männer und lesbische Frauen ist die Hauptsorge beim Coming-Out die Angst vor der Zurückweisung durch die Eltern, die Eltern hingegen unterschätzen diese Angst (Ben-Ari, 1995). Waldner (1999) fanden, dass Kinder, die mit ihren Eltern ein gutes Verhältnis haben, sich eher nicht ihren Eltern outen, vermutlich aus Angst, das gute Verhältnis zu gefährden.

Diese Untersuchungen legen nahe, dass bei gesundheitspsychologischen Projekten für homo- und bisexuelle Personen bei den Familien ansetzen sollten.

1.6.2 Identitätsentwicklungsmodelle

Fast alle theoretischen Modelle zur Identitätsentwicklung von homo- und bisexuellen Männern und Frauen beinhalten ähnliche "Meilensteine" der Entwicklung (L. R. Brown, 1995; Gonsiorek, 1995):

- Phasen der Wahrnehmung der gleichgeschlechtlichen Anziehung
- Ambivalenz gegenüber oder Abwehr von gleichgeschlechtlichen Gefühlen
- Klärung dieser Ambivalenz und Toleranz von gleichgeschlechtlichen Empfindungen
- Identifikation mit der Minorität homo- und bisexueller Menschen
- Coming Out

Oft wird ein Endpunkt der Entwicklung angenommen. Meist ist dies die Identifikation als schwul, lesbisch oder bisexuell und/oder ein Coming Out. Die Annahme einer maximal reifen Entwicklungsstufe wird kritisch betrachtet. Zum einen ist die sexuelle Orientierung zeitlich oft nicht stabil und ändert sich über die Lebensspanne (L. R. Brown, 1995), andererseits ist es von einem entscheidungspsychologischen Standpunkt aus betrachtet auch denkbar, dass der Nutzen einer offen homo- oder bisexuellen Identität ganz einfach niedriger ist als der einer bewussten Nicht-Identifikation, zum Beispiel in stark restriktiven Gesellschaften.⁹

⁹ Ich möchte hier aber darauf hinweisen, dass dieses Argument auch eine Rationalisierung von eigener Homophobie darstellen könnte. Aus vielen Gesprächen mit Männern, die zwar Sex mit Männern haben und auch dazu stehen, die sich aber nicht als schwul definieren und sich heterosexuellen Freunden nicht outen wollen, hörte ich oft genau dieses Argument: "Warum soll ich mich outen? Wen geht das etwas an?" Diese Haltung könnte man tatsächlich als Entwicklungsziel betrachten, aber auch als unvollständige Integration der sexuellen Orientierung in die eigene Identität.

Phasenmodelle

Identitätsentwicklungsmodell von Vivienne Cass: Eines der bekanntesten und auch empirisch überprüften theoretischen Modelle ist jenes von Cass (1979, 1984). Dieses Modell beschreibt sechs verschiedene Phasen, in denen jeweils eine Inkongruenz zwischen der Identität, dem Verhalten und Erleben und dem Fremdbild aufzulösen ist. Dabei kann die Identitätsentwicklung in jeder Phase (vorläufig) einen Abschluss finden. Dies sei mit *IF* (identity foreclosure) abgekürzt. In jeder Phase gibt es typische Abwehrmechanismen.

1. *Identitätskonfusion:* In dieser Phase¹⁰ wird er/sie sich bewusst, dass Informationen, Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen zum Thema Homosexualität eine *persönliche Relevanz* haben und die Frage stellt sich: "Bedeutet dies, dass ich homosexuell sein könnte?" Diese persönliche Relevanz ist inkongruent zur bisherigen Identität und die weitere Entwicklung hängt von der Bewertung dieser persönlichen Bedeutung ab. Verleugnung ist der gängigste Abwehrmechanismus in dieser Phase.

1. Das Gefühl, dass Homosexualität persönlich relevant ist, kann als *unberechtigt und inakzeptabel* bewertet werden, es wird verleugnet und negativ besetzt. Kognitive Umstrukturierungsprozesse finden statt, z.B. werden gleichgeschlechtliche Sexualkontakte als "Spielereien" uminterpretiert → *IF*.

2. Wenn die Bedeutung als *berechtigt, aber inakzeptabel* eingeordnet wird, so kann einerseits jegliches homosexuelles Verhalten unterdrückt werden, oder die Information zum Thema Homosexualität wird vermieden bzw. kontrolliert, oder die persönliche Relevanz des Verhaltens bzw. der Information wird geleugnet. Selbsthass kann die Folge sein, wenn ein heterosexuelles Selbstbild nicht erhalten werden kann, aber Homosexualität negativ bewertet wird → *IF*.

3. Wird die Bedeutung als *berechtigt und akzeptabel* gesehen, steigt die Inkongruenz und das Selbstbild muss geändert werden. Dann folgt die nächste Phase der Identitätsentwicklung.

2. *Identitätsvergleich:* Durch das Bewusstwerden des "Andersseins" fühlen sich viele homo- und bisexuelle Menschen in dieser Phase isoliert, da das Selbst- und Fremdbild nicht mehr übereinstimmen. Heterosexuelle Normen, Rollen, Zukunftspläne haben dann an Bedeutung verloren. Dieses Gefühl der Isolation und des "Andersseins" bestimmt maßgeblich die verwendeten Lösungsstrategien:

1. Vor allem bei starken Isolationsgefühlen kann es sein, dass der Wunsch entsteht, homosexuelles Verhalten und das Selbstbild zu ändern, z.B. durch Verhaltensunter-

¹⁰Diese Phase beginnt, je nach Geschlecht, sexueller Orientierung im Alter zwischen 7.4 und 18.5 Jahren, siehe Tabelle 1.2.

- drückung und negativer Bewertung von Homosexualität. Dies führt zur Selbstabwertung und möglicherweise zu Krisen, bis hin zum Suizid. Gelingt es trotz homosexueller Gefühle und homosexuellem Verhalten ein heterosexuelles Selbstbild aufrecht zu erhalten $\rightarrow IF$.
2. Das homosexuelle Selbstbild bleibt erhalten, aber durch die soziale Isolierung wird homosexuelles Verhalten bzw. werden homosexuelle Gefühle unterdrückt. Wenn dies erfolgreich ist $\rightarrow IF$
3. Das homosexuelle Verhalten bzw. die homosexuellen Empfindungen werden akzeptiert, aber nicht das homosexuelle Selbstbild. Indem diese Verhaltensweisen uminterpretiert werden, kann die Inkongruenz Verhalten/Selbstbild verringert werden ($\rightarrow IF$). Gleichgeschlechtliche Sexualität kann z.B. als "Sonderfall", "vorübergehend" oder "bisexuell" bewertet werden, oder die Verantwortung wird auf die Determiniertheit von Homosexualität verschoben ("ich kann nichts dafür"). Dies führt allerdings zu Selbsthass. Ein bisexuelles Selbstbild ausschließlich als Abwehr zu sehen, wird heute sehr kritisiert (R. C. Fox, 1995).
4. Das "Anderssein" wird positiv gesehen oder als positiv uminterpretiert, in dem man sich z.B. darauf beruft, schon immer homosexuell "anders" gewesen zu sein oder dies als gewinnbringend/aufregend empfindet. So kann die nächste Stufe der Identitätsentwicklung erreicht werden.

3. Identitätstoleranz: Durch die verstärkte Tolerierung der homosexuellen Identität werden auch soziale, emotionale und sexuelle Bedürfnisse eingestanden. Allerdings steigt dadurch die Inkongruenz zwischen Selbst- und Fremdbild. In dieser Phase wird oft die homosexuelle Szene aufgesucht, häufig begleitet mit dem Gefühl, "sich einen Ruck geben zu müssen". Die weitere Entwicklung hängt stark von den Erlebnissen mit anderen homo- und bisexuellen Personen ab. Die Erlebnisse können negativ sein. Dann hemmt dies die weitere Entwicklung. Entweder homosexuelles Verhalten wird dann erfolgreich unterdrückt ($\rightarrow IF$) oder nur reduziert. In letzterem Fall ist es aber wahrscheinlich, dass später auch positive Erfahrungen mit anderen homo- und bisexuellen Personen gemacht werden. Oftmals werden positive Kontakte durch Gehemmtheit, Scheuheit, Angst vor Anonymitätsverlust etc. verhindert. Der (positive) Kontakt mit anderen schwulen Männern und lesbischen Frauen, die ihre Homosexualität akzeptieren, führt zu einer Aufwertung des Selbstbildes, FreundInnen oder/und PartnerInnen können gefunden werden ebenso wie Rollenvorbilder, Know-how und soziale Unterstützung.

4. Identitätsakzeptanz: Ziel dieser Phase ist die Aufhebung der Inkongruenz des Selbstbildes mit dem Fremdbild. Dies kann einerseits wieder durch bewusstes Passing oder durch Änderung des sozialen Netzes erreicht werden, z.B. durch Reduzierung der Kontakte zu heterosexuellen Personen (z.B. durch Umzug in eine größere/fremde Stadt

oder durch einen Arbeitsplatzwechsel) oder durch Coming Out. Die Erfahrungen beim Coming Out bestimmen die weitere Entwicklung. Sind sie positiv, d.h. wird die homosexuelle Identität von anderen (Heterosexuellen) positiv angenommen, so ist die Identitätsentwicklung abgeschlossen. Sind die Erfahrungen negativ, so führt dies zur nächsten Stufe der Identitätsentwicklung.

5. *Identitätsstolz*: Durch die Ablehnung der homosexuellen Orientierung durch heterosexuelle Personen aus dem sozialen Netzwerk kommt es bei der abgelehnten homo- oder bisexuellen Person häufig zu einer Abwertung der heterosexuellen Menschen, und im Gegenzug werden die homosexuellen Menschen als Gruppe aufgewertet (antiheterosexistischer Aktivismus ist typisch für diese Phase). Die Abwertung heterosexueller Personen erleichtert das Coming Out, da die Signifikanz der Bewertung durch heterosexuelle Personen nicht mehr so hoch ist. Zum anderen erhöht sich die Chance, auch positive Erfahrungen beim Coming Out zu machen, die dann in die letzte Phase überleiten.

6. *Identitätssynthese*: Durch Wertschätzung von Seiten heterosexueller Mitmenschen wird die negative Sichtweise auf die heterosexuelle Gruppe relativiert. Maximal mögliche Kongruenz zwischen Selbst- und Fremdbild wird erreicht, und die Homosexualität wird als *Teil* der Identität wahrgenommen.

Positiv an diesem Modell ist anzumerken, dass es sehr viele Aufgaben umfasst, die in der Identitätsentwicklung zu lösen sind. Außerdem können aus dem Modell die kritischen Momente, in denen es zu Krisen oder zur Suizidalität kommen kann, abgeleitet werden. Cass betont bzw. relativiert, dass diese Phasen nicht für alle homosexuellen Männer und Frauen zutreffen müssen. Bei keinem der später genannten Modelle ist die frühe Phase des Erkennens der persönlichen Bedeutung von gleichgeschlechtlichen Gefühlen, Verhaltensweisen etc. so klar herausgearbeitet wie in Cass' Modell. Das Modell konnte gut empirisch validiert werden, wobei die ersten beiden und letzten beiden Phasen nicht eindeutig differenziert werden konnten (Cass, 1984). Es hat sich gezeigt, dass die internalisierte Homophobie mit jeder Stufe in Cass' Modell deutlich abnimmt (Rowen & Malcolm, 2002).

Kritisch ist dieses Modell zu betrachten, weil es denkbar ist, dass schon in der dritten Phase (Identitätstoleranz) durch ein Coming Out gegenüber Heterosexuellen wichtige positive Erfahrungen gemacht werden können. Die Integration in die homosexuelle Szene ist vermutlich erleichternd, aber nicht unbedingt die Voraussetzung zum Coming Out gegenüber heterosexuellen Anderen. Es ist fraglich, ob die Phase des Identitätsstolzes als Weiterentwicklung zu betrachten ist, zumindest wäre es verwunderlich, die Abwertung der heterosexuellen Gruppe als Fortschritt zu sehen. Auch Fassinger and Brett (1996)

kritisieren die ihrer Meinung nach übergeneralisierte Annahmen in Phase 5. Laut Cass entsteht in Phase 5 (Identitätsstolz) politischer Aktivismus als Reaktion auf negative Erfahrungen beim Coming Out. Meines Erachtens kann politischer Aktivismus auch auf einer reifen, couragierten und sinnstiftenden Ebene erfolgen, in der heterosexuelle Personen nicht abgewertet werden müssen.

Individuelle vs. Gruppenidentität: McCarn und Fassinger (z.n. Fassinger & Brett, 1996) schlüsseln die Identitätsentwicklung in zwei Prozesse auf: Individuelle Identitätsentwicklung und Gruppenidentitätsentwicklung. Sie nehmen für beide Prozesse vier verschiedene Phasen an:

1. *Bewusstwerdung* des Gefühls, anders zu sein bzw. der Existenz homo- und bisexueller Menschen.
2. *Exploration* der gleichgeschlechtlichen Gefühle bzw. der Einstellung/Zugehörigkeit zur homo- oder bisexuellen Minderheit.
3. *Vertiefung / Annahme* der sexuellen Orientierung bzw. Solidarität mit der homo- und bisexuellen Minderheit.
4. *Internalisierung/Synthese* der sexuellen Orientierung als Teil der Identität bzw. der Identität als Mitglied einer Minderheit.

Schwule und lesbische Befragte konnten gut zwischen den Items unterscheiden, die entweder auf die Gruppen- oder individuellen Identifikation hinwiesen. Gleiches gilt für die erste und letzte Phase, weniger jedoch für die intermittierenden zwei Phasen. Kritisch ist anzumerken, dass die Befragten zuerst eine Definition der sozialen bzw. individuellen Identifikation lernten, womit die Validität der Untersuchung fraglich wird. Außerdem wird wenig auf psychologische Konsequenzen in den jeweiligen Phasen hingewiesen.

Prozessmodelle

Phasenmodelle werden in letzter Zeit kritisch bewertet:

Different people in different contexts may achieve a relatively stable and integrated sense of identity through diverse developmental trajectories, and there is no one optimal endpoint against which they are to be evaluated (Elizur & Mintzer, 2001, S. 144).

Phasen werden oft nicht in der Reihenfolge durchlaufen, wie es die Modelle fordern würden (R. C. Fox, 1995). Anstelle von Phasen, die sequentiell durchlaufen werden, könnte man auch (universelle) Entwicklungsaufgaben postulieren, die mit der Identitätsentwicklung einhergehen.

Troiden (1989) hat in seinem Prozessmodell die Rolle von Scripts (Handlungsschemata) betont, die die Sexualität bestimmen. Diese werden von der Sozietät bestimmt und sie geben uns eine Handlungsanleitung, wie, wo, mit wem und warum wir mit jemandem Sex haben: "die Bedeutungen sexueller Gefühle sind weder selbstverständlich noch werden sie direkt ins Bewusstsein übersetzt" (Troiden, 1989, S. 45, eigene Übers.). Homo- und bisexuelle Identitäten können demnach nicht ohne Auseinandersetzung mit dem sozialen Konstrukt "homosexuell" entstehen. Der erste Prozess, die *Sensibilisierung*, liegt zeitlich bereits vor der Pubertät. Schon hier fühlt sich das "prähomosexuelle" Kind irgendwie "anders". Dieses Gefühl basiert bei den meisten homosexuellen Personen auf geschlechtsnonkonformen Verhaltensweisen, an die sie sich erinnern können. Troiden bezieht sich dabei auf die Daten von Bell and Weinberg (1974/ 1978), doch mittlerweile ist die Tatsache, dass sich vor allem schwule Männer in ihrer Kindheit weniger geschlechtsrollenkonform verhalten haben als heterosexuelle Männer, evident. Dass nur sehr wenige (4%) ihr Anderssein mit Homosexualität in Verbindung brachten, liegt für Troiden am Fehlen von sexuellen Scripts in der Zeit vor der Pubertät, in der viel eher Geschlechtsrollenscripts aktuell sind. Das Sich-Anders-Fühlen sensibilisiert insofern, weil es später (nach dem Erlernen von sexuellen Scripts) als mit der Homosexualität zusammenhängend uminterpretiert wird. Meiner Meinung nach liefert Troiden hier ein kausales Glied in der Entwicklungskette. Während Cass (1979) in der ersten Phase ihres Modells die Notwendigkeit beschreibt, Informationen, Gefühle, Verhaltensweisen, die mit Homosexualität zu tun haben, als für die eigene Person relevant zu erkennen, beschreibt Troiden, wie diese persönliche Relevanz entsteht, nämlich durch Uminterpretation von diskonformem Kindesverhalten. Für Troiden ist die Reinterpretation eine notwendige Bedingung für die Identitätsentwicklung (als homo- oder bisexuelle Menschen), doch fehlen empirische Daten hierzu. Der zweite Prozess ist ähnlich mit Cass' Phase der *Identitätskonfusion*. Während des dritten Prozesses der *Identitätsannahme* wird ein homosexuelles Selbstbild erlangt (aber nicht unbedingt akzeptiert) und auch anderen mitgeteilt (Coming Out). Während dies bei lesbischen Frauen eher im Zuge einer Liebesbeziehung geschieht, sind bei schwulen Männern eher sexuelle Erfahrungen maßgeblich. Troiden erklärt dies in der unterschiedlichen Sexualrollensozialisation. Der vierten Prozess kennzeichnet sich durch die steigende *Verbundenheit* mit der homosexuellen Identität. Diese wird als lebensbestimmend akzeptiert. Intrapsychisch geschieht dies durch Einstellungsänderung zur Homosexualität und einer besseren Bewertung des Selbstbildes, interpsychisch durch Coming Out, Liebesbeziehungen und offensiveren Stigmamanagementstrategien. Positiv an Troidens Modell ist meines Erachtens, dass die Identitätsentwicklung schon vor den eigentlichen homosexuellen Gefühlen ansetzt. Fraglich ist, inwieweit sich diese Prozesse nicht doch wieder zeitlich ordnen lassen.

Elizur and Mintzer (2001) schlüsseln in ihrem Modell die Identitätsentwicklung in drei Prozesse auf. Mit der *Selbstdefinition* ist das Realisieren der eigenen sexuellen Orientierung und der damit verbundenen "Abweichung" von erwarteten Rollen und die Angst vor negativen Konsequenzen gemeint. Die Auseinandersetzung mit der *internalisierten Homophobie* durch sich selbst und durch andere - trotz der Vorurteile - ist der zweite wichtige Prozess. *Offenheit gegenüber anderen* ("disclosure") ist der dritte, zeitlich länger dauernde Prozess, der ein ständiges Abwägen zwischen den potentiellen negativen Konsequenzen eines Coming Outs und dem Wunsch nach Kongruenz beinhaltet. Die Autoren betonen, dass eine zeitliche Ordnung dieser Prozesse wahrscheinlich ist. Die empirischen Daten sprechen dafür. So erfolgt die Selbstidentifikation und die Selbstakzeptanz (d.h. die Auflösung der internalisierten Homophobie) eher vor dem Coming Out (s.S. 29).

Das Selbstpsychologische Entwicklungsmodell von Gonsiorek und Rudolph (z.n. Gonsiorek, 1995) wendet den selbstpsychologischen Ansatz von Heinz Kohut zur Erklärung der Identitätsentwicklung von homo- und bisexuelle Menschen an. Zwei zentrale Momente sind in der Entwicklung der meisten homo- und bisexuellen Menschen zu bewältigen. Erstens die Selbstwertbeeinträchtigung aufgrund einer narzisstischen Verletzung durch die homophobe Umgebung. Der Verlust des Selbstwertes, der Initiative und des Rechts auf Ansprüche kann die Konsequenz der homophoben Umgebung sein. Zweitens ist die Nicht-Akzeptanz der (Homo)Sexualität von Seiten der Eltern aufzuarbeiten. Eltern gehen demnach davon aus, dass das Kind heterosexuell wird und begehen nur heterosexuellen Impulsen des Kindes wertschätzend. Da diese beiden Momente eher in der späteren Kindheit auftreten, sind die negativen Effekte reversibel, was den meisten homo- und bisexuellen Menschen ermöglicht, einen stabilen Selbstwert wiederzuerreichen. Durch das Coming Out gegenüber Personen, die die sexuelle Orientierung wertschätzen, und die als Selbstobjekt oder als "Ersatzeltern" fungieren, können diese Wunden wieder geheilt werden.

Coleman (1982) bringt in ihrem Identitätsentwicklungsmodell in der ersten Phase ("Pre-Coming Out") negative Reaktionen auf "prähomosexuelle" Impulse direkt mit Suizidalität in Zusammenhang. Durch die bewusste oder unbewusste Ablehnung von "prähomosexuellen" Tendenzen fühlt sich das Kind "anders", alleine und isoliert, mit einem verringerten Selbstwert als Resultat. Da die Kinder selbst noch nichts über ihre gleichgeschlechtlichen Gefühle wissen und somit nicht, was an ihnen nicht in Ordnung ist, können sie ihre Konflikte nur indirekt über psychische Probleme, Suizidversuche oder andere Symptome mitteilen.

Einige tiefenpsychologische Theorien explizieren den Begriff "Prähomosexualität" genauer. Homosexuelle Menschen sind schon „prähomosexuell“ in die ödipale Phase eingetreten, in der dann um den gleichgeschlechtlichen Elternteil geworben wird (Reiche, z.n.

Dannecker, 2001; Isay, 1996). Wenn dann z.B. Väter nicht mit dem Werben des Sohnes umgehen können, und dieses sogar bestrafen, kann dies den Selbstwert schädigen und so der Beginn einer Psychopathologie sein. Leider fehlen noch empirische Studien zu diesen interessanten Theorien. Es gibt allerdings viele Indizien dafür, dass sich schwule Männer und lesbische Frauen in ihrer Kindheit häufiger geschlechtsuntypisch verhalten haben. R. Green (1987) konnte zeigen, dass in der Kindheit auffällig feminine Buben später zum Großteil homosexuell wurden. Umgekehrt erinnern sich viele schwule Männer und lesbische Frauen, in ihrer Kindheit „anders“ gewesen zu sein (Bailey & Zucker, 1995). Geschlechtsuntypisches Verhalten wird in unserer Kultur zum Teil sehr negativ bewertet. Es ist wahrscheinlich, dass homo- und bisexuelle Menschen als Kinder wegen ihres geschlechtsuntypischen Verhaltens diskriminiert wurden. Erste Daten einer Salzburger Untersuchung zeigen, dass geschlechtsuntypisches Kindheitsverhalten bei homo- *und* heterosexuellen Männern mit Diskriminierungserlebnissen in der Kindheit zusammenhängt (Plöderl, unveröff. Rohdaten).

Meines Erachtens sollte in den theoretischen Modellen die homo- oder bisexuellen Entwicklung nicht mit dem Bewusstwerden der sexuellen Orientierung beginnen. Negative Einstellungen zu Homosexualität werden höchstwahrscheinlich schon viel früher gelernt, noch bevor die eigene sexuelle Orientierung bewusst wird. Sie werden später zur internalisierten Homophobie. Die weitere psychische Entwicklung und die damit verbundenen Risiken hängen meines Erachtens stark mit der internalisierten Homophobie zusammen. Darauf und auf eine bessere empirische Überprüfung sollten die Modelle Rücksicht nehmen.

1.6.3 Identität und Gesundheit

Schon Goffman leitet aus Fallschilderungen die psychischen Konsequenzen von stigmatisierbaren Personen ab: “Da es das heilsame feed-back des täglichen Umgangs mit anderen entbehrt, kann das isolierte Ich argwöhnisch, depressiv, feindselig, ängstlich und verworren werden [...] Die Furcht einer Person, daß andere sie wegen etwas, das an ihr sich zeigt, mißachten können, bedeutet, daß sie in ihren Kontakt mit anderen Menschen immer unsicher ist.” (Goffman, 1963/2001, S. 22f).

Zu ähnlichen Ergebnisse führen auch empirische Untersuchungen. Das Coming Out und das Sich-Verstecken wird subjektiv häufig als problematisch und belastend empfunden (Bochow, 1998). Im Vergleich zu versteckt lebenden fühlten sich auch die offen lebenden lesbische Frauen in der Untersuchung von Dennert (2004) wohler. Lebensereignisse im Zusammenhang mit dem Coming Out waren prädiktiv für die allgemeine psychische Gesundheit, Angst, Schlafstörungen und Depression (Ross, 1990). Hershberger and D’Augelli (1995) zeigten, dass Selbstwert und Selbstakzeptanz ein Prädiktor für die psychische Gesundheit ist ($r = -.87$). Der beste Prädiktor für eine geglückte Iden-

titätsentwicklung ist die psychische Funktionsfähigkeit *vor* dem Coming Out (Gonsiorek, 1995), allerdings ist unklar, was mit psychischer Funktionsfähigkeit genau gemeint sein soll.

Wie drastisch die negativen Konsequenzen einer versteckten Identität sein können, zeigten S. W. Cole, Kemeny, Taylor, and Visscher (1996) mit ihrer prospektiven Untersuchung. Schwule Männer, die ihre Homosexualität geheim hielten, hatten nach einer Follow-Up-Zeit von 5 Jahren erhöhte Raten an organischen Erkrankungen, z.B. vierfach erhöhte Krebsraten und ca. zweifach erhöhte Raten an Bronchitis und Sinusitis. Alle dieser Männer waren HIV-negativ, und die angegebenen Odds-Raten ergeben sich nach Kontrolle einer Reihe von Gesundheitsrelevanten Variablen (Z.B. Alkoholkonsum, soziale Schicht, Depressivität, etc.).

Es ist anzunehmen, dass die Schwierigkeiten und Gesundheitsrisiken, die mit einer homo- oder bisexuellen Entwicklung einhergehen, durch die negativen Einstellungen und Verhaltensweisen verursacht werden, die in fast allen Ländern gegenüber Homo- und Bisexualität vorherrschen. Darauf soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

1.7 Vorurteil / Diskriminierung

Denn es war ja die Welt der Bilder, die, wenn alles weggefegt war, was von den Geschlechtern abgesprochen worden war und über sie gesprochen war, noch blieb. Die Bilder blieben, wenn Gleichheit und Ungleichheit und alle Versuche einer Bestimmung ihrer Natur und ihres Rechtsverhältnisses längst leere Worte geworden waren und von neuen leeren Worten abgelöst würden. Jene Bilder, die, auch wenn die Farben schwanden und Stockflecken sich eintrugen, sich länger hielten und neue Bilder zeugten (Bachmann, 1961/2001, S. 134).

Vier der zehn erhobenen Stressfaktoren, die durch direkte Befragung homo- und bisexueller Personen ermittelt wurden, können dem Bereich Diskriminierung und Gewalt zugeordnet werden und hängen mit der psychischen Gesundheit (in diesem Fall Depressivität) zusammen: Gewalt, gesellschaftliche Ignoranz und Ablehnung, Diskriminierung am Arbeitsplatz und allgemeine Diskriminierung (Lewis et al., 2001). Doch auch einige andere Faktoren haben mit Diskriminierung zu tun: Familiäre Reaktion auf die sexuelle Orientierung bzw. auf den/die PartnerIn, Offenheit gegenüber den FreundInnen, der Familie, dem Arbeitsplatz und der Öffentlichkeit. Betrachtet man auch den Faktor "Konflikt mit der sexuellen Orientierung" als Resultat einer diskriminierenden Gesellschaft, könnte man folgern, dass eigentlich alle belastenden Probleme im Leben von schwulen, lesbischen oder bisexuellen Menschen die Folge von verschiedenartigster Diskriminierung sind.¹¹

Die negative Einstellung zur Homosexualität und zur homosexuellen Menschen wird meist mit *Homophobie* bezeichnet. Der Begriff wurde erstmals von Smith und Weinberg verwendet (Herek, 1991). Es gab oder gibt auch noch eine ganze Reihe ähnlicher Begriffe, wie Herek (1991) in einer Literaturübersicht feststellt: Homoerotophobie, Heterosexismus, Homosexphobie, Homosexismus, Homonegativismus, Anti-Homosexualismus und Antihomosexualität. Der Ausdruck "Homophobie" ist nicht unproblematisch, da "Phobie" eigentlich auf eine *Angst* vor Homosexualität hinweist, weniger auf eine negative/ablehnende Haltung. Merkmale einer Phobie sind, dass sie dysfunktional ist und dass sie eine individuelle Angelegenheit ist. Gegen alle diese Merkmale gibt es für Homophobie inhaltliche und empirische Evidenz (Herek, 1991).

Schwule, lesbische und bisexuelle Männer und Frauen leiden oft unter den Folgen von Homophobie, Diskriminierung und Gewalt. Im folgenden Abschnitt wird neben dem Ausmaß an negativen Einstellungen bis hin zur Gewalt gegen homo- und bisexuelle Menschen auch auf mögliche Ursachen, Funktionen, und gesellschaftlich/historische Aspekte

¹¹Kritische Lebensereignisse, die mit einer homo- oder bisexuellen Orientierung einhergehen (Coming Out, geoutet werden, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, Probleme in der Familie etc.) werden im englischsprachigen Raum als "gay-related stress" oder im Falle von Gewalt "sexual orientation victimization" bezeichnet (z.B. Bontempo & D'Augelli, 2002).

von Homophobie eingegangen. Vorweg sei angemerkt, dass nicht nur homo- und bisexuelle, sondern auch heterosexuelle Menschen, vor allem Männer, unter Homophobie leiden. Intimität zwischen heterosexuellen Männern wird oft sofort mit Homosexualität gleichgesetzt, sodass sie, auch wenn sie nichts mit Sexualität zu tun hat, kaum gelebt werden kann. Dies könnte für die Persönlichkeitsentwicklung abträglich sein (Herek, 1991). Eine noch deutlichere Sprache sprechen die Daten aus US-Risikoverhaltensstudien: die Suizidversuchsrate von sich als heterosexuell bezeichnenden Jugendlichen, die homophobe Diskriminierung erlebten, war genau so hoch wie die jene von homo- oder bisexuellen Jugendlichen (Reis & Saewyc, 1999).

Intoleranz, Ablehnung, Diskriminierung und Gewalt gibt es auf der kulturellen, gesellschaftlichen und institutionellen Ebene (z.B. Gesetze, die homo- und bisexuelle Personen benachteiligen, ablehnende Haltung in Religionsgemeinschaften etc.) und auf der individuellen Ebene. Die negative Bewertung von homosexuellen Menschen auf kulturell/gesellschaftlicher Ebene bezeichnet man oft als *Stigma* (Goffman, 1963/2001). Das einzelne Individuum betreffend, bezeichnet man negative Haltungen gegenüber schwulen, lesbischen und bisexuellen Menschen mit den Begriffen Einstellung, Vorurteil und Stereotyp.

Die unterschiedliche Behandlung einer Gruppe oder von Mitgliedern einer bestimmten Gruppe (engl. "intergroup bias") kann sich sichtbar im Verhalten (Diskriminierung, Gewalt) und weniger sichtbar gedanklich in Form von Vorurteilen, Stereotypen und negativen Einstellungen äußern.¹²

1.7.1 Empirische Ergebnisse zur Diskriminierung von homo- und bisexuellen Menschen

Einstellung zu Homosexualität und zu homosexuellen Menschen

Negative Einstellungen und Stereotype müssen noch nicht in manifestem Verhalten gegen homo- und bisexuelle Personen sichtbar werden. Es gibt einige empirische Indizien dafür, dass Stereotype unser Denken beeinflussen, indem wir selektiv wahrnehmen, selektiv erinnern und illusionäre Zusammenhänge sehen (Herek, 1991). Chapman and Chapman (1971/1982) zeigten in ihrer sehr einflussreichen Studie, dass selbst bei "Experten" stereotype Auffassungen von Homosexualität objektives Denken verhindern. Dabei fanden die Experten stereotype Merkmale für Homosexualität in Rorschach-Deutungen, die in Wirklichkeit nicht vorhanden waren. Es gab tatsächlich einige Merkmale, die bei homo-

¹²Diese Einteilung wurde in Anlehnung an Hewstone, Rubin, and Willis (2001) gemacht, doch finde ich die Unterscheidung Einstellung (Vorurteil) vs. Kognition (Stereotyp) nicht gelungen, da kognitive Elemente bzw. Stereotype konstituierende Elemente von Vorurteilen sind, s.u.

und heterosexuellen Testpersonen verschieden waren, doch wurden diese von den Experten nicht entdeckt.

In einer Analyse von in Universitäten verwendeten Lehrbüchern von 1974 bis 1983 fand Adam (1992), dass Homosexualität oft in einem Zug mit z.B. Kriminalität erwähnt wird. Oft wird für beides das Wort "Deviant" verwendet. Außerdem wird Homosexualität meist nur in der männlichen Form geschildert. Homophobie ist so gut wie nie Thema, und niemals wird auf Institutionen eingegangen, die sich repressiv gegenüber homo- und bisexuellen Menschen verhalten.

Meist werden negative Einstellungen gegenüber homo- und bisexuellen Personen mit Fragebögen oder in Interviews erfasst. Die deutsche Studie von Lautmann and Wienold (1977) und deren Replikation von Bochow (1993) lässt zwar auf eine Abnahme negativer Einstellungen gegenüber schwulen Männern schließen, jedoch finden sich trotzdem hohe Zustimmungen zu teilweise extremen Fragen. In Tabelle 1.4 sind einige ausgewählte Ergebnisse dieser beiden Studien ersichtlich.

In einer österreichischen Umfrage bejahten 19% die Frage: "Sollten in der rechtlichen Bewertung Unterschiede zwischen homosexuellen und heterosexuellen Beziehungen gemacht werden?" (Profil, Nr. 28, Juli 2002). Während 48% die Aufhebung des § 209 befürworten, plädieren 43% für die Einführung einer ähnlichen Bestimmung ("Standard", 1. Juli 2002).

In einer kanadischen Studie finden sich bei PsychologiestudentInnen und deren Eltern Einstellungsverbesserungen über die Jahre hinweg, sogar bei politisch rechten, autoritären Personen (Altemeyer, 2001). Der Autor führt dies darauf zurück, dass die politisch rechten, autoritären Bewegungen schwächer werden und die Menschen weniger religiös sind. Wissen über die Determiniertheit von Homosexualität, homosexuelle Rollen in den Medien, und vor allem, dass sich mehr schwule Männer und lesbische Frauen outen, haben ebenfalls positive Effekte (Altemeyer, 2001; Le Vay, 1996).

Gewalt und Diskriminierung gegen homosexuelle Menschen

Diskriminierung und Gewalt gegenüber homo- und bisexuellen Männern und Frauen ist auch heute noch keine Seltenheit und beginnt schon in jungen Jahren. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es im deutschsprachigen Raum kaum Untersuchungen zum dieser Thematik. Aufgrund der sexuellen Orientierung der Opfer motivierte Gewalt ist von besonderer psychologischer Bedeutung, da es Indizien dafür gibt, dass sie stärker prädiktiv für psychologische Probleme ist als anderweitig motivierte Gewalt (Garnets, Herek, & Levy, 1990).

Neuere Arbeiten weisen darauf hin, dass homo- und bisexuelle Personen schon in ihrer Kindheit von ihren Eltern physisch stärker misshandelt wurden als heterosexuelle Kinder (Corliss, Cochran, & Mays, 2002). Möglicherweise bringen "prähomosexuelle"

Tabelle 1.4. Ergebnisse zur Einstellung gegenüber schwulen Männern aus zwei deutschen Studien

Frage	1977 ^a	1993 ^b
Generelles Verbot von homosexuellen Handlungen	18	13
Einschränkung oder Verbot des Zugangs zu politischen Ämtern oder zum Beruf des Lehrers	87	71
Kontakt mit homosexuellen Männern (Nachbarn, Freunde, Bekannte) ist kein Problem	32	31
Kontakte mit homosexuellen Männern meiden wollen	-	61
Körperliches Unwohlsein mit homosexuellen Männern	46	42
Homosexualität ist kein Laster bzw. keine Krankheit		27
1. Was die Homosexuellen treiben ist doch eine Schweinerei. Sie sollten sich kastrieren lassen	36	21
2. Toleranz ist hier unangebracht, man darf homosexuelles Verhalten nicht dulden	42	-
3. Man muss alles tun, um die Homosexualität einzudämmen, auch unter Erwachsenen. Wir brauchen daher strengere Strafvorschriften	42	-
<i>Ablehnung*</i> der Items 1, 2 und 3	49*	61*
Gleichstellung der homosexuellen Partnerschaften	-	48
Adoptionsrecht für lesbische Paare	-	30
Adoptionsrecht für schwule Paare	-	24
Homosexuelle (Männer) sind irgendwie weibisch	77	-
Was Homosexuelle machen, ist abartig	69	-

Anm.: Die Angaben bedeuten die Zustimmung zu den Aussagen in Prozent, mit Ausnahme der mit einem "*" gekennzeichneten Frage. Einige Items wurden nur 1997 oder nur 1993 verwendet.

^aErgebnisse aus Lautmann and Wienold (1977)

^bErgebnisse aus Bochow (1993) (ehem. Westdeutschland).

Verhaltenszüge die Kinder erhöht in die Gefahr, missbraucht zu werden. Die homo- und bisexuellen SchülerInnen in Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey, and DuRant (1998) gaben gehäuft an, nicht-freiwillige Sexualkontakte erlebt zu haben (32.5% vs. 9.1% bei heterosexuellen SchülerInnen). 80% der Jugendlichen in der Studie von Hershberger and D'Augelli (1995) erlebten verbale Gewalt oder Drohungen, 17% sogar physische Gewalt aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. 50% der schwulen bzw. bisexuellen Jugendlichen wurden in den letzten 3 Monaten wegen ihrer sexuellen Orientierung verspottet (Rotheram-Borus et al., 1995). Die Schule dürfte ein Ort sein, in dem homo- und bisexuelle Jugendliche gehäuft Opfer von Diskriminierung und Gewalt werden. In der groß

angelegten Studie des Massachusetts Department of Education (1999) blieben 20% der homo- und bisexuellen Jugendlichen im letzten Monat von der Schule fern, weil sie sich in der Schule oder auf dem Weg zur Schule bedroht fühlten (im Vergleich zu 6% der heterosexuellen Kontrollgruppe), 20% waren schon einmal in einen Kampf verwickelt, bei dem anschließend eine medizinische Behandlung nötig war (4% in der Kontrollgruppe), und 24% wurden in der Schule mit einer Waffe bedroht oder verletzt (8% in der Kontrollgruppe). Die Gewalt dürfte dabei eher defensiver Natur sein, d.h. homo- oder bisexuelle Jugendliche werden angegriffen und sind nicht selbst Angreifer (Webster, Gainer & Champion, z.n. DuRant, Krowchuk, & Sinal, 1998). Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in früheren Studien aus Massachusetts (Garofalo et al., 1998) und anderen Staaten der USA (DuRant et al., 1998). Die Effektstärken sind hier, vor allem bei männlichen Jugendlichen, zum Teil beträchtlich (Bontempo & D'Augelli, 2002).

Bei erwachsenen homo- und bisexuellen Personen sind die Ergebnisse ähnlich. In der einflussreichen Studie von Herek (1989) gaben 92% der lesbischen Frauen und schwulen Männer an, verbal angegriffen oder verbal bedroht worden zu sein. 24% berichteten, Opfer von tätlichen Angriffen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung geworden zu sein. Dazu kommt, dass nur ca. 10% der kriminellen Handlungen der Polizei berichtet werden, wie Herek (1989) nach einer Durchsicht der Studien schlussfolgert. 37% der lesbischen Frauen gaben in Bradford, Ryan, and Rothblum (1994) an, schon einmal stark geschlagen oder anderweitig physisch missbraucht worden zu sein, die meisten von einem Mann. 29% der Missbrauchten kontaktierten nachher eine(n) Freund(in), 17% die Polizei. 41% (bzw. 21% als Kind) gaben an, schon einmal vergewaltigt oder Opfer von sexueller Gewalt geworden zu sein. 19% berichteten über einen Inzest, hauptsächlich durch Brüder, gefolgt von Vätern (wobei diese Daten vergleichbar mit jenen von heterosexuellen Frauen sind). Wegen ihrer Homosexualität wurden 52% verbal attackiert und 8% verloren ihren Job. Ein fünftel der schwulen oder bisexuellen US-lateinamerikanischen Männer in der Studie von Diaz et al. (2001) gab an, wegen ihrer sexuellen Orientierung von der Polizei bedrängt worden zu sein. Mehr als die Hälfte (55%) der befragten ostdeutschen schwulen Männer aus Berlin wurden irgendwann wegen ihrer Homosexualität beleidigt oder beschimpft, und 36% dachten aufgrund von Diskriminierung und Gewalt, ihrem Leben ein Ende zu setzen (Starke, z.n. Uhle, 1994). Ca. 8 bis 9% der untersuchten schwulen Männer in West- und Ostdeutschland wurden im Jahr vor der Befragung beschimpft oder angepöbelt, 5% wurden Opfer körperlicher Gewalt, und 2% wurden ausgeraubt, zum Teil mit erheblichen Verletzungsfolgen (Bochow, z.n. Uhle, 1994). 26% der befragten schwulen Männer aus Niedersachsen wurden im Laufe ihres Lebens beraubt, vergewaltigt, erpresst oder überfallen, 61% wurden wegen ihrer Homosexualität beleidigt oder bedroht (Dobler, 1993).

Es gibt Indizien dafür, dass die Hasskriminalität, die sich gegen homo- oder bisexuelle

Menschen richtet, in den USA aber auch in Deutschland gestiegen ist (Dobler, 1993; Herek, 1989). Dies kann natürlich daran liegen, dass sie eher der Polizei berichtet werden als in der Vergangenheit. Dagegen spricht aber, dass in jüngeren Befragungen schwule Männern und lesbische Frauen vermehrt über Gewalt berichten als in der Vergangenheit (Herek, 1989). Homo- und Bisexualität wird oft ursächlich mit der Verbreitung von AIDS in Zusammenhang gebracht. Auch dies könnte der Grund für den Anstieg der Kriminalität sein (Herek, 1988, 1989).

Die ökonomische Situation dürfte übrigens keinen direkten Einfluss auf die Gewaltbereitschaft gegen homo- und bisexuelle Personen haben. D. P. Green, Glaser, and Rich (1998) fanden in Zeitreihenanalysen keinen Einfluss der Arbeitslosenrate auf die Häufigkeit von Gewalttaten gegen homo- und bisexuelle Menschen. Sie weisen aber auf die Möglichkeit hin, dass durch politische Gruppen dieser Zusammenhang sehr wohl entstehen könnte. Evidenz dafür sind die rassistisch motivierten Übergriffe gegen Schwarze in den USA nach Diffamierung schwarzer Arbeiter durch Politiker.

Die Folgen von Hassdelikten können weit reichend sein: Selbstwerterniedrigung, Scham- und Schuldgefühle, Depression, Suizidgedanken (Miller & Humphreys, z.n. Herek, 1989; Diaz et al., 2001), internalisierte Homophobie und Rückzug von anderen schwulen Männern (Bohn, z.n. Herek, 1989).

So ist zum Beispiel der Zusammenhang zwischen starker Viktimisierung und Substanzmissbrauch, sexuellem Risikoverhalten und Suizidversuchen bei homo- und bisexuellen Jugendlichen viel stärker ausgeprägt als bei heterosexuellen Jugendlichen (Bontempo & D'Augelli, 2002), wie in Abbildung 1.2 S. 94 zu sehen ist. Eine Studie aus Oregon zeigt, dass das Suizidversuchsrisiko bei Schülern mit Gewalterfahrungen um das 4.2-fache erhöht ist (Bagley & Tremblay, 2000). Ähnliche Effekte finden sich für unsichere Sexualpraktiken und Substanzmissbrauch Dabei zeigten sich Geschlechtsunterschiede: Männliche homo- und bisexuelle Jugendliche mit vielen Diskriminierungserfahrungen hatten ein stärker ausgeprägtes Risikoverhalten (Rauchen, Marihuana- und Kokainmissbrauch, anderer Drogenmissbrauch und Suizidalität) als homo- und bisexuelle weibliche Jugendliche mit vielen Diskriminierungserfahrungen (Bontempo & D'Augelli, 2002). Mehr schwule Männer als lesbische Frauen berichten von psychischen Belastungen im Zusammenhang mit Gewalt (Lewis et al., 2001).

Die soziale Unterstützung dürfte bei der Bewältigung von Gewalterlebnissen eine große Rolle spielen. Hershberger and D'Augelli (1995) zeigen den direkten und indirekten Einfluss von Gewalterfahrungen auf die psychische Gesundheit und die Pufferfunktion durch Selbstakzeptanz *und* familiäre Unterstützung.

Diese Ergebnisse machen meines Erachtens den Schluss plausibel, dass gesundheitspsychologische Präventionsprojekte, die nur bei den homo und bisexuellen Personen selbst ansetzen, zu kurz greifen. Die Verringerung homophober Einstellungen und Hand-

lungen sollte ebenfalls Ziel von Präventionsprojekten sein. Dazu ist es nötig, zum einen die Merkmale von homophoben Personen zu kennen, und andererseits die Funktionen von Homophobie.

1.7.2 Korrelate und Funktionen von Homophobie

Im Folgenden seien einige Merkmale aufgezählt, die mit einer negativen Einstellung gegenüber homo- und bisexuellen Personen zusammenhängen.

Geschlecht: Generell sind Männer negativer gegenüber Homosexualität eingestellt als Frauen (Herek, 1988; Whitley & Kite, 1995). Herek (1991) erklärt diesen Zusammenhang damit, dass (zumindest in den USA) kulturell Männlichkeit stark mit Heterosexualität zusammenhängt. Deshalb lastet auf Männern ein gewisser Druck, das abzulehnen, was als unmännlich gilt, und Homosexualität fällt in diese Kategorie. Intimität zwischen Frauen ist eher toleriert und sie werden deshalb nicht sofort als lesbisch eingestuft. Dies führt dazu, dass Frauen eher persönlichen Kontakt zu lesbischen Frauen haben, was wiederum die Einstellung zur Homosexualität positiv beeinflusst. Frauen zeigten auch einen ausgeprägteren Alterskohorteneffekt, d.h. die gefundene Einstellungsänderung über die Zeit ist bei Frauen stärker ausgeprägt (Altemeyer, 2001).

Die negative Einstellung gegenüber homosexuellen Personen ist geringer für andersgeschlechtliche homosexuelle Personen, d.h. heterosexuelle Frauen haben eine negativere Einstellung zu lesbischen Frauen als zu schwulen Männern. Umgekehrt gilt, dass heterosexuelle Männer schwule Männer stärker ablehnen als lesbische Frauen (Gentry, 1987; Herek, 1988).

Physische Gewalt gegen homo- und bisexuelle Personen wird hauptsächlich von männlichen Tätern verübt, hauptsächlich Jugendliche, die meist in Gruppen agieren und mit dem Opfer nicht bekannt sind (National Gay and Lesbian Task Force, z.n. Herek, 1989; Comstock, 1991; Uhle, 1994). "Die Tätergruppen sind durch 2 Varianten charakterisiert: Entweder treffen sich ihre Mitglieder allein oder in einer Großgruppe, die zwischen 10 und 80 Mitglieder und einen festen Kern hat, zu dem auch die Tätergruppe gehört[...] Die Größe der Tätergruppe liegt zwischen 2 und 15 Mitgliedern. Das Alter der Mitglieder der Tätergruppe liegt zwischen 14 und 28 Jahren. Am häufigsten handelt es sich um 18- bis 20- jährige" (Uhle, 1994, S. 176f). Die Überfälle in Cruising-Gebieten in Berlin wurden ebenfalls ausschließlich von jüngeren Männern/Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 25 Jahre begangen (Uth, z.n. Uhle, 1994). Ein mögliches Motiv könnte sein, dass der Status in der Peer-Gruppe gesteigert werden kann oder dass die Gruppe gefestigt wird (Weissman, z.n. Herek, 1989). Auch Uhle (1994) kommt in der qualitativen Untersuchung von 8 Tätern zum Ergebnis, dass gruppenspezifische Prozesse zum Tatmotiv gehören (Zugehörigkeit mitteilen, Ansehen gewinnen, Nachahmung älterer Gruppenmitglieder),

außerdem bietet die Gruppe Schutz vor dem Verdacht, selbst homosexuell zu sein. Auch die Bestätigung der eigenen Maskulinität durch Angriff auf schwule Männer könnte ein Motiv sein (Horwitz & White, z.n. Herek, 1989; Reiss, 1961). “Auffällig waren *bei allen* [Tätern, Anm.] *betont männliche und latente oder offene aggressive Züge*” (Uhle, 1994, S. 175). Auch die Beziehung zu den Eltern war bei allen Tätern problematisch und der Bildungsgrad war niedrig. Wichtig ist auch die Überzeugung der Täter, dass die Opfer keine Anzeige machen. Für viele Täter ist Gewalt gegen schwule Männer auch eine Art Lustgewinn, bei dem “sie sich am Verhalten der Opfer, das sie als ängstlich, weibisch, bittend, tuntenhaft, lächerlich wahrnehmen, belustigen, bei denen sie sich stark fühlen, indem sie die Angst erleben, die sie bei den Opfern auslösen, und wo selbst das Belauschen von Schwulen beim Sex [in Parks, Anm.] Spaß bereitet” (Uhle, 1994, S. 183) Uhle weist auf drei Ziele hin, die durch Gewalt gegen schwule Männer erreicht werden sollen (S. 184f): Verführungsabwehr, sich von der Homosexuellengruppe zu distanzieren und diese Distanz mitteilen zu wollen. Ich meine, dass es sich hier um Funktionen antischwuler Gewalt handelt, und dies für präventive Ansätze berücksichtigt werden soll, ähnlich wie beim Abbau von negativen Einstellungen (Herek, 1991). Wegen des geringen Alters der Täter weist Herek (1989) auf die Notwendigkeit hin, bereits frühzeitig und in Schulen zu intervenieren.

Religiosität: Viele Religionsgemeinschaften stehen homo- und bisexuellen Personen negativ gegenüber (z.B. Katholischer Nachrichtendienst, 2002).¹³ Unwohlsein mit schwulen Männern und lesbischen Frauen korreliert positiv mit der Häufigkeit von Kirchenbesuchen (Gentry, 1987) oder einer engen Bindung zu Kirchen (Bochow, 1993; Lautmann & Wienold, 1977; Herek, 1988). Religiosität hängt auch mit der Ablehnung von anderen Out-Groups zusammen (siehe Hewstone et al., 2001).

Bildung: Ein Vergleich der PflichtschulabgängerInnen mit MaturantInnen zeigt, dass letztere ablehnender gegenüber der rechtlichen Diskriminierung von schwulen und lesbischen Menschen sind (“Standard”, 1. Juli 2002). Ein Bildungseffekt findet sich auch in anderen Untersuchungen (Herek, 1988).

Alter: Eine negative Einstellung korreliert positiv mit dem Alter, d.h. je älter die befragten Personen waren, umso negativer war die Einstellung (Herek, 1988). Circa 75% der unter 30-Jährigen stimmten der Aufhebung des § 209 zu, während dies nur bei ca. 30% der über 50-Jährigen der Fall war. Rechtliche Einschränkungen empfinden 80% der

¹³Hier ist anzumerken, dass z.B. die evangelische Kirche in Salzburg eine eher akzeptierende Sichtweise vertritt. So wurde die gleichgeschlechtliche Partnerschaft eines schwulen evangelischen Priesters offiziell gesegnet.

jüngeren, aber nur 50% der älteren Befragten als Diskriminierung (“Standard”, 1. Juli 2002).

Politische Orientierung: Personen, die mit der eher konservativen Parteien CDS/CDU sympathisierten, wiesen die negativste Einstellung auf, SympathisantInnen der Grünen Partei die positivste Einstellung (Bochow, 1993). In den USA fanden sich ähnliche Ergebnisse (Herek, 1988).

Autoritäre Persönlichkeit: Autoritäre Persönlichkeiten sind negativ gegenüber Homosexualität und anderen Out-Groups eingestellt (Überbl. bei Herek, 1991; Hewstone et al., 2001; Altemeyer, 2001). Besonders politisch rechts orientierte, autoritäre Personen zeigen negative Einstellungen, mit Korrelationen von $r = .6$ (Altemeyer, 2001).

Stadt-Land-Unterschiede: Intoleranz gegenüber homosexuellen Personen hing mit der Wohnortgröße zusammen, in der die Befragten lebten, aber noch stärker mit der Größe des Wohnortes, in der die Befragten bis zu ihrem 16ten Lebensjahr lebten (Stephan & McMullin, 1982). Je kleiner der Wohnort war, umso negativer war die Einstellung zu Homosexualität.

Homosexuelle Personen im Bekanntenkreis: Eine Freundschaft mit einem schwulen Mann oder einer lesbischen Frau hängt mit einer positiveren Einstellung zur Homosexualität zusammen (Gentry, 1987; Herek, 1988). Interessant ist, dass die Erfahrung einer “Anmache” durch schwule bzw. lesbische Personen sogar mit einer positiveren Einstellung zusammenhing. Nimmt man allerdings nur Personen, die nie eine homosexuelle Person im Bekannten- bzw. Freundeskreis hatten, so ergibt sich dieser Zusammenhang nicht (Gentry, 1987). Für Altemeyer (2001) ist der persönliche Kontakt mit homo- oder bisexuellen Menschen *der* Faktor zur Einstellungsänderung. Auch die Befragten selbst geben an, dass sie ihre Einstellung hauptsächlich dadurch geändert haben (gefolgt vom Wissen über biologische Ursachen und über die Gewalt gegen schwule Männer).

Determiniertheit von Homosexualität: Die Einstellung gegenüber Homosexualität wird auch davon beeinflusst, ob man sie als frei wählbar betrachtet oder nicht (Überblick in Le Vay, 1996). Politisch rechte autoritäre *und* dogmatische Personen scheinen ihre Einstellung aber nicht zu ändern, wenn sie über die Determiniertheit der homosexuellen Orientierung informiert werden (Altemeyer, 2001).

Ursachen von Vorurteil/Diskriminierung

Funktionen von Einstellungen/Vorurteilen/Stereotypen:

Herek (1991) betont, dass erst die Kenntnis der psychologischen Funktionen von Vorurteilen und von Stereotypen diese erklären können, und noch wichtiger, dass erst dadurch potentielle Ansätze zur Einstellungsänderung abgeleitet werden können.

Diesbezüglich wertvolle Daten liefert die Untersuchung von Herek (1987), in der Schulaufsätze zum Thema Homosexualität analysiert worden sind. Dabei zeigten sich drei Funktionen, die der Einstellung zugrunde liegen.

Erfahrungsschemata wirken sinnstiftend, indem sie Erfahrungen mit homo- und biseuellen MitschülerInnen generalisieren und dadurch auf zukünftige Erwartungen schließen lassen. 14% der Schüler zeigten ausschließlich dieses Muster, 9% zusammen mit anderen Funktionen.

Selbstaussdruck: Mit einer bestimmten Einstellung zu Homosexualität können persönliche Werte bzw. Einstellungen der Ingroup (Freunde, Familie, etc.) bestätigt und ausgedrückt werden. Die meisten der Schüler zeigten dieses Funktion alleine (40%) oder zusammen mit anderen Funktionen (43%).

Abwehrfunktion: Negative Einstellungen können auch zur Abwehr von eigenen, unbewussten homosexuellen Gefühlen oder Konflikten dienen, indem sie auf schwule, lesbische und bisexuelle Menschen projiziert werden.

Aronson (1994) nennt einige Ursachen für Vorurteile:

Die "Sündenbock-Theorie": Im alten Testament sind Opferrituale zum Abgleichen von Sünden geschildert. Bekannt ist das Sündopfer-Ritual für den Versöhnungstag "Aaron soll seine beiden Hände auf den Kopf des lebenden Bockes legen und über ihm alle Sünden der Israeliten, alle ihre Frevel und alle ihre Fehler bekennen. Nachdem er sie so auf den Kopf des Bockes geladen hat, soll er ihn durch einen bereitstehenden Mann in die Wüste treiben lassen, und der Bock soll alle ihre Sünden mit sich in die Einöde tragen" (3. Mose, Kap. 16, Vers 21,22, deutsche Einheitsübersetzung). Dies entspricht dem Abwehrmechanismus der *Projektion*, den PsychoanalytikerInnen als unreife Form der Abwehr unerwünschter Impulse, also eine Form der neurotischen Konfliktverarbeitung benennen würden. Er ist dadurch charakterisiert, dass "eigene Gefühle, Impulse, Tendenzen unbewußt einem anderen zugeschrieben werden" (Mentzos, 1984, S. 63). Empirische Evidenz dafür, dass Homophobie das Resultat der Abwehr (unbewusster) homosexueller Impulse sein könnte, zeigt die Untersuchung von Adams, Wright, and Lohr (1996). Von männlichen Probanden wurde zuerst das Ausmaß an homophober Einstellung und zusätzlich die Aggressivität erhoben. Dann wurden drei Filme vorgespielt, in denen explizit sexuelle Handlungen zwischen Frauen, zwischen Männern, und zwischen Mann und Frau dargestellt waren. Gleichzeitig wurde der Penisumfang gemessen. Bei den Filmen mit schwu-

lem Sex zeigte sich nur bei den homophoberen Probanden eine statistisch signifikante Peniserrigierung. Wenn die subjektiv empfundene Erregung als Kovariable mitberücksichtigt wurde, so fand sich nur im schwulen Film eine Diskrepanz zwischen subjektiv empfundener Erregung und tatsächlicher Peniserrigierung, vor allem bei den homophoben Probanden. Es gab keinen Gruppenunterschied in der Aggressivität zwischen homophoben und weniger homophoben Probanden, somit fällt sie als konfundierende Variable aus. Die Autoren schließen, dass sich die homophoben Versuchspersonen ihrer homosexuellen Impulse nicht bewusst sind oder dass sie diese leugnen. Adams et al. (1996) geben folgende Alternativerklärungen für die Ergebnisse: Ängstlichkeit ist mit einem höheren Ausmaß an körperlicher Erregung und somit auch mit einer stärkeren Durchblutung des Penis verbunden. Es könnte sein, dass die homophoben Personen beim Betrachten der Filme mit schwulem Sex ängstlicher waren.

Konformität mit den Werten/Normen der "In-Group": Nach der *Theorie der Reduktion der subjektiven Unsicherheit* ("subjective uncertainty reduction theory", (Hogg & Abrams, z.n. Hewstone et al., 2001) ist Unsicherheitsreduktion die Motivation für die Identifikation mit der In-Group, weil diese Regeln und Normen für das Verhalten vorgeben. Die In-Group wird dadurch gegenüber anderen Gruppen aufgewertet. Experimentelle Manipulation der Unsicherheit hatte tatsächlich einen Einfluss auf die Gruppenidentifikation. Unsicherheit bezüglich der Maskulinität der In-Group könnte demnach durch Gewalt gegen schwule Männer kompensiert werden (Reiss, 1961; Uhle, 1994).

Soziale Identität: Die Theorie der sozialen Identität von Tajfel and Turner (1979) ist eine der einflussreichsten zur Erklärung von Gruppenkonflikten: Durch Abwertung der Out-Group bzw. Aufwertung der In-Group wird der Status der In-Group erhöht, und die Identifikation mit der In-Group wirkt sich positiv auf den Selbstwert aus. Die Interviews von jugendlichen Tätern sind konsistent mit dieser Theorie (Uhle, 1994).

Einstellungsänderung

Persönlicher Kontakt zu homo- und bisexuellen Personen wird auch von befragten heterosexuellen Personen als der wichtigste Faktor zur Einstellungsänderung gesehen (Altemeyer, 2001). Aus der Einstellungsforschung ist bekannt, dass folgende Faktoren beim Kontakt mit Mitgliedern von Randgruppen die Einstellung am ehesten ändern (Ajzen, 2001). :

- Offensichtlichkeit gleicher Ziele
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Gruppen
- Längerfristiger Kontakt (im Gegensatz zu kurzen, künstlichen)
- RepräsentantInnen der Out-Gruppe haben den gleichen Status
- RepräsentantInnen der Out-Gruppe haben ähnliche Werte

Diese Bedingungen werden am ehesten dann erfüllt, wenn es sich um Freunde, Familienmitglieder, Arbeitskollegen etc. handelt.

Über die Frage, ob die durchführenden Personen von Aufklärungsprojekten selbst homo- oder bisexuell sein sollten, gibt die Untersuchung von Petty, Fleming, and White (1999) eine Antwort: Es zeigte sich, dass Personen mit weniger negativen Einstellungen gegenüber Homosexualität Information genauer durcharbeiteten, wenn der Verfasser der Information homosexuell war. Probanden mit starken Vorurteilen zeigten diesen Effekt nicht. Dies ist allerdings im Widerspruch zu Ergebnissen, nach denen Information, die von weniger gemochten Personen stammte, genauer durchgearbeitet wurde (Petty, Wegener, & Fabrigar, 1997). Information von Out-Group-Mitgliedern dürfte genauer durchgearbeitet werden, wenn die Information gegen die Stereotypen der Out-Group gerichtet ist (Petty et al., 1997). Bob Altemeyer (2001) outete sich in einer Einführungsveranstaltung für PsychologiestudentInnen und erhob die Einstellungen gegenüber Lehrpersonen und Homosexuellen generell. Es sank zwar die Beliebtheit von Altemeyer, aber die Einstellung gegenüber Homosexuellen verbesserte sich im Vergleich zu anderen Jahrgängen, wo sich Altemeyer nicht outete.

1.7.3 Von der institutionalisierten zur allgemeinen Diskriminierung

Die Diskriminierung von homo- und bisexuellen Menschen erfolgt auch durch soziale Institutionen. Noch immer ist die rechtliche Gleichstellung von homo- und heterosexuellen Personengruppen eher die Ausnahme als die Regel und ein Blick in die Geschichte eröffnet das Ausmaß an Diskriminierung gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen. Herek (1989) betrachtet Hasskriminalität gegen homo- und bisexuelle Menschen als logische Folge institutionalisierter Diskriminierung: "Antigay hate crimes must be understood, in part, as a logical outgrowth of this pervasive norm of intolerance" (p. 949). Das Ausmaß, mit dem homo- und bisexuelle Männer und Frauen seitens der Institutionen diskriminiert werden, ist viel höher als jenes anderer Randgruppen (andere Rassen, Volksgruppen und religiöse Minderheiten) und hat deshalb vielleicht auch eine anderes Gewicht (Herek, 1989).

Moreover, it is the interplay between ethnocentric and other discrimination-legitimizing ideologies, created and defended by political and religious elites, gradually coagulated in collective beliefs and social norms and, finally, the sometimes blind, often utilitarian conformity with these norms, which account for the obvious homogeneity in dominant group members' aversive behavior toward minorities (Mummendey & Otten, 2001, S. 127).

“Es sind die absichtlichen, wohlüberlegten Entscheidungen zur Ungleichbehandlung von In- und Out-Groups, die von besonderem Interesse sind, wenn es darum geht, Antezedenzen für ausgeprägte Unterdrückungen, Ablehnung und Diskriminierung zu finden” (Mummendey & Otten, 2001, S. 122, eigene Übers.). Solche Entscheidungen werden oft damit gerechtfertigt, indem man sich auf traditionelle Überzeugungen beruft oder indem man diskriminierte Gruppen als bedrohlich charakterisiert (siehe die Zitate am Ende dieses Kapitels). Es ist daher nahe liegend, dass man, will man Homophobie verringern, vor allem auf der institutionellen Ebene ansetzen muss. Es gibt Hinweise, dass dadurch Vorurteilen wirksam entgegengewirkt werden kann. Personen mit subtileren Vorurteilen scheinen diese nur eingeschränkt auszudrücken. Wenn jedoch negative Einstellungen auch auf der institutionellen Ebene vorhanden sind, zeigen diese Personen viel offener ihre negativen Einstellungen (Pettigrew & Meertens, 1994). Erst wenn Homophobie “von oben herab” verurteilt und Homosexualität wertgeschätzt wird, wird homophobes Verhalten eher gehemmt und es könnte sein, dass sich dadurch homo- und bisexuelle Menschen eher “outen”, was wiederum zu mehr Kontakten von heterosexuellen mit homo- und bisexuellen Menschen und zur Einstellungsverbesserung führt. Gerade autoritäre Personen, die stark negative Einstellungen gegenüber homo- und bisexuelle Menschen zeigen, haben die Tendenz, sich sozialen Normen und Gesetzen zu unterwerfen (Altemeyer, 2001) und könnten durch Antidiskriminierungsgesetze oder anderen religiösen Bewertungen von Homosexualität ihre Einstellung ändern.

Geschichte des Vorurteils gegenüber Homosexualität

Nach Bleibtreu-Ehrenberg (1981) haben Vorurteile und Stereotype immer eine Geschichte und können somit nicht getrennt von historischen Ereignissen und kulturellen Kontexten verstanden werden. Bleibtreu-Ehrenberg (1981) hat für den zentraleuropäischen Raum die psychologischen Mechanismen und historische Ereignisse miteinander verknüpft. Bei den Megalithen - die von Indogermanen verdrängt worden sind - habe es transvestitische Schamanen gegeben. Diese habe man dann negativ gewertet, obwohl sie zuvor durchaus Hochachtung genossen hätten. Sie seien als “die Argen” bezeichnet worden. Dies wäre der Beginn einer Verkettung, die bis heute andauerte, sichtbar an den für Bleibtreu offensichtlichen Parallelen zwischen den Vorurteilen von damals und jetzt. Bleibtreu-Ehrenberg (1981) meint auch, dass die scheinbar bewusst falsche Interpretation der Bibelstelle über den Sodom Mythos durch Kaiser Justian weit reichende Konsequenzen hatte: Wenn nicht Benedictus Levita diese Interpretation als Rechtfertigung zur Folterung für “Sodomitische Vergehen” verwendete, wäre es zu einem anderen geschichtlichen Verlauf bezüglich der Homophobie gekommen.

1.7.4 Beispiele aus Österreich und Deutschland

Um zu zeigen, dass die Diskriminierung von homosexuellen Männern und Frauen von offizieller Seite in Politik und den Wissenschaften auch in Österreich und auch in Deutschland passiert, werde ich im folgenden unsystematisch aus diversen Medien zitieren:

Politik

“Nicht mit sich reden lassen wollte [der derzeitige Bundeskanzler] Schüssel über den “Homosexuellen-Paragrafen” § 209 im Strafgesetzbuch. Dieser sei keine Frage der Diskriminierung, sondern eine des “Kindesschutzes”, meinte der Bundeskanzler. Auf den Einwand des Anrufers, Österreich setzt sich damit der Kritik etwa der Menschenrechtskommission aus und sei hinsichtlich der Gleichbehandlung Homosexueller Schlusslicht in Europa, sagte der Kanzler in einer streckenweise emotionalen Diskussion: “Wenn wir das letzte Land wären, wäre es mir auch gleich.”. Der SN Leser klagte weiters, gleichgeschlechtliche Partnerschaften würden rechtlich vielfältig benachteiligt, etwa im Mietrecht. Schüssel erklärte, er respektiere jeden Lebensentwurf eines Erwachsenen, doch wehre er sich dagegen, “dass man den Vorrang für Ehe und Familie aufweicht”.“ (Salzburger Nachrichten, 7. Juni 2002)

Der derzeitige Sozialminister Herbert Haupt im Zusammenhang mit dem § 209: “Die Jugend soll die Weiterentwicklung unseres gesellschaftlichen Lebens mit Maß und Ziel vorantreiben, aber nicht jeden Modetrend übernehmen” (Pride, Nr. 68/Juni 2002).

“Ich diskriminiere niemanden, aber ich werde diese Art des Zusammenlebens bestimmt nicht fördern. Ich weigere mich, Homosexualität zur Normalität in unserer Gesellschaft zu erklären.” Für ihn [Nagl] bestehe die Familie aus Vater, Mutter und Kindern - “noch dazu, wo wir über zunehmende Kinderlosigkeit diskutieren.” Dass es bei der fraglichen Veranstaltung [Homosexualität und Glaube] um eine Verknüpfung mit Glaubensfragen geht, stört den Bürgermeister ganz besonders. Seine Hoffnung: “Der Glaube könnte vielleicht für diese Menschen dazu führen, dass sie mit dieser Form des Zusammenlebens aufhören.” Siegfried Nagl (dzt. Grazer Bürgermeister), Die Presse, 20.12.2003, <http://www.diepresse.at/Artikel.aspx?channel=c&ressort=c&id=395827&archiv=false>

Anders als in Deutschland sind homosexuelle Opfer des NS Regimes in Österreich nicht im Opferfürsorgegesetz berücksichtigt. “Am 2. März [2005, Anm.] hatten die GRÜNEN im Parlament einen Fristsetzungsantrag eingebracht, den Text des Opferfürsorgegesetzes (OFG) bis 30. d. M. zu ändern, d. h. um die Opfergruppe der Homosexuellen zu erweitern - es wäre nichts weiter zu tun gewesen, als die Kategorie “Sexuelle Orien-

tierung“ einzufügen. Der Antrag wurde mit den Stimmen der ÖVP und FPÖ abgelehnt! Und ÖVP Sozialsprecherin Walter Tancits forderte die GRÜNEN auf, ihm doch Namen von möglichen Antragstellern zu nennen, was nur als Hohn aufgefasst werden kann [...]” Extra, März/April 2005.

Justiz

Fünf Monate nach (!) der Aufhebung des Paragraphen bestätigte das Oberlandesgericht in Wien das Urteil gegen einen 37-jährigen Mann, der Sexualkontakte mit einem 15-Jährigen hatte. Ein Richter hatte zu einem früheren Zeitpunkt gemeint, dass der Angeklagte “so rücksichtsvoll” mit dem Jugendlichen umgegangen sei “wie man es bei manchen Heterosexuellen, die nach ein paar Bier auf ihre ehelichen Pflichten pochen, wünschen würde.” und ordnete Diversifikation an. Den Klägern war das Urteil zu milde. In einem Folgeverfahren meinte die Richterin Ingrid Jelinek: “hier ist nicht von mündigen Bürgern, sondern von Kindern die Rede.”¹⁴ Für Heinz Patzelt von Amnesty International ist dies ein Fall “archaischer Legaldiskriminierung”, der nun beim Menschenrechtshof in Straßburg anhängig ist (Der “Standard”, 4. Dezember 2002).

Ein Wiener Richter verurteilte einen 36-jährigen Mann wegen Sexualkontakten zu Jugendlichen unter 18 Jahren (§ 209) zu drei Monaten bedingter Haft. Das Oberlandesgericht Wien befand das Urteil als zu milde und forderte 9 Monate Haft, drei davon unbedingte. Der Kommentar des Oberlandesgerichts-Senatsvorsitzenden: “Die Mehrheit der Österreicher will das so” (Pride, Nr. 68/Juni 2002).

Kirche

Der Kardinal Medina Estévez schreibt folgendes an den Papst (stellvertretend für die Klerus-Kongregation), der um eine Stellungnahme zur Frage der homosexuellen Priesteranwärter bat: “Von der Weihe zu Diakonen und Priestern von homosexuellen Männern oder Männern mit homosexuellen Neigungen ist absolut abzuraten, da sie der nötigen Umsicht entbehren und aus seelsorgerischer Sicht ein Risiko darstellen würden. Eine homosexuelle Person bzw. eine Person mit homosexuellen Neigungen ist daher nicht geeignet, das Sakrament der Heiligen Weihe zu empfangen” (Katholischer Nachrichtendienst, 2002).

Daraufhin ein Leserbrief von Wolfgang Stierle “[...]Solange es daher den Pflichtzöli-

¹⁴Um es nochmal zu wiederholen: Hätte dieser Mann Sexualkontakte zu einem 15-jährigen Mädchen gehabt, so wäre dies völlig legal gewesen.

bat gibt - *im Übrigen auch eine der Ursachen für Homosexualität und sexuellen Kindesmissbrauch durch Geistliche*, deren ein normales Sexualleben verboten ist - [...] (Salzburger Nachrichten vom 7. Jänner 2003, kursive Hervorhebung von mir). Dieser Leserbrief blieb unwidersprochen.

Der Vatikan zum Thema rechtlichen Anerkennung von gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften: “Deshalb sind diskrete und kluge Stellungnahmen nützlich, die zum Beispiel folgenden Inhalt haben könnten: den instrumentalen oder ideologischen Gebrauch aufdecken, den man von einer solchen Toleranz machen kann; den unsittlichen Charakter dieser Art von Lebensgemeinschaften klar herausstellen; den Staat auf die Notwendigkeit hinweisen, das Phänomen in Grenzen zu halten, damit das Gewebe der öffentlichen Moral nicht in Gefahr gerät und vor allem die jungen Generationen nicht einer irrigen Auffassung über Sexualität und Ehe ausgesetzt werden, die sie des notwendigen Schutzes berauben und darüber hinaus zur Ausbreitung des Phänomens [Homosexualität, Anm.] beitragen würde. Jene, die diese Toleranz gebrauchen, um bestimmte Rechte für zusammenlebende homosexuelle Personen einzufordern, müssen daran erinnert werden, dass die Toleranz des Bösen etwas ganz anderes ist als die Billigung oder Legalisierung des Bösen.” “[...] “Das Einfügen von Kindern in homosexuelle Lebensgemeinschaften durch die Adoption bedeutet faktisch eine Vergewaltigung dieser Kinder in dem Sinn, dass man ihren Zustand der Bedürftigkeit ausnützt, um sie in ein Umfeld einzuführen, das ihrer vollen menschlichen Entwicklung nicht förderlich ist.” “[...] “Es gibt jedoch gute Gründe zur Annahme, dass diese Lebensgemeinschaften für die gesunde Entwicklung der menschlichen Gesellschaft schädlich sind, vor allem wenn ihr tatsächlicher Einfluss auf das soziale Gewebe zunehmen würde” (Ratzinger & Amato, 2003).

Psychologie

“Der Gang in die “Samenhandlung” oder zur Adoption hat vor diesem tragischen Hintergrund nicht nur etwas bedrückend Illusionäres, sondern gegenüber den Kindern sehr Destruktives.” [Adoptionsrecht bzw. künstliche Befruchtung für schwule Männer und lesbische Frauen, Anm.] [...] “Ebenso, dass der Kuddelmuddel elterlicher “Beziehungskisten” um eine weitere, noch dazu staatlich legitimierte Facette vergrößert wird.” [...] “Als Horrorvision stehen die von homosexuellen Vätern gezeugten und von Leihmüttern geborenen Kinder im Raum, oder gar Kinder, die mittels Klontechnik aus der Erbinformation zweier Männer zusammengemixt sind.” [...] “Was bisher deutlich wird, ist, dass nicht das Wohl des Kindes, sondern die Ansprüche und Bedürfnisse des homosexuellen Paares nach Kindern im Vordergrund stehen.” [...] “Aus kinderpsychologischer Sicht kann jene Argumentation, wonach homosexuelle Elternschaft durch die faktische

Einstellungsänderung in der Gesellschaft legitimiert wird, keinesfalls unterstützt werden.“ (Heinz Zangerle, Kinderpsychologe, Psychotherapeut und Lehrbeauftragter an der Pädagogischen Akademie in Innsbruck im “Standard” vom 27.07.2001).

“Die homosexuelle Frau hingegen wurde Mutter, weil sie einem Mann das Sperma “weggenommen” hat, weil sie es sich nicht “geben” lassen kann. Der Anlass zu dieser “Organtransplantation” kommt nicht von außen, sondern ist Ausdruck eines schwerwiegenden psychischen Konflikts: Die homosexuelle Frau erträgt Sexualität mit Männern nicht. Sie empfindet Widerwillen davor, sie hat panische Angst vor orgasmischen Verschmelzungen, sie wird von Ekelgefühlen beim Gedanken an den Sexualakt beherrscht - oder sie ist Männern gegenüber gänzlich ohne Gefühl”. [. . .] “Das hindert sie am empathischen Verstehen ihres Sohnes. Er bleibt ihr ewig fremd. Und von mangelnder elterlicher Empathie wissen wir aus der Forschung sehr genau, dass sie bei der Entstehung von schweren psychischen Störungen und sozialer Verwahrlosung immer eine herausragende Rolle spielt.” (Gerhard Amendt, Direktor des Instituts für Geschlechter- und Generationsforschung der Universität Bremen im Standard vom 13.08.2001).

Diese Beispiele sind Indizien für die im Vorwort erwähnten, meines Erachtens absurden Meinungen, die zum Thema Homosexualität vertreten werden. Sie gehen aber über bloße Meinungen hinaus und fallen meines Erachtens in den Bereich institutionalisierte Diskriminierung, weil sie von Personen in hohen Funktionen geäußert wurden.

1.8 Homosexualität, psychische Gesundheit und Suizidalität

1.8.1 Einleitung

Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung bezieht zum Phänomen Homosexualität heute eine klar entpathologisierende Stellung (American Psychiatric Association, 2000). Im Dezember 1973 wurde Homosexualität als psychische Störung aus dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)* gestrichen (American Psychiatric Association, 1973). Die Vereinigung reagierte auf die Ergebnisse verschiedener Studien, die nahe legten, dass der überwiegende Teil der homosexuellen Personen zufrieden mit ihrer sexuellen Orientierung war und keine Psychopathologien aufwies. Die Amerikanisch Psychologische Gesellschaft (APA) begründet dies folgendermaßen:

[...] Much objective scientific research over the past 35 years shows us, that homosexual orientation, in and of itself, is not associated with emotional or social problems.

Homosexuality was thought to be a mental illness in the past because mental health professionals and society had biased information about homosexuality since most studies only involved lesbians and gay men in therapy. When researchers examined data about gay people who were not in therapy, the idea that homosexuality was a mental illness was found to be untrue (American Psychological Association, 2000).

Im DSM-III wurde 1980 dann die psychische Störung “ego-dystonische Homosexualität” aufgenommen (American Psychiatric Association, 1980). Diese bezeichnet Menschen, die zwar vorwiegend homosexuell empfinden, aber dadurch in einen inneren Konflikt geraten oder ihre sexuelle Orientierung ändern wollen. Die Ego-dystone Homosexualität wurde 1987 aus der revidierten Fassung des DSM-III-R gestrichen, weil eine schwierige Anpassungsphase bei fast jedem homosexuellen Menschen vorhanden ist (American Psychiatric Association, 1987). Aus dem Krankheitsverzeichnis der World-Health-Organization (WHO), der International Classification of Diseases (ICD) wurde Homosexualität erst 1992 gestrichen (Mendelson, 2003).

In den letzten Jahren erschienen einige Studien mit Zufallsstichproben, die nahe legten, dass schwule Männer, lesbische Frauen, und bisexuelle Männer und Frauen gehäuft psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Phobische Störungen, Substanzmissbrauch, und eine erhöhte Suizidversuchsrate aufweisen (Bagley & Tremblay,

1997; Botnik et al., 2002; DuRant et al., 1998; Faulkner & Cranston, 1998; D. M. Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Garofalo et al., 1998; Garofalo, Wolf, Lawrence, & Wissow, 1999; Gilman et al., 2001; Herell et al., 1999; Paul et al., 2002; Remafedi, French, Story, Resnick, & Blum, 1998; Russell & Joyner, 2001; Sandfort, deGraaf, Bijl, & Schnabel, 2001; Skegg, Shyamala, Dickson, Paul, & Williams, 2003; Wichstrøm & Hegna, 2003).¹⁵

Einige Studien können die höheren Störungsdaten mit Risikofaktoren, wie z.B. mit Diskriminierungserfahrungen in Zusammenhang bringen (z.B. Bontempo & D'Augelli, 2002; Diaz et al., 2001; Safren & Heimberg, 1999). Die Kausalrichtung bleibt aber immer, wie in den meisten psychologischen, nicht-experimentellen Untersuchungen, unbestimmt. Andere Untersuchungen konnten die Unterschiede in der psychischen Gesundheit von hetero- und homo-/bisexuellen Personen nicht durch die Berücksichtigung von Risikofaktoren "erklären" (z.B. Herell et al., 1999; Russell & Joyner, 2001; Wichstrøm & Hegna, 2003).

Leider weisen weder die American Psychiatric Association (2000) in ihrem "Fact Sheet" noch die American Psychological Association (2000) auf den Umstand der gehäuften psychischen Störungen unter homo- und bisexuellen Personen hin. Die Diskussion um die Krankheitswertigkeit scheint dadurch noch nicht zu Ende geführt zu sein, und in konservativen Kreisen wird sie erneut geführt bzw. hat sie nie geendet. Manche Autoren verwenden die Tatsache, dass homo- und bisexuelle Menschen gehäuft psychische Störungen aufweisen, als Indiz dafür, dass Homosexualität eine Störung ist (Laun, 2001) und in den USA gibt es erneut Versuche, Homosexualität zu "behandeln" oder zu "heilen" (Kemena, 2000). Meines Erachtens sind die Argumente von VertreterInnen der pathologisierenden und entpathologisierenden Seite hier mangelhaft, da über verschiedene Störungsbegriffe, Definitionen und Interpretationen von Daten gesprochen wird. Wissenschaftstheoretische Überlegungen könnten hier zumindest einen formalen Rahmen bieten, in dem die Diskussion geführt werden kann.

1.8.2 Empirische Ergebnisse zu psychischer Gesundheit

Indizien für gehäufte psychische Probleme unter homo- und bisexuellen Personen finden sich, wie im Folgenden detaillierter berichtet wird, in vielen Untersuchungen, aber nicht in allen. Das Fehlen von Unterschieden bezüglich psychischer Störungen in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung war mit ein Grund, Homosexualität aus dem Krankheitsverzeichnis zu streichen. Eine dieser einflussreichen Studien war jene von Hooker (1957), die Ergebnisse von projektiven Tests (Rohrschach, TAT, MAPS) von je 30 homo- und heterosexuellen Personen zwei Klinikern zur Beurteilung des Grades an psychischer Be-

¹⁵Für einen aktualisierten, meta-analytischen Überblick siehe Plöderl and Sauer (in Druck).

einträchtigung vorlegte. Die Kliniker wussten zwar, dass es sich um die Testergebnisse von homo- und heterosexuellen Personen handelt, aber nicht, welches Ergebnis von homosexuellen, und welches von heterosexuellen Personen stammte. Die Kliniker stuften homo- und heterosexuelle Personen als gleich gesund/krank ein. Dann wurden die Testergebnisse paarweise vorgelegt und die Kliniker mussten entscheiden, welches von einem homosexuellen bzw. einem heterosexuellen Mann stammt. Das Ergebnis war, dass die sexuelle Orientierung nicht überzufällig erkannt wurde.

In anderen Studien zeigten sich jedoch Unterschiede in der Störungshäufigkeit bzw. im Symptomausmaß. Nurius (1983) fand, dass Depressivität, Selbstwertprobleme, Unzufriedenheit mit der Beziehung und sexuelle Unzufriedenheit mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen. Asexuelle Personen hatten auf allen genannten Variablen erhöhte Werte, gefolgt von homosexuellen, bisexuellen und heterosexuellen Befragten. Die Unterschiede waren allerdings nicht besonders hoch. Nachdem soziodemografische Variablen kontrolliert wurden, klärte die sexuelle Orientierung keine Varianz im Selbstwert, in der Beziehungszufriedenheit und der sexuellen Zufriedenheit mehr auf, der Zusammenhang mit Depressivität blieb dennoch bestehen. Bei Safren and Heimberg (1999) klärte die sexuelle Orientierung 8% Varianz der Depressivität auf. 11% der lesbischen Frauen in Bradford et al. (1994) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung wegen einer Depression in Behandlung zu sein.

Es ist schwer, viele der genannten Studien zu interpretieren, denn die gefundenen Zusammenhänge und Unterschiede können aufgrund der selektiven Auswahl der StudienteilnehmerInnen zustande gekommen sein. In den einflussreichen Studien von D. M. Fergusson et al. (1999) und Herell et al. (1999), aber auch schon in der methodisch exzellenten Studie von (Bagley & Tremblay, 1997) wurden erstmals zufällig aus der Population ausgewählte Personen befragt, bzw. Zwillingspaare, bei denen zufällig auch homo- und bisexuelle Personen darunter waren. Es wurden ebenfalls höhere Störungsraten bei homo- und bisexuellen Personen im Vergleich zu den heterosexuellen gefunden. Die Ergebnisse der seit 1997 erschienenen Studien mit Zufallsstichproben sind in Tabelle 1.5 zusammengefasst.

Zufallsstichproben

Die TeilnehmerInnen vieler Zufallsstichproben bestanden aus Jugendlichen oder jungen Erwachsenen. Im Folgenden sei darauf hingewiesen, dass nicht nur bei homo- bzw. bisexuellen Jugendlichen gehäuft Störungen auftreten. Dies ist wichtig, weil oft argumentiert wird, dass psychische Störungen das Resultat einer Phase der Anpassung an eine mehr oder weniger homophobe Gesellschaft seien (Herell et al., 1999; Sandfort et al., 2001).

In der neuseeländischen Longitudinalstudie (D. M. Fergusson et al., 1999; D. Fergusson et al., 2005) fanden sich gegenüber der Kontrollgruppe gehäuft Änderung bei den

Table 1.5. Störungshäufigkeit und sexuelle Orientierung in Zufallsstichproben (Odds-Raten, 95% Konfidenzintervalle in Klammer)

Studie/ Prävalenz/ Stichprobe	SLB _c %	Depression	Angst- und Zwangsstörungen	Substanzmissbrauch/-sucht
D. M. Fergusson et al. (1999) 14-21 Jahre Jugendliche	NZ 2.8	Major D. 4.0 (1.8-9.3)	Generalisierte A. 2.8 (1.2-6.5)	Nikotinabh. 5.0(2.3-10.9) Andere 1.9 (0.9-4.2)
Cochran et al. (2000a) Lebenszeit Erwachsene	US M:2.2	Major D. 2.60(0.84-8.09) Irgendeine afkt. 2.82(1.03-7.71)		
Cochran et al. (2000b) 12-Monate Erwachsene	US F:1.6 M:2.4	M:Major D. 2.87 (1.3-6.3) M:Irgendeine 2.3 (1.2-4.2)	M:Panikatt. 4.4 (1.8-10.6)	F:Drogenabh. 4.0 (1.7-9.5) F:Alkoholabh. 4.3 (2.0-9.1)
Gilman et al. (2001) 12-Monate Alle Altersgr.	US F:1.5 M:2.1	F:Major D. 34.5 vs. 13.3	F:Einfachphobie 25 vs. 13.3 F:PTSD 20.9 vs. 5.9	F:Irgendeine 55.5 vs. 31.8
Gilman et al. (2001) Lebenszeit Alle Altersgr.		F:Major D. 1.9 (1.0-3.3) F:Irgendeine 2.0 (1.1-3.5)	F:Generalisierte A. 3.2 (1.4-7.3) F:Einfachphobie 1.8 (1.2-2.9) F:PTSD 2.7 (1.2-6.1) F:irgendeine 1.8 (1.2-2.8)	F:Drogenmissbr. 4.4 (2.4-8.1) F:Irgendeine 2.4 (1.3-4.4) M:Drogenmissbr. 2.8 (1.6-5.1) M:Drogenabh. 2.4 (1.2-4.8)

Tabelle 1.5. Fortsetzung

Studie/ Prävalenz/ Stichprobe	US	SLB _c %	Depression	Angst- und Zwangsstörungen	Substanzmissbrauch/-sucht
Russell et al. (2001) aktuell	US	F:5.0 M:7.3	F:CES-D_d M_{SLB}=8.1, M_{HES}=6.4 M:CES-D M_{SLB}=6.0, M_{HES}=5.1		F:M_{SLB}=2.5, M_{HES}=1.4 M:M_{SLB}=2.7, M_{HES}=1.6
Jugendliche					
Sandfort et al. (2001) 12-Monate	NED	F:1.4 M:2.8	M:Bipolar 5.0 (1.5-16.8) M:Irgendeine 2.9 (1.5-5.6)	M:Agoraphobie 6.3 (2.0-20.0) M:Einfachphobie 3.8 (1.7-8.1) M:Zwangsstörung 7.2 (1.8-30)	F:Irgendeine 4.1 (1.6-10.5)
Erwachsene					M:Irgendeine 2.6 (1.4-4.7)
Sandfort et al. (2001) Lebenszeit			F:Major D. 2.4 (1.3-4.7) F:Irgendeine 2.4 (1.3-4.6)	M:Panik 4.2 (1.7-10.8) M:Agoraphobie 4.5 (1.8-11.5) M:Einfachphobie 3.6 (1.9-6.7) M:Sozialphobie 2.3 (1.2-4.5) M:Zwangsstörung 6.2 (2.0-18.9)	F:Alkoholabh. 3.6 (1.2-11.2) F:Drogenabh. 8.0 (2.5-25.9) F:Irgendeine 3.43 (1.6-7.3)
Erwachsene			M:Major D. 2.4 (1.4-4.0) M:Bipolar 7.3 (2.9-18.5) M:Irgendeine 3.1 (1.9-5.1)		M:Alk.missbr. 0.48 (0.2-.95)
				M:Irgendeine 2.7 (1.6-4.4)	

Tabelle 1.5. Fortsetzung

Studie/ Prävalenz/ Stichprobe	SLB _c %	Depression	Angst- und Zwangsstörungen	Substanzmissbrauch/-sucht
Jorm et al. (2002) _a Erwachsene	AUS 6.11	$M_{SLB}=2.93(3.93)_b$, $M_{HES}=2.62$ (Mittelwerte)	$M_{SLB}=4.23(5.17)_b$, $M_{HES}=3.63$ (Mittelwerte)	$M_{SLB}=3.57(5.37)_b$, $M_{HES}=2.89$ (Mittelwerte)
Cochran et al. (2003) 12-Monate Erwachsene	US F:2.3 M:2.9	M:Major D. 3.6 (1.71-7.43) M:mind. 1 Störungen 2.7 (1.3-5.5) M:mind. 2 Stör. 3.9 (1.5-9.9)	F:Generalisierte A. 3.9 (1.2-12.8) M:Panik 5.1 (2.0-13.0) F:mind. 2 Stör. 2.9(1.0-8.2)	

Ann: Eine genauere Beschreibung der Stichprobengewinnung und Methode ist in Tabelle 1.11 ersichtlich. Die Kategorie "irgendeine Störung" ist über die Studien nicht zu vergleichen, da bei jeder Studie unterschiedlich viele Störungen erhoben wurden. Nur signifikante Odds-Raten bzw. Mittelwerts- oder Prozentwertunterschiede werden in der Tabelle berichtet. Odds-Raten, die kleiner als .5 sind, bedeuten, dass heterosexuelle Personen gehäuft diese psychische Störung haben. Alkoholmissbrauch wurde von Gilman et al. (2001) als Summe von 9 Items operationalisiert.

M: Männer, **F:** Frauen, **HES:** Heterosexuelle, **SLB:** Homo- oder Bisexuelle, "Depression und Ängstlichkeit wurde von Jorm et al. (2002) mit der Skala von Goldberg et al. (1988) erhoben, Die Angaben beziehen sich auf die Altersgruppe von 40-44 Jahren. ^bDie Zahlen in Klammer sind die Werte für bisexuelle Personen. "Häufigkeit nicht-heterosexueller Personen in %. ^dCES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression-Inventory (Radloff, 1977).

Bezugspersonen (Trennung, Scheidung etc.) und gehäuft kriminelle Handlungen. Diese zwei Faktoren klärten aber die Häufungen in den psychischen Störungen nicht auf. Ansonsten fanden sich keine Unterschiede je nach sexueller Orientierung (Sozioökonomischer Status, familiäre Funktionalität, frühe Eltern-Kind Interaktion, Konflikte mit Eltern, familiäre kritische Lebensereignisse psychischer Zustand der Eltern). Leider wurde die soziale Unterstützung durch FreundInnen und durch die Familie sowie Diskriminierungserlebnisse nicht erhoben. Die Autoren merken an, dass der niedrige Prozentsatz von sich als homo- und bisexuell definierenden Personen (2%) die Störungshäufigkeit schwächer erscheinen lassen könnte. Eine andere mögliche Interpretation der erhöhten Rate an psychischen Störungen wäre, dass sich speziell Menschen, die sich in ihrer Jugend als schwul oder lesbisch definieren, einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, z.B. für Diskriminierungserfahrungen (McDaniel, Purcell, & D'Augelli, 2001).

Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in einer landesweiten US-Studie (Gilman et al., 2001): Bei den Männern waren bei 11 von 12 erhobenen Störungen die Odds-Raten größer als 1, d.h. homo- und bisexuelle Männer hatten ein höheres Risiko, an einer psychischen Störung zu leiden als heterosexuelle Männer. Für Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit waren die Unterschiede auch statistisch signifikant. Bei Frauen waren alle 12 Odds-Raten größer als 1, und für generalisierte Angststörungen, Einfachphobien, PTSD, Major Depression und Substanzmissbrauch statistisch signifikant. Die Störungen waren bei homo- und bisexuellen Personen mit nur einem gleichgeschlechtlichen Sexualpartner am häufigsten. Die Anzahl der gleichgeschlechtlichen Sexualpartner war auch der einzig signifikante Faktor in einer multivariaten Analyse. Selbst der HIV-Status konnte die Störungshäufigkeit nicht erklären, d.h. bei einer Kontrolle dieses Faktors änderten sich die Odds-Raten nicht, obwohl der HIV-Status mit psychischen Störungen in allen Gruppen positiv korrelierte.

Substanzmissbrauch: Der missbräuchliche Konsum von Alkohol und anderen Drogen dürfte bei homo- bzw. bisexuellen Menschen ein besonderes Problem sein. In einer US-Landesweiten Studie fanden sich signifikant mehr Frauen, die Alkohol missbrauchten- und/oder depressiv waren (Russell & Joyner, 2001).

In einer Untersuchung an High-Schools waren die Substanzmissbrauchsraten bei den homo- und bisexuellen Jugendlichen beträchtlich erhöht (6-fach für Kokaineinnahme, 7-fach für injizierte illegale Drogen) (Faulkner & Cranston, 1998). Die sexuelle Orientierung war prädiktiv für früheren und gegenwärtigen Substanzmissbrauch, d.h. homo- und bisexuelle SchülerInnen missbrauchten früher und gegenwärtig mehr Substanzen als heterosexuelle SchülerInnen (Garofalo et al., 1998). Der erhöhte Substanzmissbrauch korrelierte übrigens mit unfreiwilligen Coming Outs (Rotheram-Borus et al., 1991). Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen dürften ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Während

sich wenig viktimisierte heterosexuelle und homo- bzw. bisexuelle Jugendliche im Substanzmissbrauch nicht stark unterschieden, missbrauchten stark viktimisierte homo- bzw. bisexuelle Jugendliche beträchtlich mehr Tabak, Alkohol und Marihuana/Kokain als heterosexuelle stark viktimisierte Jugendliche (Bontempo & D'Augelli, 2002).

Unterschiede im Substanzmissbrauch finden sich aber nicht immer (Rotheram-Borus et al., 1991; Sandfort et al., 2001; Safren & Heimberg, 1999). Die Ergebnisse von Zufallsstichproben lassen jedoch den Schluss zu, dass zumindest bei Jugendlichen eine deutliche Erhöhung im Substanzmissbrauch der Fall ist (s. auch Tab. 1.5, S. 65). Bux (1996) zählt folgende Faktoren auf, die für Alkoholprobleme bei schwulen, lesbischen und bisexuellen Menschen verantwortlich sein könnten:

- Internalisierte Homophobie
- Geschlechtsrollenkonflikt, Geschlechtsrollennonkonformität
- Folge von Diskriminierung (Selbstmedikationshypothese)
- Kulturspezifische Faktoren (Bar-Kultur, Jugendlichkeits“wahn”, Hedonismus)
- soziale Rollen (heterosexuelle Menschen reduzieren oft bei der Familiengründung den Substanzmissbrauch)

Bux weist aber auch darauf hin, dass die empirische Evidenz für diese Theorien sehr widersprüchlich ist. Gerade die Ergebnisse von Garofalo et al. (1998), die zeigen, dass homo- und bisexuelle Kinder und Jugendliche schon vor dem 13. Lebensjahr gehäuft Drogen missbrauchen, spricht gegen die Theorie, dass Substanzmissbrauch ein Merkmal der schwulen Subkultur ist, die hauptsächlich aus Bars besteht.

Kulturelle Unterschiede: Natürlich stellt sich die Frage, ob die Ergebnisse von amerikanischen oder neuseeländischen Studien auf den europäischen Kulturraum generalisierbar sind. Selbst in einem, was Homosexualität angeht, eher toleranten Land wie den Niederlanden fanden sich Unterschiede in der psychischen Gesundheit zwischen homo- und heterosexuellen Personen (Sandfort et al., 2001). In dieser Zufallsstichprobe aus 5998 sexuell aktiven Männern und Frauen gaben 2.8% der Männer und 1.4% der Frauen in den letzten sechs Monaten mindestens einen gleichgeschlechtlichen Sexualverkehr an. Die untersuchten homo- und bisexuellen Männer hatten vor allem eine erhöhte 12-Monats-Prävalenz von bipolaren Störungen und verschiedenen Angststörungen. Die Lebenszeit-Prävalenz war bei Männern ebenfalls bei den bipolaren Störungen, Major Depression und fast allen untersuchten Angststörungen erhöht. Die Lebenszeit-Prävalenz für Alkoholmissbrauch war jedoch bei den heterosexuellen Männern stärker ausgeprägt. Die untersuchten homo- und bisexuellen Frauen hatten gehäuft eine 12-Monats-Prävalenz eines Substanzmissbrauchs (OR=4). In der Lebenszeit-Prävalenz fanden sich ebenfalls gehäuft Alkohol- (OR=4) und Drogenabhängigkeit (OR=8), Stimmungsstörungen (OR=2) und Major Depression (OR=2).

Sandfort et al. (2001) schließen aus den Ergebnissen, dass “die gefundenen Unterschiede in anderen westlichen Ländern größer sein könnten als in den Niederlanden”, denn “verglichen mit anderen westlichen Ländern, ist das holländische soziale Klima gegenüber Homosexualität seit langem und noch immer beträchtlich toleranter” (p. 89, eigene Übers.). Dies lässt für österreichische Untersuchungen erhöhte Unterschiede erwarten, da mit Homosexualität hierzulande restriktiver umgegangen wird als in den Niederlanden. In der Lebensqualität fanden Sandfort, deGraaf, and Bijl (2003) in einer niederländischen Zufallsstichprobe für die Lebensqualität-Dimensionen allgemeine Gesundheit, psychische Gesundheit, emotionale Funktionalität, soziale Funktionalität und Vitalität schlechtere Werte bei den homosexuellen Männern im Vergleich zu heterosexuellen Männern. Bei den Frauen fanden sich diese Unterschiede nicht. Prädiktoren für die Lebensqualität bei den Männern waren der Partnerschaftsstatus (alleine oder in Partnerschaft), Angststörungen oder/und Substanzmissbrauch, Selbstwert, Diskriminierung, Misshandlung oder Ablehnung vor dem 16 Lebensjahr und sexueller Missbrauch. Auch nach Kontrolle dieser Faktoren blieb der Unterschied in der Lebensqualität aufgrund der sexuellen Orientierung signifikant.

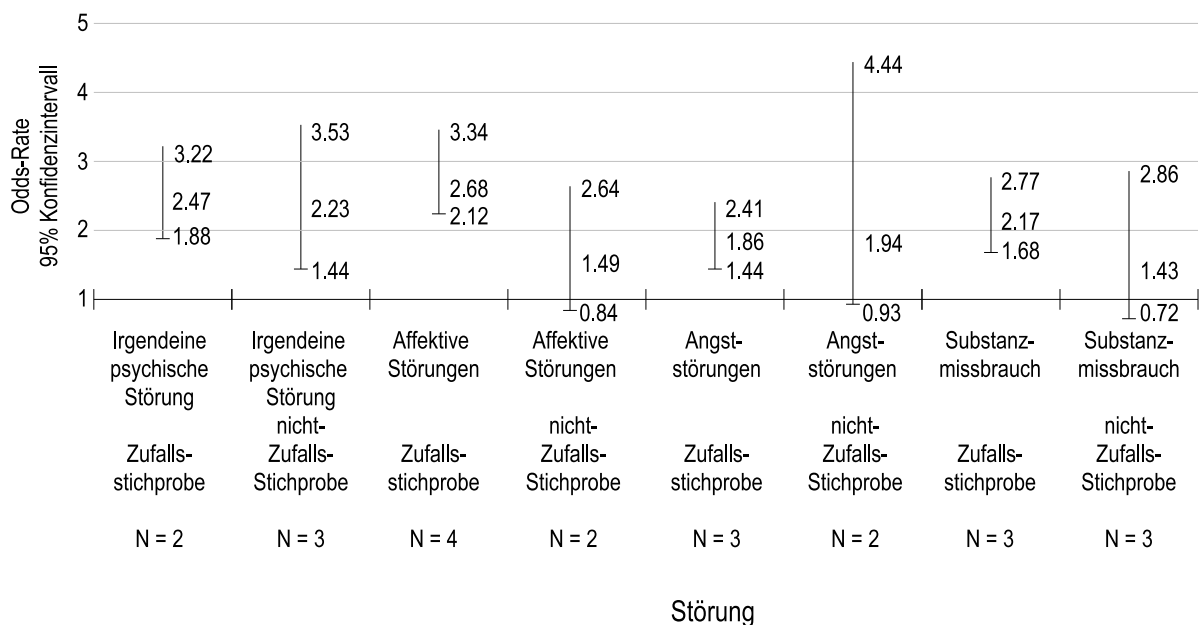


Abbildung 1.1. Ergebnisse der Metaanalyse von Meyer (2003). Odds Raten, deren Vertrauensintervall-Untergrenzen über 1 liegen, weisen auf signifikante Störungshäufigkeiten bei homo- bzw. bisexuellen Personen hin. “Random” bedeutet Zufallsstichproben, “Nonrandom” herkömmlich gewonnene Stichproben, N ist die Anzahl der verwendeten Studien.

Meyer (2003) kombinierte mit Metaanalysen Ergebnisse von Zufalls- und herkömmlichen Stichproben. Es zeigt sich der Trend, der schon in Tabelle 1.5 ersichtlich ist: Affektive und Angststörungen, sowie Substanzmissbrauch waren bei homo- und bisexuellen Personen erhöht, und zwar sowohl in der Lebenszeit- als auch in der 12-Monats-Prävalenz (s. Abb. 1.1).¹⁶

Bei einem Vergleich von Zufalls- und herkömmlichen Stichproben zeigte sich, dass bei den aggregierten Zufallsstichproben alle Unterschiede signifikant ausfielen, bei den aggregierten herkömmlich gewonnenen Stichproben war das nicht immer der Fall, z.T. weil die Effekte kleiner waren, zum Teil, weil die Konfidenzintervalle größer waren (kleinere Stichproben). Dies ist insofern bemerkenswert, als in der Literatur kritisiert wird, dass herkömmliche Stichproben die Störungsraten überschätzen, weil eine selektive Auswahl an befragten Personen getroffen wird. Die Ergebnisse von Meyer (2003) sprechen gegen diese Hypothese und validieren die Resultate aus herkömmlichen Stichproben.

Risikofaktoren für psychische Störungen

Internalisierte Homophobie: Verglichen mit einer psychiatrischen Stichprobe aus homosexuellen Personen wies die nicht-klinische Stichprobe von Bell and Weinberg (1974/1978) viel weniger internalisierte Homophobie auf. Auch die Validierungsstudien von Wagners "Internalized Homophobia Scale" fanden Zusammenhänge mit psychischen Symptomen (Wagner, 1998). Selbstwert/-akzeptanz korrelierte hoch ($r = .87$) mit der psychischen Gesundheit (Hershberger & D'Augelli, 1995). Probleme mit der sexuellen Orientierung klärte (auch nach Kontrolle anderer Stressoren) Varianz in der Depressivität auf (Lewis et al., 2001).

Viktimisierung- und Diskriminierungserfahrungen: Eine Erhebung der wichtigsten Stressoren bei schwulen Männern und Frauen ergab 10 Faktoren, wobei alle signifikant Varianz in der Depressivität aufklärten, darunter auch solche, die Viktimisierungs- und Diskriminierungsaspekte beinhalteten (Lewis et al., 2001).

Ross (1990) untersuchte den Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und psychischer Gesundheit¹⁷ bei homosexuellen Männern. Prädiktiv für das allgemeine psychische Wohlbefinden waren Lebensereignisse in den Bereichen Beziehung, AIDS,

¹⁶These materials originally appeared in English as Meyer (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychological Bulletin, 129, 674-697. Copyright © by the American Psychological Association. Translated and reprinted with permission of the publisher and the author. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. Neither the original nor this translation can be reproduced or distributed in any form or by any means or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the American Psychological Association.

¹⁷ Verwendet wurde der GHQ

Diskriminierung und Coming Out. Diskriminierung und Coming Out waren Prädiktoren für erhöhte Werte in den Skalen Angst, Schlaflosigkeit und Depression. Diese Zusammenhänge waren höher als in anderen Studien. Ein Grund dafür könnte die Verstärkerwirkung für Lebensereignisse durch die Zugehörigkeit zu einer diskriminierten Gruppe sein (Ross, 1990). Hershberger and D'Augelli (1995) fanden einen direkten und indirekten Einfluss von Viktimisierung auf die psychische Gesundheit von schwulen und lesbischen Jugendlichen. Diskriminierungserfahrungen blieben auch nach Kontrolle anderer Variablen ein signifikanter Prädiktor für psychische Symptome bei homo- und bisexuellen US-Latino-Männern (Diaz et al., 2001). Viktimisierung aufgrund der sexuellen Orientierung hing auch in der Studie von D'Augelli and Grossman (2001) an älteren homo- und bisexuellen Personen mit Depressivität zusammen.

Soziale Unterstützung: Die familiäre soziale Unterstützung moderierte bei Jugendlichen den Zusammenhang zwischen Viktimisierungserfahrungen und psychischer Gesundheit. Die familiäre Unterstützung war aber nur bei niedrigerem Gewaltniveau (verbale Gewalt, Gewaltandrohung) ausgeprägt puffernd (Hershberger & D'Augelli, 1995). Soziale Unterstützung klärt unabhängig von anderen Variablen die Suizidversuchsvarianz bei Botnik et al. (2002) auf.

Auch eine vorhandene Beziehung - als Quelle sozialer Unterstützung interpretiert - dürfte eine wichtige Rolle spielen. Wenn in den Regressionsanalysen der Beziehungsstatus nicht kontrolliert wurde, so waren die Unterschiede in der Störungshäufigkeit zwischen homo- bzw. bi- im Vergleich zu heterosexuellen Personen größer (Sandfort et al., 2001). Auch bei Lewis et al. (2001) und Bagley and Tremblay (1997) waren die StudienteilnehmerInnen, die in einer Beziehung lebten, weniger depressiv und sie fühlten sich weniger durch HIV/AIDS belastet. Mitglieder einer Homosexuellenorganisation waren ebenfalls weniger depressiv ($M = 20.0$ vs. $M = 18.0$ auf der CES-D) und hatten weniger Probleme mit der sexuellen Orientierung Lewis et al. (2001).

Schützende Faktoren wie familiäre Akzeptanz, Eingebundenheit in die schwule Gemeinde, Lebenszufriedenheit, schwule Rollenmodelle und belastende Faktoren wie soziale Isolierung blieben auch nach Kontrolle anderer Variablen signifikante Prädiktoren für psychische Symptommhäufigkeit bei homo- und bisexuellen US-Latino-Männern (Diaz et al., 2001). Bei schwulen Männern (nicht aber bei lesbischen Frauen) klärten familiäre Faktoren unabhängig von anderen Stressoren signifikant Varianz in der Depressivität auf (Lewis et al., 2001).

Selbstwert: Der Selbstwert blieb auch nach Kontrolle anderer Variablen ein signifikanter Prädiktor für psychische Symptome bei homo- und bisexuellen US-lateinamerikanischen Männern (Diaz et al., 2001). Hershberger and D'Augelli (1995) zeigen, dass Selbst-

wert (Rosenberg-Skala) und Selbstakzeptanz ein Prädiktor für die psychische Gesundheit ist.

Geschlecht: homo- und bisexuelle Männer hatten gehäuft Störungen, die in der Allgemeinbevölkerung bei heterosexuellen Frauen gehäuft sind (im Vergleich zu Männern), und homo- und bisexuelle Frauen zeigen gehäuft Störungen, die in der Allgemeinbevölkerung “typisch” für Männer sind (z.B. Sandfort et al., 2001). Sandfort et al. (2001) weisen darauf hin, dass genetische Ursachen dieses Muster erklären könnten, d.h. es gibt gewisse Ähnlichkeiten zwischen schwulen Männern und heterosexuellen Frauen, und lesbischen Frauen und heterosexuellen Männern in der pränatalen Entwicklung. Inwieweit dies aber auch durch soziale Faktoren erklärbar ist, bleibt vorerst noch offen.

Geschlechtsrolle: Maskulinität war ein guter Prädiktor für den Selbstwert bei Männern *und* Frauen, unabhängig von der sexuellen Orientierung, d.h. je ausgeprägter die (subjektiv eingeschätzte) Maskulinität war, desto stärker war der Selbstwert. Jedoch nur bei schwulen Männern und lesbischen Frauen war eine hohe Maskulinität mit geringerer Depressivität verbunden. Selbsteingeschätzte Femininität hing weder mit dem Selbstwert noch mit der Depressivität zusammen (Carlson & Steuer, 1985).

HIV-Status: Homosexualität und die AIDS-Problematik gehen für viele Hand in Hand, und tatsächlich ist die HIV-Prävalenz unter homo- und bisexuellen Männern erhöht [4% im Vergleich zu 0.2% der heterosexuellen Männer (Gilman et al., 2001)]. Dass AIDS in der vorliegenden Dissertation nur marginal erwähnt wird, ist einerseits pragmatisch zu begründen, andererseits gibt es auch Hinweise empirischer Natur, dass die Effekte von AIDS auf die psychische Gesundheit zwar gegeben, aber für hetero- und nicht-heterosexuelle Menschen vergleichbar sind (Gilman et al., 2001). Probleme mit HIV/AIDS klärten (auch nach Kontrolle anderer Stressoren) signifikant Varianz in der Depressivität auf (Lewis et al., 2001). Interessanterweise war dies auch bei lesbischen Frauen der Fall (die AIDS/HIV-Prävalenz ist bei lesbischen Frauen im Vergleich zu schwulen Männern sehr gering). Vielleicht kam dieses Ergebnis zustande, weil in der HIV/AIDS-Subskala auch das Item “Schwierigkeiten, einen Liebespartner zu finden” enthalten war.

1.8.3 Suizidalität

Die Einschätzung der Suizidalität homo- und sexueller ÖsterreicherInnen ist eines der Hauptanliegen dieser Arbeit. Der Suizid ist in Österreich bei Männern die zweithäufigste und bei Frauen die sechsthäufigste registrierte Todesursache. Im Jahr 2001 nahmen sich

1489 Personen das Leben, das sind 3% aller männlichen und 1% der weiblichen Verstorbenen dieses Jahres. Anders ausgedrückt, 27 von 100 000 Männern und 10 von 100 000 Frauen nehmen sich das Leben (Statistik Austria, 2003, S. 103). Neben Studien zu stark erhöhten Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen erregten Untersuchungen, die auf ein erhöhtes Suizidrisiko von homo- und bisexuellen Menschen hinweisen, viel Aufsehen.

Suizidalität wird oft als ein Kontinuum von Suizidgedanken bis zum tatsächlich durchgeführten Suizid gesehen und auch so empirisch untersucht. Im Fragebogen von Paykel, Myers, Lindethal, and Tanner (1974) ist dieses Kontinuum durch folgende Fragen, die jeweils eine Phase im Kontinuum darstellen, operationalisiert:¹⁸

1. *Wunsch nach Ruhe, Pause, Unterbrechung im Leben*: “Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass das Leben nicht wert ist, gelebt zu werden?”
2. *Todeswunsch*: “Haben Sie sich jemals gewünscht, tot zu sein, z.B. zu Bett zu gehen und nicht mehr aufzuwachen?”
3. *Suizidgedanken*: “Haben Sie jemals daran gedacht, sich Ihr Leben zu nehmen, auch wenn Sie es gar nicht wirklich tun wollten?”
4. *Suizidabsicht*: “Haben Sie jemals den Punkt erreicht, an dem sie ernsthaft überlegt haben, sich umzubringen oder vielleicht Pläne gemacht haben, wie sie es machen würden?”
5. *Suizidhandlung*: “Haben Sie jemals einen Suizidversuch gemacht?”

Kritik an dieser Operationalisierung kommt von AutorInnen, die meinen, dass das Kontinuum zwischen Suizidabsicht und Suizidhandlung zu wenig untergliedert worden ist. Barber, Marzuk, Leon, and Portera (1998) führen eine weitere Phase ein, nämlich die abgebrochenen Suizidversuche. Damit ist gemeint, dass eine Selbsttötungsabsicht bestand und dass diese Absicht kurz vor dem tatsächlichen Suizid geändert wurde und damit keine Verletzungen resultierten, z.B. wenn jemand auf eine Brücke geht, sich schon über das Geländer lehnt, letztendlich aber doch nicht springt. In ihrer Untersuchung an PsychiatriepatientInnen stellten Barber et al. (1998) fest, dass Personen mit abgebrochenen Suizidversuchen zweimal so oft auch einen tatsächlichen Suizidversuch durchführten.

Unter Suizidversuch, oder Parasuizid versteht die WHO eine “Handlung mit nicht-tödlichem Ausgang, bei der ein Individuum entweder gezielt ein nicht-habituelles Verhalten zeigt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde,

¹⁸Die Fragen wurden von Nindl (2001, S. 25) ins Deutsche übersetzt.

oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken (WHO)".

Wenn die Frage "Haben Sie schon einmal versucht, sich umzubringen?" bejaht wird, so ist dies schwierig zu interpretieren. Welche subjektive Definition wird für "Suizidversuch" verwendet, wenn die Person den Fragebogen ausfüllt oder die Interviewfrage beantwortet? "Dieses Problem wird am Beispiel der Lebenszeit-Prävalenz klar, die bei Jugendlichen paradoxerweise höher ist als bei älteren Befragten" (Meehan, Lamb, Saltzman, & O'Carroll, 1992, S. 42, eigene Übers.), (siehe auch Bradford et al., 1994). In ihrer Studie gaben 10% der Jugendlichen an, irgendwann einen Selbstmordversuch gemacht zu haben, aber "nur" 5% erlitten durch einen Suizidversuch Verletzungen, und 3% benötigten wegen eines Suizidversuches medizinische Hilfe. Allerdings beinhaltet die WHO-Definition von Suizidversuch nicht unbedingt die Notwendigkeit einer Selbstverletzung.

Suizidalität und sexuelle Orientierung

Sei der Publikation des Reportes des U.S. Department of Health and Human Services (1989), in dem berichtet wird, dass das Suizidversuchsrisiko bei schwulen und lesbischen Jugendlichen 2-3fach erhöht ist und bis zu 30% der Jugend-Suizide ausmachen könnten (Gibson, 1989), wird der Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidalität in vielen wissenschaftlichen Publikationen diskutiert.

Suizid und sexuelle Orientierung: Über das Ausmaß vollzogener Suizide bei homo- und bisexuellen Menschen gab es bislang aufgrund methodischer Probleme (s. u.) nur unzureichende Daten, von denen kaum auf die "wahre" Suizidrate geschlossen werden kann (McDaniel et al., 2001). Eine Studie untersuchte post-mortem 283 Personen aus San Diego, die sich suizidiert hatten (Rich et al., z.n. Shaffer, Fisher, Hicks, Parides, & Gould, 1995). Von den 133 Personen unter 30 Jahren konnten neun (7%) als "vorwiegend oder ausschließlich in homosexuellen Beziehungen" oder "sich selbst zu Lebzeiten als homosexuell bezeichnend" kategorisiert werden. Meines Erachtens äußerst kritisch ist, dass bisexuelle Personen der heterosexuellen Gruppe zugeordnet wurden. Shaffer et al. (1995, S. 65) schließen aus dem Ergebnis, dass homosexuelle Personen in dieser Studie nicht überrepräsentiert sind. Durch die folgende Re-Analyse wird dieser Schluss meines Erachtens unzulässig: In Interviews mit Personen aus Zufallsstichproben deklarieren sich nur ca. 1 bis 3% als als homo- oder bisexuell (s.Tab. 1.11). Es ist anzunehmen, dass sich in Shaffers Studie eine ähnlich hohe Prozentzahl gefunden hätte. Ein χ^2 -Test mit einer angenommenen Wahrscheinlichkeit von $p = 0.035$, dass Angehörige eine suizidier-

te Person im Interview als homo- oder bisexuell bezeichnen, würde signifikant ausfallen ($\chi^2(1, 133) = 4.20, p = 0.04$) mit einer Effektstärke von $r^* = .18$. Mit $p = 0.02$ (was realistischer ist) entspräche dies einer Effektstärke von $r^* = .35$, die angesichts der inhaltlichen Bedeutung als sehr hoch bezeichnet werden kann (Rosenthal, Rosnow, & Rubin, 2000), siehe auch S. 112.

Eine weitere Studie (Shaffer et al., 1995) untersuchte die Angehörigen von 170 Personen, die sich suizidierten. Von den 120 (71%) Fällen, von denen Interviews der Angehörigen zur Verfügung standen, hatten - laut Angaben der Angehörigen - 2.5% homosexuelle Erfahrungen, verglichen mit 0% in einer parallelisierten Kontrollgruppe, einem knapp nicht signifikanten Ergebnis. Der Prozentsatz ist in etwa vergleichbar mit den zu erwartenden Prozentsätzen, d.h. in dieser Studie scheinen homosexuelle Personen nicht überrepräsentiert zu sein.

Aus diesen Studien kann noch nicht endgültig auf die wahre Rate von homo- und bisexuellen Personen geschlossen werden, die sich suizidieren, und meines Erachtens ist es nicht zulässig daraus zu folgern, dass die Suizidrate bei homosexuellen Personen gleich hoch sei wie die Suizidrate bei heterosexuellen Personen.

Kürzlich erschien jedoch eine dänische Studie (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003), in der die eben beschriebenen methodischen Mängel überwunden wurden. In Dänemark gibt es seit einigen Jahren die Möglichkeit, eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaften einzugehen. Somit war es möglich, die nationalen Suizidregister mit dem Register eingetragener Partnerschaften zu vergleichen. Es zeigte sich, dass die Suizidrate bei Personen, die in einer eingetragenen Partnerschaft lebten, deutlich erhöht war ($OR = 4.31, CI = 2.23 - 8.36$), auch nach Kontrolle für eine ganze Reihe von anderen Risikofaktoren ($OR = 3.63, CI = 1.71 - 7.67$). Diese Ergebnisse sind bemerkenswert, denn es ist wahrscheinlich dass homosexuellen Personen zum einen in Dänemark - im Vergleich zu vielen andern Ländern - ein liberales Klima vorfinden. Dazu ist es ein Schutzfaktor, in einer Partnerschaft zu leben, und es ist anzunehmen, dass Personen, die eine eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft eingehen, selbstbewusster mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen. Daher ist anzunehmen, dass die Suizidrate in weniger toleranten Ländern und bei allein lebenden homo- und bisexuellen Personen noch höher ist.

Suizidversuche und sexuelle Orientierung

Was den Zusammenhang von sexueller Orientierung und Suizidversuchen anbelangt, kann aufgrund der Vielzahl und methodischen Vielfalt der durchgeführten Studien der vorsichtige Schluss gezogen werden, dass das Suizidversuchsrisiko bei homo- und bisexuellen Männern und Frauen sehr wahrscheinlich erhöht ist. Bevor die Ergebnisse dieser Studien dargestellt werden, sollen jedoch die methodischen Probleme erläutert werden,

die zu einer Unter- oder Überschätzung der Suizidversuchsraten (und Raten an psychischen Störungen) führen können.

Verzerrung durch Validitätsprobleme bei der Erfassung der sexuellen Orientierung: Je nach dem wie die sexuelle Orientierung abgefragt wird, ändern sich die Häufigkeiten derjenigen, die als homo- oder bisexuell eingestuft werden (s. Kap. 1.1). Wie aus Tabelle 1.11 ersichtlich ist, liegt der Anteil der als homo- oder bisexuell eingestuften Personen oft unter drei Prozent (bei Männern ca. 2%, bei Frauen ca. 1%), und damit eher unter der “wahren” Häufigkeit (s. Kap. 1.1). Es könnte somit der Fall sein, dass mehr homo- und bisexuelle Personen in der als “heterosexuell” bezeichneten Kontrollgruppe sind, was zu einer Überschätzung der Suizidalitätsrate in der Kontrollgruppe führen könnte. Dieser Schluss von Bagley and Tremblay (2000) ist allerdings vorschnell, denn sie setzen voraus, dass die als falsch klassifizierten homo- und bisexuellen Personen ebenfalls höhere Suizidversuchsraten aufweisen.

Es gibt Indizien dafür, dass Personen, die sich nicht bezüglich der sexuellen Orientierung festlegen, suizidaler sind. Garofalo et al. (1999) fand heraus, dass Jugendliche, die sich bezüglich sexueller Orientierung nicht sicher waren, ein 2,5-fach erhöhtes Suizidrisiko im Vergleich zu den sich als heterosexuell bezeichnenden Jugendlichen hatten.

Wie schon erwähnt, erhält man je nach verwendeter Dimension der sexuellen Orientierung verschiedene Prozentwerte homo- und bisexueller Personen in Zufallsstichproben. Der Unterschied in der Suizidalitätsrate wird jedoch bei jeder verwendeten Dimension gefunden. Russell and Joyner (2001) verwendeten “same sex romantic attractions” und “same sex relationships” als Merkmale für eine homo- und bisexuelle Orientierung. Die Suizidversuchs-Risikoschätzungen wurden getrennt für diese Merkmale errechnet und ergaben *keine* Unterschiede. Jedoch war das Suizidversuchsrisiko für ihre homo- und bisexuelle Gruppe geringer als jenes aus einer Studie, in der die Selbst-Identifikation als Dimension der sexuellen Orientierung verwendet wurde (Garofalo et al., 1998). Deshalb sollten künftige Studien die sexuelle Orientierung multidimensional erheben, um die Suizidrate getrennt für Homo- und Bisexualität auf der Verhaltens-, Erlebens- und Identifikationsebene zu errechnen. Ebenfalls kritisch ist, dass Personen, die keine sexuellen Kontakte angaben, von der Analyse ausgenommen wurden (z.B. Gilman et al., 2001), da es sein könnte, dass genau in dieser Gruppe homo- oder bisexuelle Personen gehäuft vorkommen. Hier sollte auch angemerkt werden, dass die SchülerInnen, die bei der sexuellen Orientierung “nicht sicher” angekreuzt hatten, sich in ihrem Sexual- und Risikoverhalten von homo- und bisexuellen SchülerInnen unterschieden (Garofalo et al., 1998).

Die sexuelle Orientierung wird oft als dichotomes Merkmal verwendet, wobei bisexuelle und homosexuelle Personen immer in eine Gruppe zusammengefasst werden.

Savin-Williams (2001) schlüsselte die Suizidversuche anhand einer mehrstufig operationalisierten sexuellen Orientierung auf. Männer, die sich bei 2 auf der Kinsey Skala einreihen, wiesen die höchsten "wahren" Suizidversuche auf. Bei Frauen zeigte sich dieser Effekt nicht. Studien sollten demnach mehrere Abstufungen der sexuellen Orientierung berücksichtigen, bzw. könnte es kritisch für die Suizidversuchsraten sein, wo man den Cut-Off-Punkt im Kontinuum von Homo- und Heterosexualität setzt.

Verzerrung durch Validitätsprobleme bei der Erfassung der Suizidversuche:

Fast alle Studien verwenden zum Vergleich der Suizidversuchsrate von homo- und bisexuellen mit jenen von heterosexuellen Personen einfache Fragen wie: "Haben Sie schon einmal einen Suizidversuch gemacht?". Es ist denkbar, dass homo- und bisexuelle Personen in Untersuchungen eher ihre Suizidversuche angeben als heterosexuelle Personen. Falls die tatsächliche Suizidversuchsrate in beiden Gruppen gleich wäre, führte dies zu einer Unterschätzung der Suizidversuchsrate bei heterosexuellen Personen. Es könnte auch der Fall sein, dass Versuchspersonen den Begriff "Suizidversuch" unterschiedlich auffassen. Savin-Williams (2001) kritisiert, dass Suizidversuchsraten von homo- und bisexuellen Personen überschätzt werden, weil diese gehäuft "falsch positive" Suizidversuche angeben, d.h. Suizidversuche, die nicht wirklich Suizidversuche waren (s. auch Tab. 1.6). Diese Kritik ist in Anlehnung an Meehan et al. (1992), die zeigen konnten, dass viele von Jugendlichen angegebene Suizidversuche nicht ernsthaft waren. Deshalb stellte Savin-Williams (2001) den Versuchspersonen, die einen Suizidversuch angaben, zusätzlich eine Kontrollfrage, mit der abgeklärt werden sollte, ob nur ernsthaft über einen Versuch nachgedacht wurde, ob ein Plan gemacht wurde, der aber nicht ausgeführt wurde, eine Methode ausgedacht aber nicht ausgeführt wurde, ein ernsthafter Versuch ohne medizinische Hilfe oder ein ernsthafter Versuch, der medizinische Hilfe benötigte, durchgeführt wurde. Savin klassifizierte so Suizidversuche als "falsche positive Suizidversuche", wenn sich durch die Kontrollfrage herausstellte, dass der Versuch nicht tatsächlich durchgeführt wurde. Es stellte sich heraus, dass 22% der homo- und bisexuellen Frauen und 23% der homo- und bisexuellen Männer von einem Suizidversuch berichteten, dass aber nach Abzug der falsch positiven Suizidversuche "nur" 10% dieser Frauen und 9% dieser Männer einen "wahren" Suizidversuch durchgeführt hatten. Bei den heterosexuellen Jugendlichen wurden weniger falsche positive Suizidversuche angegeben.

Dieses Ergebnis stellt sämtliche Ergebnisse in Frage und bedarf meines Erachtens dringend einer Replikation um herauszufinden, ob die Häufung von falsch positiven Suizidversuchen nur in dieser Stichprobe vorkam oder auf andere Stichproben generalisierbar ist. Savins' Ergebnisse widersprechen zumindest jenen von Safren and Heimberg (1999). Von jenen, die einen Suizidversuch angaben, hatten homo- und bisexuelle Personen 31% den Versuch als tatsächlich ausgeführt angegeben, im Vergleich zu 12% in

Tabelle 1.6. Vier Bedeutungen von Suizidversuchen (SV)

	SV im Fragebogen angegeben	kein SV im Fragebogen angegeben
ausgeführter SV	Wahrer SV	falsch negativer SV
nicht ausgeführter SV	falsch positiver SV	richtig negativer SV

der Kontrollgruppe. Auch in der Untersuchung von (Bagley & Tremblay, 1997), in der Selbstverletzungen getrennt von nicht geglückten Selbstmorden erhoben wurden, zeigten sich deutlich erhöhte Raten an Suizidversuchen unter homo- und bisexuellen Männern.

Problematisch an den Kontrollfragen von Savin-Williams (2001) ist, dass das Suizidkontinuum meines Erachtens unzureichend aufgeteilt ist, genauer, es fehlt die Möglichkeit, einen abgebrochenen Versuch angeben zu können. So müssten Personen, die z.B. auf einer Brücke standen und springen wollten, die Frage "Hatte eine Methode ausgedacht aber nicht ausgeführt" bejahen und würden - meines Erachtens - als falsch positive Versuche eingeordnet werden. Aus oben genannten Gründen erscheint es aber als unzulässig, abgebrochene Suizidversuche als falsch positiv zu bezeichnen. Diese Kritik betrifft aber eigentlich alle Suizidversuchs-Studien. Ein weiteres Problem in der Untersuchung von Savin-Williams (2001) ist die Einstufung von Personen als homo- und bisexuell ab Kinsey-Stufe 1, was zu einem Prozentsatz von 47% (126 von 266) homo- und bisexuellen Personen führte.

Verzerrung durch die Repräsentativität der Stichproben: Bis vor der Jahrtausendwende wurden hauptsächlich Studien publiziert, deren Personen aus der "Szene", aus schwul/lesbischen Studentengruppen oder aus Hilfeeinrichtungen für schwule und lesbische Jugendliche stammten. Die zum Teil sehr hohen Suizidversuchsraten wurden 1998 noch dahingehend interpretiert, dass die Personen nicht repräsentativ für die allgemeine schwul/lesbisch/bisexuelle Population seien (Catalan, 2000). Auch bei Internet-basierten Studien (z.B. Mathy, 2002) ist die Repräsentativität problematisch.

Seit 1999 im "Archives of General Psychiatry" die Ergebnisse einer repräsentativen Zufallsstichprobe (D. M. Fergusson et al., 1999) und einer Zwillingsstudie (Herrell et al., 1999) erschienen, und in Folge weitere Zufallsstichproben (s.u.), die fast ausschließlich höhere Suizidversuchsraten bei homo- und bisexuellen Personen fanden, kann man diesen Effekt nicht mehr auf die Nicht-Repräsentativität zurückführen. Aber auch Zufallsstichproben sind methodisch nicht hieb- und stichfest. Vor allem unehrliche Antworttendenzen, was die sexuelle Orientierung betrifft, können die Ergebnisse verzerren. Ein weiteres Problem kann der zu geringe Rücklauf sein. In der Jugendrisikostudie aus Seattle (z.n. Bagley & Tremblay, 2000) fehlten 20% der Schüler in der 9. bis 12. Schulstufe. Es ist

bekannt, dass homo- und bisexuelle SchülerInnen gehäuft (aus Angst) von der Schule wegbleiben (Massachusetts Department of Education, 1999), sodass Zufallsstichproben in Schulen eventuell genau diese SchülerInnen nicht berücksichtigen. In der Studie von Bagley and Tremblay (1997) an zufällig ausgewählten erwachsenen Männern wurden die beschriebenen Mängel durch die Verwendung eines computerunterstützten Interviews, durch einen hohen Rücklauf, und durch eine stringente Definition von Suizidversuch weitgehend behoben; trotzdem fanden sich deutlich erhöhte Raten an Suizidversuchen in der homo- und bisexuellen Gruppe.

Abschließend soll, wie Herell et al. (1999), auf die 30-jährige Konstanz der ca. 6-fach erhöhten Suizidversuchsrate bei homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Personen hingewiesen werden, unabhängig davon, ob es sich um Zufalls- oder herkömmlichen Stichproben handelte (Vgl. Abb. 1.1). Das Ausmaß von Stichprobenartefakten und Kohorteneffekten dürfte demnach relativ gering sein. Dies ist wichtig, denn Zufallsstichproben sind sehr kostenaufwendig. Dazu ist noch anzumerken, dass dieses Ergebnis trotz der verschiedenartigen Operationalisierung von Homosexualität besteht. Wie weiter unten zu sehen ist, ist eine sechsfache Erhöhung jedoch nicht bei allen Studien zu finden. Der Schluß von Herell et al. (1999) ist möglicherweise also etwas überzogen.

Verschiedene Studien, die nicht nach der sexuellen Orientierung differenziert haben (z.B. Meehan et al., 1992) schätzen das Lebenszeitrisiko in den USA für einen Suizidversuch bei Jugendlichen auf 3 bis 15%, für das letzte Jahr 2 bis 8%, und das Risiko für einen Suizidversuch mit anschließender medizinischer Versorgung liegt bei 3%. Für Erwachsene liegt die Suizidversuchsrate bei ca. 3% (Moscicki et al., z.n. McDaniel et al., 2001). Eine Untersuchung in neun verschiedenen Ländern, darunter auch Deutschland, ergab in den verschiedenen Ländern eine Lebenszeit-Prävalenz für Suizidgedanken von 2 bis 19%, für Suizidversuche von 1% bis 6% (Weissman et al., 1999). Dabei geben Frauen mehr Suizidversuche an als Männer (Meehan et al., 1992; Weissman et al., 1999). Die Werte für Deutschland, die als Vergleich für meine Untersuchungen dienen werden, sind in Tabelle 1.7 ersichtlich.

Tabelle 1.7. Suizidversuchsraten in der Allgemeinbevölkerung (Weissman et al., 1999)

	Gesamt	Männer	Frauen
Suizidgedanken	15.6	14.4	16.8
Suizidversuche	3.4	2.8	4.1

Anm.: Angaben in %. Die Frage zu Suizidgedanken lautete “Haben Sie sich jemals so schlecht gefühlt, sodass sie über einen Suizidversuch nachdachten?”, die Frage zum Suizidversuch lautete “Haben Sie jemals einen Suizidversuch gemacht?” (eigene Übersetzung).

Die gesundheitspsychologische Bedeutsamkeit der erhöhten Suizidversuchsrate von homo- und bisexuellen Menschen kann deutlich gemacht werden, in dem man in einem simplen Rechenbeispiel die Reduktion der Gesamtsuizidversuchsrate errechnet, die entstünde, wenn die Suizidversuchsraten bei homo- und bisexuellen Personen gleich hoch wären wie bei heterosexuellen. Wenn von einer Gesamtsuizidversuchsrate (homo, bi- und heterosexuelle Menschen) von 3% ausgegangen wird, reduziert sich diese in Abhängigkeit vom Prozentsatz homo- und bisexueller Menschen und von deren gehäufte Suizidversuchsrate (Relative Risikorate RR). Bei einer relativen Risikorate von 4 und einer Vorkommenshäufigkeit von Homo- oder Bisexualität von 6% würde die Gesamtsuizidversuchsrate von 3 auf 2.5% sinken (s. Tab. 1.8).

Interessant ist auch die Frage, wie viele Prozent aller Suizidversuche von homo- und bisexuellen Personen begangen werden. Dieser Wert ist unabhängig von der Gesamtsuizidversuchsrate, er hängt nur ab von der Rate an homo- bzw. bisexuellen Menschen und von der relativen Risikorate. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1.9 dargestellt. Bei dem oben erwähnten Beispiel hieße das, dass 20% der Suizidversuche von homo- oder bisexuellen Personen begangen werden. Die Ergebnisse einer neuseeländischen Zufallsstichprobe (Skegg et al., 2003) lassen die Schätzung zu, dass das Fehlen des "Risikofaktors" sexuelle Orientierung zu einer 16%-igen Reduktion der Suizidversuchsrate bei Männern und zu einer 8%-igen Reduktion bei Frauen führen würde.

Empirische Ergebnisse konventioneller Stichproben

Die relativen Häufigkeiten von Suizidversuchen in konventionellen Stichproben, d.h. über die Szene und über Hilfseinrichtungen rekrutierte Personen, schwanken stark. Bisher gibt es noch keine Metaanalyse, mit der ermittelt wurde, von welchen Faktoren die Suizidversuchsrate beeinflusst wird. Ergebnisse ausgewählter Studien sind in Tabelle 1.10 ersichtlich. Darunter befinden sich auch zwei deutsche Studien (Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, 1998; Biechele, 2001), meines Wissens die einzigen, die es derzeit im deutschsprachigen Raum gibt. Auch darin zeigen sich relativ hohe Suizidversuchsraten (8 bzw. 18%), doch fehlten leider heterosexuelle Kontrollgruppen.

Die erste Internet-basierte Studie von Mathy (2002) fand ebenfalls weltweit eine erhöhte Suizidversuchsrate bei schwulen Männern, außer in Europa. Für homosexuelle Frauen fand man erhöhte Suizidversuchsraten nur in Nordamerika. Diese Ergebnisse sind aber mit Vorbehalt zu interpretieren, da zwei Studien aus Europa mit Zufallsstichproben-Designs erhöhte Suizidversuchsraten bei homo- und bisexuellen Personen gefunden hatten.

Es ist schwer, ein abschließendes Urteil über die Suizidversuchsrate anhand dieser Studien abzugeben. Metaanalysen fehlen bisher. Vier der Studien fanden Suizidversuchsraten unter 20%, bei 4 Studien eine Rate von 20 bis 29% und bei 6 Studien eine Sui-

Tabelle 1.8. Reduktion der Gesamtsuizidversuchsrate (angenommen 3%), wenn homosexuelle die gleichen Suizidversuchsraten hätten wie heterosexuelle Personen

RR	Vorkommenshäufigkeit von Homo-/Bisexualität (%)						
	2	4	6	8	10	12	14
1	3.00	3.00	3.00	3.00	0.00	3.00	3.00
2	2.94	2.88	2.83	2.78	2.73	2.68	2.63
3	2.88	2.78	2.68	2.59	2.50	2.42	2.34
4	2.83	2.68	2.54	2.42	2.31	2.21	2.11
5	2.78	2.59	2.42	2.27	2.14	2.03	1.92
6	2.73	2.50	2.31	2.14	2.00	1.88	1.76
7	2.68	2.42	2.21	2.03	1.88	1.74	1.63

Anm.: Die relative Risikorate errechnet sich aus der relativen Häufigkeit eines Suizidversuches bei homo- und bisexuellen Population dividiert durch die relative Häufigkeit für einen Suizidversuch bei der heterosexuellen Population.

Tabelle 1.9. Anteil der Suizidversuche (%), die von homo- oder bisexuellen Personen begangen werden

RR	Homo- bzw. Bisexualität (%)						
	2	4	6	8	10	12	14
1	2.00	4.00	6.00	8.00	10.00	12.00	14.00
2	3.92	7.69	11.32	14.81	18.18	21.43	24.56
3	5.77	11.11	16.07	20.69	25.00	29.03	32.81
4	7.54	14.29	20.34	25.81	30.77	35.29	39.44
5	9.26	17.24	24.19	30.30	35.71	40.54	44.87
6	10.91	20.00	27.69	34.29	40.00	45.00	49.41
7	12.50	22.58	30.88	37.84	43.75	48.84	53.26

zidversuchsrate von über 30%. Bei einer geschätzten “wahren” Suizidversuchsrate bei Jugendlichen von bis zu 13% (Hershberger & D’Augelli, 1995) sind die Ergebnisse aber recht deutlich. Wenn eine Kontrollgruppe vorhanden war, so war die Suizidversuchsrate bei homo- und bisexuellen Personen immer höher.

Zwillingsstudien

Eine sehr einflussreiche Studie untersuchte eine große Gruppe von Zwillingspaaren, bei denen in einigen Paaren ein Zwilling gleichgeschlechtliche Sexualkontakte angegeben hatte, sodass ein Zwilling als homosexuell, der andere heterosexuell kategorisiert wurde (Herron et al., 1999). Der große Vorteil ist, dass sich die Zwillinge bis auf ihre sexuelle Orientierung optimal ähneln und somit konfundierende Variablen maximal konstant gehalten sind. Daneben wurden genetische Faktoren, familiäre Faktoren, Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit, Abhängigkeit/Missbrauch von anderen Drogen und depressive Symptome mit erhoben und in einer logistischen Regression mitgerechnet. Homo- bzw. bisexuelle Männer hatten höhere Raten in diesen Dimensionen und in der Suizidalität. Die Varianzaufklärung durch die sexuelle Orientierung verringerte sich trotz der anderen Faktoren nicht (von $OR = 6.5, CI = 2 - 29$ auf mindestens $OR = 5.6, CI = 1.2 - 26$), je nach verwendetem Modell.

Zufallsstichproben

In Tabelle 1.11 sind die Ergebnisse der seit 1997 erschienenen Zufallsstichproben zusammengefasst. Für fast alle dieser Studien fanden sich statistisch signifikant erhöhte Werte in den Suizidversuchsraten bei homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Befragten, und zwar unabhängig von der Datenerhebungsmethode, der Operationalisierung der sexuellen Orientierung, dem Alter der Befragten und dem Prävalenzzeitraum der suizidalen Handlung, auch wenn das Ausmaß des Effektes variierte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Ergebnisse der Studien sehr ähneln, unabhängig von der verwendeten Stichprobengewinnung (Zufallsstichprobe vs. Szene-Stichprobe), Operationalisierung der sexuellen Orientierung (Identifikation, Verhalten, etc.), Altersgruppen, Länder und der Definition von “Suizidversuch”. Das Ergebnis ist, dass homo- und bisexuelle Personen deutlich häufiger von Suizidversuchen berichten, und sich wahrscheinlich auch häufiger suizidieren. Für eine ausführliche Diskussion und Zusammenfassung der Studien siehe Bagley and Tremblay (2000); Halpert (2002); McDaniel et al. (2001); Russell (2003).

Tabelle 1.10. Suizidversuchsraten (SV) konventioneller Stichproben

Autor(en)	Geschlecht	Stichprobenquelle	SV
Martin and Hetrick (1988)	gemischt	Hilfseinrichtung	21
Hershberger and D´Augelli (1995)	gemischt		42
Safren and Heimberg (1999)	gemischt	Ferienlager	31
		heterosexuelle Kontrollgruppe	13
McBee-Strayer and Rogers (2002)	gemischt	Szene	13
Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (1998)	gemischt	Szene	18
D´Augelli et al. (2001)	gemischt	Universität	35
van Heeringen and Vincke (2000)	gemischt	Ferienlager	17
		heterosexuelle Kontrollgruppe	6
Remafedi (1987)	Männer	Szene	34
Remafedi (1991)	Männer	Beratungszentrum	30
Rotheram-Borus et al. (1995)	Männer	Freizeitzentrum	11
Biechele (2001)	Männer	Szene	8
Savin-Williams (2001)	Männer	Jugendgruppe	23
		heterosexuelle Kontrollgruppe	2
Bradford et al. (1994)	Frauen	Szene	24
Savin-Williams (2001)	Frauen	Jugendgruppe	23
		heterosexuelle Kontrollgruppe	11

Table 1.11. Suizidalität und sexuelle Orientierung. Ergebnisse aus Zufallsstichproben

Studie/ Stichprobe	Land	Dimension der sex. Orientierung	SLB %	Prävalenz	Prozent SLB vs. HES	Odds Ratens (95% CI_d)
Bagley et al. (1997) _A Erwachsene-Interview	CAN	Sexualkontakte (6mon) + Identifik.	M:9.2	Lebenszeit	SV: 6.0 vs. 0.4	14.4 (3.8-61.4)
D. M. Fergusson et al. (1999) _I Jugendliche	NZ	Identifikation Beziehungen ab 16 J.	2.8	Lebenszeit	SG: 67.9 vs. 28.0 SV: 32.1 vs. 7.1 3.7 _B (2.0 – 6.2)	5.4 (2.4-12.2) 6.2 (2.7-14.3)
Faulkner et al. (1998) _F Massachusetts YRBS 1993	US	Sexualkontakte kein Zeitbezug	F:6.2 M:6.4	12 Monate	SG: 41.7 vs. 28.6 SV: 27.5 vs. 14.4	2.1 _B (1.5 – 2.8)
DuRant et al. (1998) _F Vermont YRBS 1995	US	Sexualkontakte Jemals	M:8.7 F:4.9	12 Monate	M: Korrelation SV und Anzahl männl. Sexpartner $r = .27$	
Garofalo et al. (1998) _F Massachusetts YRBS 1995	US	Identifikation schwul/lesbisch/bisex.	2.5	12 Monate	SV: 35.3 vs. 9.9	3.5 _B (2.6 – 4.5)
Russell et al. (2001a) _A Jugendliche	US	attractions (jemals) oder 3 letzte Beziehungen	F:6.6 M:8.4	12 Monate	F:SG: 28.3 vs. 15.2 F:SV: 12.2 vs. 5.0 M:SG: 15.4 vs. 9.7 M:SV: 5.0 vs. 2.0	2.4 _B (1.8 – 3.1) 2.5 _B (1.6- 3.7)

Tabelle 1.11. Fortsetzung

Studie/ Stichprobe	Land	Dimension der sex. Orientierung	SLB %	Prävalenz	Prozent SLB vs. HES	(95% CI_d) (Konfidenzintervall)
Remafedi et al. (1998) _F Jugendliche	US	Identifikation Homo- od. Bisexuell	F:1.0 M:1.2	SG: letztes Monat SV: jemals	F:SG: 34.3 vs. 34.3 F:SV: 20.5 vs. 14.5 M:SG: 31.2 vs. 20.1 M:SV: 28.1 vs. 4.2	1.1 (0.7-1.8) 1.5 (0.8-2.8) 1.6 (0.9-2.8) 7.1 (3.1-16.5)
Gilman et al. (2001) _I alle Alter	US	Sexualverhalten letzte 5 Jahre	F:1.5 M:2.1	12 Monate	F:SG: 13.9 vs. 3.9 F:SV: 0.6 vs. 1.0 M:SG: 1.9 vs. 2.2 M:SV: 1.5 vs. 0.6	2.0 (1.0-3.9) 1.5 (0.7-3.4) 2.2 (1.2-4.2) 2.4 (1.0-5.8)
Herell et al. (1999) _I Erwachsene-Interview	US	Verhalten (> 1-mal) ab 18 Jahre	M:2.0	Lebenszeit	M:SG: 55.3 vs. 25.2 M:SV: 14.7 vs. 3.9	4.1 (2.1-8.2) 6.5 (1.5-28.8)
Cochran et al. (2000) _I Erwachsene-Interview	US	Verhalten (Lebenszeit)	M:2.2	Lebenszeit	M:SG: 41.2 vs. 17.2 M:SV: 19.3 vs. 3.6	6.5 (2.74-15.23) 2.3 (1.3-3.9)
Jorm et al. (2002) _{A,I} Erwachsene	AUS	Identifik.	6.11	12 Monate	$M_c=0.84(1.05)$ vs. $M=0.47$	$p < .001$
Paul et al. (2002) _I Alle Alter	US	Sexualverhalten ab 14 Jahre od. Identifik.	M:8.5	Lebenszeit	M:SG: 21.3 vs. - M:SV: 12.0 vs. -	

Tabelle 1.11. Fortsetzung

Studie/ Stichprobe	Land	Dimension der sex. Orientierung	SLB %	Prävalenz	Prozent SLB vs. HES	(95% CI_d) (Konfidenzintervall)
Wichstrom et al. (2003) ^F	NOR	Verhalten (jemals)	7.0 - 5.7	Lebenszeit	SV: 15.4 vs. 3.6	4.7 (3.0 - 7.3)
Jugendliche		attractions (ggw.)	20.9 - 8.6		SV: 9.1 vs. 3.6	
		Identifikation	13.5 - 8.9		SV: 9.1 vs. 3.6	
Skegg et al. (2003) ^I	NZ	attractions (any)	F:26	SG: 12 Monate	F:SG: 18.5 vs. 7.3	2.9 (1.6 - 5.3)
26-Jährige			M:11	SV: jemals	F:SV: 12.6 vs. 9.3	1.4 (0.7 - 2.7)
					M:SG: 20.8 vs. 7.7	3.1 (1.5-6.6)
					M:SV: 17 vs. 6.1	3.2 (1.4-7.2)

Anm.:

SG... Suizidgedanken, SV... Suizidversuche

YRBS... Youth Risk Behaviour Survey, M: Männer, F: Frauen, HES: Heterosexuelle, SLB: Homo- oder Bisexuelle,

^AComputerunterstütztes Audio-Interview (Turner et al., 1998), ^BBayesianische Schätzung der Suizidversuchs-Risikorate. Diskrepanzen mit

den Original-Odds-Raten können sich ergeben, wenn bei diesen Variablen kontrolliert wurden (z.B. bei D. M. Fergusson et al., 1999),

^FFragebogenmethode, ^IInterviewmethode, ^CFünf Items (Suizidgedanken und -handlungen), die Angaben in Klammer beziehen sich auf

bisexuelle Personen, ^dKonfidenzintervall (95%).

1.8.4 Risikofaktoren für die Suizidversuche

Im Folgenden werden einerseits unspezifische Faktoren erwähnt, von denen in der Allgemeinbevölkerung bekannt ist, dass sie mit Suizidalität korrelieren, andererseits auch spezifische Faktoren, die nur bei homo- und bisexuellen Personen vorkommen können.

Unspezifische Faktoren

Soziodemografische Merkmale, die mit der Suizidversuchsrate zusammenhängen sind z.B. das Geschlecht (Frauen haben höhere Raten an Suizidversuchen) und das Alter (höchste Raten bei Frauen zwischen 15 und 24 Jahren, bei Männern zwischen 25 und 34 Jahren). Singles oder geschiedene Personen haben höhere Raten als Personen mit anderem Familienstand, ebenso Personen mit niedriger Bildung, Arbeitslose, Behinderte und Angehörige unterer sozialer Schichten (Überbl. in Kerkhof, 2002). Risikofaktoren für einen wiederholten Suizidversuch waren: Alter zwischen 25 und 49 Jahre, geschieden sein, Arbeitslosigkeit, sozial niedrige Schicht, Substanzmissbrauch, Depression, Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit, Persönlichkeitsstörungen, instabile Lebensbedingungen oder traumatische Ereignisse (z.B. familiäre Gewalt, "broken homes") (Überbl. in Kerkhof, 2002). In der prospektiven Studie von Lewinston, Rohde, and Seeley (1994) wurden zu einem ersten Zeitpunkt bei Jugendlichen potentielle Risikofaktoren erhoben (die sexuelle Orientierung wurde nicht berücksichtigt). Ein Jahr später wurde deren prädiktive Stärke anhand jener Jugendlichen, die in der Zwischenzeit einen Suizidversuch verübt hatten, getestet. Die Faktoren Depressivität, jüngeres Alter der Mutter, Suizide und Suizidversuche im sozialen Netz, Suizidgedanken, Selbstwert, externalisierendes Problemverhalten, Coping-Fähigkeiten, familiäre Unterstützung, negative Kognitionen, Attributionsstil und Essstörungen klärten unabhängig Varianz für weitere Suizidversuche auf.

In der folgenden Auflistung sind Prädiktoren genannt, für die sich auch bei homosexuellen Personen Zusammenhänge mit Suizidversuchen fanden. Die Zusammenhänge dieser Risikofaktoren mit Suizidversuchen und Suiziden in der Allgemeinbevölkerung sind in Hawton and Heeringen (2002) beschrieben.

Suizidgedanken: In der Studie von Wichstrøm and Hegna (2003) waren Suizidgedanken unabhängig von anderen Risikofaktoren prädiktiv für Suizidversuche.

Suizidversuche: In prospektiven Studien mit Jugendlichen fanden sich hohe Korrelation von Suizidversuchen in der Vergangenheit und subjektive eingeschätzte künftige Suizidversuchswahrscheinlichkeit ($r = .61$) (Safren & Heimberg, 1999, S. 862), bzw. mit tatsächlich durchgeführten künftigen Suizidversuchen (Wichstrøm & Hegna, 2003). Eine holländische Studie fand vergangene Suizidversuche als stärkste Prädiktoren für einen späteren Suizid (van Heeringen et al, z.n. van Heeringen &

Vincke, 2000). Die Jugendlichen in van Heeringen and Vincke (2000) mit mindestens einem Suizidversuch wiesen auch höhere Werte bei der Hoffnungslosigkeit und bei der Depressivität auf, zeigten einen geringeren Selbstwert, waren gehäuft weiblich, unzufriedener mit homosexuellen FreundInnen und hatten mehr Personen mit Suizidgedanken/versuchen in ihrem Umfeld.

Suizid(versuch) im sozialen Netz: Ein gegenwärtiger Suizidversuch eines(r) Freundes(in) geht mit einem erhöhtes Risiko für einen “Werther-Effekt” einher: Mehr als die Hälfte der homo- und bisexuellen Jugendlichen in D’Augelli et al. (2001) gaben an, eine(n) nahe stehende(n) FreundIn zu haben, der/die einen Selbstmordversuch verübt hatte, wobei die meisten dieser FreundInnen ebenfalls homo- und bisexuell waren, verglichen mit 20% bei heterosexuellen Jugendlichen. Multivariate Regressionsanalysen weisen auf einen unabhängigen Effekt hin (van Heeringen & Vincke, 2000; Wichstrøm & Hegna, 2003).

Depression: In van Heeringen and Vincke (2000) war die Depression und die Hoffnungslosigkeit in einer multivariaten Analyse kein unabhängig signifikanter Prädiktor für Suizidversuche. In der Studie von Wichstrøm and Hegna (2003) war Depressivität jedoch unabhängig von anderen Risikofaktoren prädiktiv für Suizidversuche. Depressivität ist einer der Hauptfaktoren für Suizide und Suizidversuche.

Hoffnungslosigkeit: Hoffnungslosigkeit scheint als Mediatorvariable zwischen Depressivität und Suizidabsicht zu fungieren (Williams & Pollock, 2002). In Safren and Heimberg (1999) fand sich mehr Hoffnungslosigkeit in der homo- und bisexuellen Gruppe im Vergleich zur heterosexuellen.

Selbstwert: Der Selbstwert klärte unabhängig von anderen Variablen bei homo- und bisexuellen Männern Suizidversuchs-Varianz auf (Botnik et al., 2002; Wichstrøm & Hegna, 2003).

Geschlechtsrolle: Die Femininität oder Undifferenziertheit [nach der Skala von Bem (1974)] war ein guter Prädiktor für Suizidversuche bei männlichen homo- und bisexuellen Jugendlichen (dreifach erhöhtes Risiko) (Remafedi, 1991). Dies passt auch zur oben geschilderten erhöhten Depressivität bei (homo- und heterosexuellen) Männern und Frauen mit niedrig ausgeprägter Maskulinität (Carlson & Steuer, 1985). In der norwegischen Studie von Wichstrøm and Hegna (2003) fanden sich keine Unterschiede in der Geschlechtsrolle bei hetero- im Vergleich zu homo- und bisexuellen Jugendlichen.

Substanzmissbrauch: Der Gebrauch von Poppers klärte unabhängig von anderen Variablen bei homo- und bisexuellen Männern Varianz der Suizidversuchsrate auf

(OR=2.4) (Botnik et al., 2002). In der Untersuchung von Remafedi (1991) war dies für den Gebrauch von illegalen Drogen der Fall. Substanzmissbrauch klärte nur bei den Männern signifikant Suizidversuchsvarianz auf, nicht bei Frauen (McBee-Strayer & Rogers, 2002).

Coping-Fähigkeiten: Bei männlichen, delinquenten Jugendlichen fand sich ein Zusammenhang von Suizidversuchsraten mit subjektiv empfundenen Coping-Fähigkeiten (Survival and Coping Beliefs Scale SCB aus dem “Reasons for Living” (RFL)- Fragebogen) und den Suizidversuchen (D. A. Cole, 1989). In der Untersuchung von Hirsch and Ellis (1998) unterschieden sich homo- und heterosexuelle jugendliche Erwachsene in dieser Dimension aber nicht signifikant. In einer Folgeuntersuchung zeigte sich, dass für homo- und bisexuelle Personen die Faktorstruktur des RFL nicht gegeben war (McBee-Strayer & Rogers, 2002).

Soziale Unterstützung: Der Faktor “Akzeptanz durch Andere” klärte in der Studie von McBee-Strayer and Rogers (2002) nicht signifikant Suizidversuchsvarianz auf. In der Studie von Eagles, Carson, Begg, and Naji (2003) schätzten die psychisch kranken PatientInnen mit Suizidversuchen die Unterstützung durch das soziale Netz als etwa gleich wichtig ein wie psychiatrische Versorgung. Doch konnten nur etwa 50% mit Angehörigen und Freunden über ihre Suizidalität sprechen. Über 80% der PatientInnen waren sich zum Zeitpunkt ihrer höchsten Suizidalität bewusst, durch ihre Leiden stigmatisiert zu sein. Die AutorInnen schließen aus verschiedenen Studien, dass soziale Unterstützung die Suizidalität verringern kann, dass jedoch psychische Krankheiten die Wahrscheinlichkeit verringert, soziale Unterstützung zu erhalten. Ich meine, dass dies bei homo- und bisexuellen Menschen ähnlich sein könnte, vor allem dann, wenn die Suizidalität mit der Homosexualität zu tun hat und die Nutzung des sozialen Netzes nur über ein Coming Out möglich ist.

Sozioökonomischer Status: In einer Studie mit homo- bzw. bisexuellen Personen wurde der sozioökonomische Status kontrolliert, es ergaben sich aber keine Unterschiede je nach Status bzgl. der Suizidversuchsraten, zum Unterschied zu Ergebnissen aus der Allgemeinbevölkerung (van Heeringen & Vincke, 2000).

Geschlecht: Frauen in der Allgemeinbevölkerung haben höhere Raten an Suizidversuchen als Männer (z.B. Kerkhof, 2002), bei den Studien mit homo- und bisexuellen Personen zeigte sich dieser Effekt nicht immer (s. Tab. 1.11).

Spezifische Faktoren

Gewisse Faktoren wie Diskriminierungserlebnisse aufgrund der sexuellen Orientierung, Coming Out oder internalisierte Homophobie sind spezifisch für homo- und bisexuelle

Menschen. Für die im Folgenden genannten Risikofaktoren zeigten sich Zusammenhänge mit suizidalem Verhalten.

Subjektive Faktoren: Befragt nach den Ursachen für die Suizidversuche, gaben die homo- und bisexuellen männlichen Jugendlichen in Remafedi (1991) hauptsächlich familiäre Probleme (44%), Probleme mit der Homosexualität (33%) und Depressivität (30%) an. Die zwei häufigsten Gründe, die Jugendliche in einer Berliner Studie selbst angaben, waren Einsamkeit und das Gefühl, mit niemandem sprechen zu können, und, vor allem bei den jungen Frauen, Probleme mit den Eltern (Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport, 1998). Ein Drittel der befragten schwulen ostdeutschen Männer dachten aufgrund von Diskriminierung und Gewalt schon einmal daran, ihrem Leben ein Ende zu setzen (Starke, z.n. Uhle, 1994).

Hirsch and Ellis (1998) verglichen junge erwachsene homo- und heterosexuelle Personen mit dem "Reasons for Living Inventory" und suchten nach Gründen, die bei einer subjektiv empfundenen Selbstmordgefahr schützend wirken. Diese Gründe wurden in Subskalen zusammengefasst: Überlebens- und Bewältigungsüberzeugungen, Verantwortlichkeit gegenüber der Familie, Kind-bezogene Überlegungen, Angst vor Selbstmord, Angst vor sozialer Ablehnung, moralische Überlegungen und Verantwortlichkeit gegenüber FreundInnen (siehe Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983). Homosexuelle Personen befanden alle vorgegebenen Gründe als weniger wichtig im Vergleich zu heterosexuellen Personen.

Soziale Unterstützung: Die Ergebnisse zur sozialen Unterstützung sind schwierig miteinander zu vergleichen, da soziale Unterstützung ein sehr heterogenes Konstrukt darstellt, unter dem viele spezifischere Konstrukte subsumiert werden (emotionale Unterstützung, instrumentale Unterstützung, etc.). In der Studie von Botnik et al. (2002) klärte die soziale Unterstützung unabhängig von anderen Variablen die Suizidversuchsvarianz bei homo- und bisexuellen Jugendlichen auf (OR=2). Kein Unterschied in der sozialen Unterstützung zwischen Jugendlichen mit und ohne Suizidversuch fand sich bei van Heeringen and Vincke (2000), die Zufriedenheit mit homosexuellen FreundInnen spielte jedoch eine Rolle, auch nach Kontrolle von anderen Variablen.

Mangelnde soziale Unterstützung könnte bei homo- und bisexuellen Personen *nach* einem Suizidversuch ein Problem sein. Die Einstellung zu (hypothetischen) schwulen und lesbischen Peers, die einen Suizidversuch gemacht hatten, ist negativer, als solche zu (hypothetischen) Peers, die aufgrund von unheilbaren Krankheiten suizidal geworden sind (Cato & Canetto, 1993). Hershberger and D'Augelli (1995) zeigen, dass Selbstwert/-akzeptanz *und* familiäre Unterstützung den Einfluss von Gewalterfahrungen auf Suizidversuche und -gedanken puffern können.

Alter beim Coming Out: Unabhängig von anderen Faktoren war das Alter der Identifikation als homo- oder bisexuell für homo- und bisexuelle männliche Jugendliche prädiktiv für Suizidversuche (Remafedi, 1991; Wichstrøm & Hegna, 2003). Die Odds-Rate verringerte sich, wenn die Jugendlichen beim Coming Out älter waren, und zwar um 80% mit jedem späteren Jahr (Remafedi, 1991). Dieser Alterseffekt wurde auch in einer Studie an älteren homo- und bisexuellen Personen gefunden (D'Augelli & Grossman, 2001).

Viktimisierung- und Diskriminierungserfahrungen: In allen erhobenen Dimensionen der Gewalterfahrungen (von der Schule fernbleiben wegen befürchteter Gefahr, Bedrohung oder Verletzung durch eine Waffe, bestohlen werden, Verletzung durch und Verwicklung in einen Kampf) in einer High-School-Studie waren homo- und bisexuelle Jugendliche gehäuft Opfer von Gewalt (Faulkner & Cranston, 1998).

Homo- und Bisexuelle, die einen Suizidversuch machten oder Suizidgedanken hatten, gaben gehäuft Diskriminierungserfahrungen an (Russell & Joyner, 2001), weshalb diese berechtigterweise als Mediatoren bezeichnet werden können. Die Korrelation zwischen Viktimisierung und Suizidversuchen/Gedanken betrug $r = .35$ (Hershberger & D'Augelli, 1995). Der Faktor Missbrauch (physisch, verbal, sexuell) war der einzig signifikante Prädiktor in der Untersuchung von McBee-Strayer and Rogers (2002) undklärte 8% der Suizidversuchsvarianz auf. Der Faktor "rechtliche Diskriminierung"klärte aber kaum Varianz auf. In einer Reanalyse der Daten aus den Jugendrisikostudien in Massachusetts und Vermont zeigte sich, dass das Ausmaß an Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, die sexuelle Orientierung und das Geschlecht einen Einfluss auf die Suizidversuchsrate hatte (siehe Garofalo et al., 1998; DuRant et al., 1998) (s. Abb. 1.2). Außerdem gibt es Interaktionseffekte, d.h. homo- und bisexuelle Jugendliche mit ausgeprägten Gewalterfahrungen hatten eine viel höhere Suizidversuchsrate als heterosexuelle Jugendliche mit ausgeprägten Gewalterfahrungen. Daneben war dieser Effekt bei männlichen homo- und bisexuellen Jugendlichen stärker als bei weiblichen homo- und bisexuellen Jugendlichen (Bontempo & D'Augelli, 2002). Ein Einfluss von sexuellen und anderen physischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit auf die Suizidversuchsrate ist in der Untersuchung von Paul et al. (2002) gefunden worden.

Suizidgedanken standen bei den schwulen und bisexuellen US-lateinamerikanischen Männern praktisch mit allen erhobenen Dimensionen von Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen (in der Kindheit oder im Erwachsenenalter) im Zusammenhang, (Diaz et al., 2001). In der Studie von D'Augelli and Grossman (2001) an älteren homo- und bisexuellen Personen hatten die Personen mit körperlichen Gewalterfahrungen signifikant höhere Suizidversuchsraten als jene mit verbalen Gewalterfahrungen oder ohne Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung.

Familiäre Gewalt dürfte ebenfalls eine große Rolle spielen. Etwa die Hälfte der Jugendlichen mit einem Selbstmordversuch wurden von ihrem Vater beim Coming Out zurückgewiesen oder stießen auf Intoleranz (verglichen mit 28% der Jugendlichen ohne Suizidversuch, stat. signifikant). Die Mütter von 28% der Jugendlichen mit einem Suizidversuch reagierten zurückweisend oder intolerant auf das Coming Out (vs. 19% ohne einen Suizidversuch) (D'Augelli et al., 2001).

Internalisierte Homophobie: Nach den Ursachen befragt, gaben 22% der homo- und bisexuellen Jugendlichen an, dass ihre Suizidfantasien eindeutig, 53% dass sie überhaupt nichts oder eher nicht mit ihrer sexuellen Orientierung zu tun hätten, wobei dies bei Männern zweifach stark ausgeprägt war. Jugendliche, die einen Zusammenhang sahen, wiesen eine ausgeprägtere internalisierte Homophobie auf (D'Augelli et al., 2001).

Sexuelle Inaktivität: In der Studie von Bagley und Tremblay, z.n. McDaniel et al. (2001) war die Suizidversuchsrate unter sexuell nicht aktiven homo- und bisexuellen Männern 14mal höher als in der heterosexuellen Kontrollgruppe. Auch in Gilman et al. (2001) gab es einen ähnlichen Zusammenhang: Homo- und bisexuelle Männer und Frauen mit nur einem(r) SexualpartnerIn in den letzten fünf Jahren zeigten gehäuft psychische Störungen im Vergleich zu Personen mit mehreren SexualpartnerInnen. Wie in Abschnitt 1.6.1 (S. 27) erörtert wurde, kann es für die Identitätsentwicklung sehr wichtig sein.

Von allen Korrelationen in der Vermonter Jugendrisikostudie mit der Anzahl von Suizidversuchen war jene mit der Anzahl gleichgeschlechtlicher Sexualpartner in den letzten 12 Monaten am höchsten ($r = .27$), und in multivariaten Regressionsanalysen klärte dieser Faktor unabhängig von den anderen Risikofaktoren 10% der Varianz der Anzahl männlicher Sexualpartner auf (DuRant et al., 1998). Konträr zu den oben genannten Ergebnissen ist, dass (gleichgeschlechtliche) sexuelle Aktivität in jungen Jahren mit erhöhter Suizidalität einhergeht (DuRant et al., 1998), was auf eine andere Konsequenz der Sexualität in dieser Zeit hinweisen könnte (McDaniel et al., 2001). Eine möglich Erklärung könnte sein, dass bei Jugendlichen die sexuelle Orientierung schwieriger geheim gehalten werden kann, je mehr Sexualpartner man hat, was wiederum zu mehr diskriminierenden Erlebnissen führen kann (DuRant et al., 1998). Die positiven Zusammenhänge mit Gewalterfahrungen sprechen dafür, siehe Punkt 1.7.1).

HIV-Status: HIV-positive Männer wiesen eine 36-fache Suizidrate auf, im Vergleich zu Männern mit einem negativen HIV-Status (Marzuk, z.n. McDaniel et al., 2001). AIDS ist bei homo- und bisexuellen Männern stärker verbreitet als bei heterosexuellen Männern, und es ist wahrscheinlich, dass sich unter den untersuchten Männern viele homo- und bisexuelle Männer befanden. Doch wurde die sexuelle Orientierung nicht erhoben und die Ergebnisse von Gilman et al. (2001, s.o.) sprechen gegen einen allzu großen

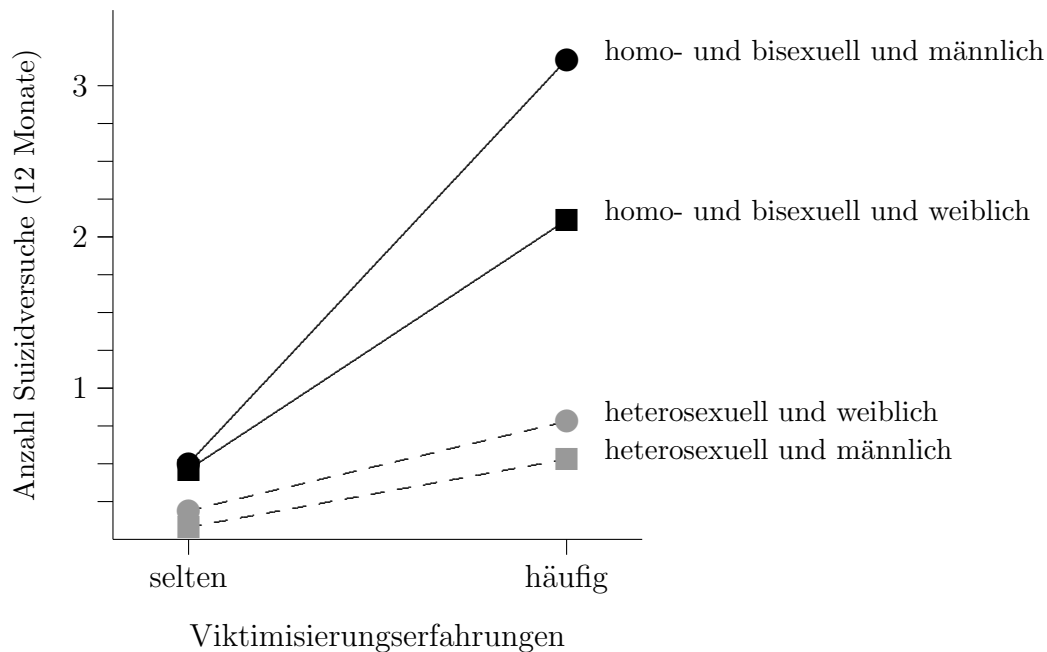


Abbildung 1.2. Suizidversuchsraten in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung, der Viktimisierung und des Geschlechts (Bontempo & D’Augelli, 2002)

Effekt des HIV-Status, zumindest auf die Suizidversuchsrate, denn auch nach Kontrolle des HIV-Status blieben die Unterschiede aufgrund der sexuellen Orientierung erhalten.

Zufriedenheit mit dem Körper: Zufriedenheit mit dem eigenen Körper war unabhängig von anderen Variablen ein Prädiktor für Suizidversuche bei homo- und bisexuellen Jugendlichen (Wichstrøm & Hegna, 2003).

1.8.5 Theoretische und statistische Modelle zu Homosexualität und psychischer Gesundheit

Statistische Regressionsmodelle

Mittels multivariaten Regressionsanalysen wird oft versucht, die Unterschiede in den Suizidversuchsraten durch die Risikofaktoren zu erklären. Dabei werden die Risikofaktoren in einem ersten Schritt in die Regressionsgleichung genommen. Dann wird in einem zweiten Schritt die sexuelle Orientierung in das Modell aufgenommen. Klärt diese dann keine Varianz mehr auf, sei das eine Bestätigung, dass die unterschiedlichen Suizidversuchsraten durch die Risikofaktoren “erklärt” werden konnten. Wie im Folgenden berichtet wird, gelingt diese Erklärung in manchen Studien, in anderen nicht. Dies ist nicht verwunderlich, da verschiedene Risikofaktoren, verschieden operationalisierte Risi-

kofaktoren, Personen verschiedenen Alters und verschiedener Länder, und unterschiedlich komplexe Modelle verwendet wurden.

In der Studie von Russell and Joyner (2001) wurden einige der genannten Risikofaktoren miterhoben (Hoffnungslosigkeit, Depression, Alkoholmissbrauch, Suizid(versuch) eines Familienmitgliedes bzw. unter Freunden, Viktimisierung). Homo- und bisexuelle Personen wiesen höhere Werte in allen untersuchten Risikofaktoren auf. Trotz Kontrolle dieser Faktoren blieb das Suizidversuchsrisiko für homo- und bisexuelle Personen erhöht. Eine Erklärung könnte sein, dass nicht alle relevanten Faktoren kontrolliert wurden.

In der Studie von Safren and Heimberg (1999) wurden die Faktoren Lebensereignisse (positive und negative), Coping, Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, Ausmaß sozialer Unterstützung, Hoffnungslosigkeit, Depressivität und Substanzmissbrauch kontrolliert. Die sexuelle Orientierung korrelierte signifikant mit den Faktoren Depressivität, Hoffnungslosigkeit, vergangene und gegenwärtige Suizidalität. Nachdem die Risikofaktoren im ersten Schritt einer Regressionsanalyse eingeführt wurden, klärte die sexuelle Orientierung keine Varianz in der Depressivität und Hoffnungslosigkeit auf (von 11% auf 2%). In einer anderen Regressionsanalyse klärte nur die Depressivität (nicht aber die Anzahl der Lebensereignisse, Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung, Coping und Hoffnungslosigkeit) die gegenwärtige Suizidalität auf, wurde danach die sexuelle Orientierung im nächsten Schritt eingeführt, klärte diese kaum noch Varianz auf (von 11% auf 1%). Nur bei der vergangenen Suizidalität blieb die sexuelle Orientierung im zweiten Schritt noch ein signifikanter Prädiktor.

Auch in der Zwillingstudie von Herell et al. (1999) reduzierte sich die Varianzaufklärung durch die sexuelle Orientierung *nicht*, wenn andere Faktoren (in diesem Fall psychische Störungen) mitberücksichtigt wurden.

In der Untersuchung von Wichstrøm and Hegna (2003) reduzierte sich der Einfluss der sexuellen Orientierung nach Kontrolle für Risikofaktoren nur geringfügig (von OR 4.7 auf OR 4.3). Diese Studie - meines Erachtens die herausragendste in diesem Bereich - ist durch ihr Longitudinaldesign von besonderem Wert, da die Jugendlichen in einem Zeitraum von 7 Jahren untersucht wurden. Weibliche Jugendliche mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten in den ersten zwei Jahren der Studie hatten im Vergleich zu Jugendlichen ohne gleichgeschlechtliche Sexualkontakte ein höheres Risiko (19 vs. 4%), in den kommenden fünf Jahren einen Suizidversuch zu machen. Der Effekt war bei männlichen Jugendlichen nicht vorhanden.¹⁹ Schon durchgeführte Suizidversuche und depres-

¹⁹Die AutorInnen vermuten, dass durch die bei Jungen um drei Jahre früher stattfindenden gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte die kritische Zeit schon vorbei ist. Dies würde auch das Fehlen von erhöhten Suizidversuchsrate bei homo- und bisexuellen Mädchen in einigen Studien erklären (s. Tab. 1.11, da in vielen Studien eher jüngere Jugendliche untersucht werden, sodass homo- und bisexuelle Mädchen noch nicht in die kritische Zeit erster gleichgeschlechtlicher Sexualkontakte bzw. in die Zeit der Identitätsfindung fallen.)

sive Stimmung waren unabhängige, signifikante Prädiktoren für künftige Suizidversuche. Wertvoll ist diese Studie auch, weil sie unterschiedliche Dimensionen der sexuellen Orientierung (Identität, Attractions, Verhalten) berücksichtigte. In allen drei Dimensionen fanden sich signifikante Unterschiede in der Suizidalität (s. Tab. 1.11).

Die Ergebnisse der Untersuchung von Diaz et al. (2001) passen gut zum theoretischen Modell der AutorInnen. Demnach beeinflussen protektive Faktoren (z.B. familiäre Akzeptanz) indirekt (über die soziale Isolierung und den Selbstwert) die psychische Gesundheit. Risikofaktoren wie soziale Diskriminierung können im Gegensatz dazu direkt und indirekt wirken.

In der Untersuchung von Paul et al. (2002) mit einer Zufallsstichprobe aus schwulen und bisexuellen urbanen Männern, war die Suizidversuchsrate unter nativen Amerikaner, arbeitslosen oder bisexuellen Männern am höchsten. Keine Unterschiede gab es für die Alterskohorten und für den HIV-Status. In einer multivariaten Regressionsanalyse mit distalen Variablen differenzierten folgende Risikofaktoren die Männer mit einem Suizidversuch von Männern ohne einen solchen (Odd-Raten): sexueller Missbrauch als Kind (1.6), wiederholter physischer Missbrauch als Kind (2.1) Alkohol- oder Drogenmissbrauch der Eltern (1.3), Alterskohorte der im Jahr 1970 erwachsen gewordenen. Keinen Einfluss hatten die Variablen Ethnizität, Bildung der Eltern, wiederholte Gewalt zwischen den Eltern und antischwule Gewalt vor dem 17. Lebensjahr. Paul et al. (2002) untersuchten auch den Einfluss von Risikofaktoren auf die Suizidversuche vor und nach dem 25. Lebensjahr und fanden signifikante Zusammenhänge für wiederholte antischwule Gewalt in jungen Jahren, zeitliche Nähe der ersten homosexuellen Erfahrung, die zeitliche Nähe des ersten Coming Outs und jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Befragung. Letzteres Ergebnis könnte darauf hinweisen, dass die Suizidversuchsrate eher im Steigen begriffen ist.

Theoretische Modelle

Einen Versuch, die Risikofaktoren auch in ein theoretisches Modell einzubauen, versuchen McBee-Strayer and Rogers (2002) mit ihrem konstruktivistischen Ansatz. Damit sind "individuelle Konstruktionen, die mit der Erwartung an andere Personen in der Umwelt, Erwartungen an die Beziehungen, an sich selbst und an die Welt im Generellen" gemeint (S. 273f). Diese Konstrukte können als mentale Strukturen aufgefasst werden oder als organisiertes Wissen. Wenn durch neue Erfahrungen (z.B. Ablehnung durch die Eltern aufgrund der sexuellen Orientierung, Arbeitsplatzverlust, etc.) diese Konstruktionen massiv in Frage gestellt werden, kann es für die betroffene Person zur Krise kommen. Meiner Meinung nach besteht der Schwachpunkt in diesem Modell in der Beliebigkeit der in Frage kommenden Risikofaktoren (Missbrauch, Nicht-Akzeptanz durch andere, rechtliche Diskriminierung und Substanzmissbrauch). Nur der Missbrauchsfaktor klärte

signifikant Varianz auf (8%), das gesamte Modell klärte nur wenig Varianz auf ($R^2 = .17$), als prognostisches Modell für Suizidalität wäre es eher ungeeignet.

Ein allgemeines Modell, das zu erklären versucht, warum schwule, lesbische und bisexuelle Frauen und Männer gehäuft psychische Störungen und Suizidalität aufweisen, ist das "Minoritäten-Stress-Modell" von Meyer (2003) (s. Abb. 1.3).²⁰

Neben allgemeinen, nicht minoritäten-spezifischen Stressoren werden die spezifischen, nur für schwul/lesbisch/bisexuelle Personen auftretenden Stressoren in proximale (z.B. Ablehnung, Diskriminierung, Gewalt) und distale (z.B. internalisierte Homophobie, Angst vor Ablehnung) unterteilt. Alle diese Stressoren können psychische Störungen verursachen. Diese Einflüsse können jedoch auch durch Stressverarbeitungsstrategien und soziale Unterstützung oder durch Aspekte der homo- oder bisexuellen Identität (z.B. wenn die sexuelle Orientierung als nur *ein Teil* der Identität wahrgenommen wird) modifiziert werden.

Wissenschaftstheoretisch ist es allerdings derzeit noch unmöglich, mit komplexen Modellen wie dem eben vorgestellten, die erhöhten Raten an Störungen bei homo- und bisexuellen Personen zu erklären. Es fänden sich wahrscheinlich bei dieser Anzahl von Variablen eine Unzahl ähnlicher Modelle, die gleich gut zu den empirischen Daten passten (Kleiter, Februar 2004, pers. Kommunikation). Für die folgende empirische Untersuchung möchte ich daher zwei Aspekte herausgreifen, die eine logische Folgerung des Modells sind und gut empirisch untersuchbar sind.

Stresshypothese

Die von mir als *Stresshypothese* bezeichnete Hypothese besagt, dass psychische Störungen und Suizidalität bei homo- und bisexuellen Menschen deshalb ausgeprägter sind, weil auf sie mehr Stressoren einwirken, und weil gehäufte bzw. stärker ausgeprägte Stressoren zu mehr Störungen führen. Zum einen sind spezifische proximale und distale Stressoren (z.B. Diskriminierung aufgrund der Homosexualität, internalisierte Homophobie) nur bei homo- und bisexuellen Personen vorhanden. Falls diese einen Einfluss haben, müssten sie mit der Störungshäufigkeit bzw. dem Störungsausmaß korrelieren. Zum anderen können auch allgemeine Stressoren bei homo- und bisexuellen Personen ausgeprägter sein, z.B. der Selbstwert oder die Hoffnungslosigkeit oder die allgemeine soziale Unterstützung.

²⁰These materials originally appeared in English as Meyer (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychological Bulletin, 129, 674-697. Copyright © by the American Psychological Association. Translated and reprinted with permission of the publisher and the author. The American Psychological Association is not responsible for the accuracy of this translation. Neither the original nor this translation can be reproduced or distributed in any form or by any means or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the American Psychological Association.

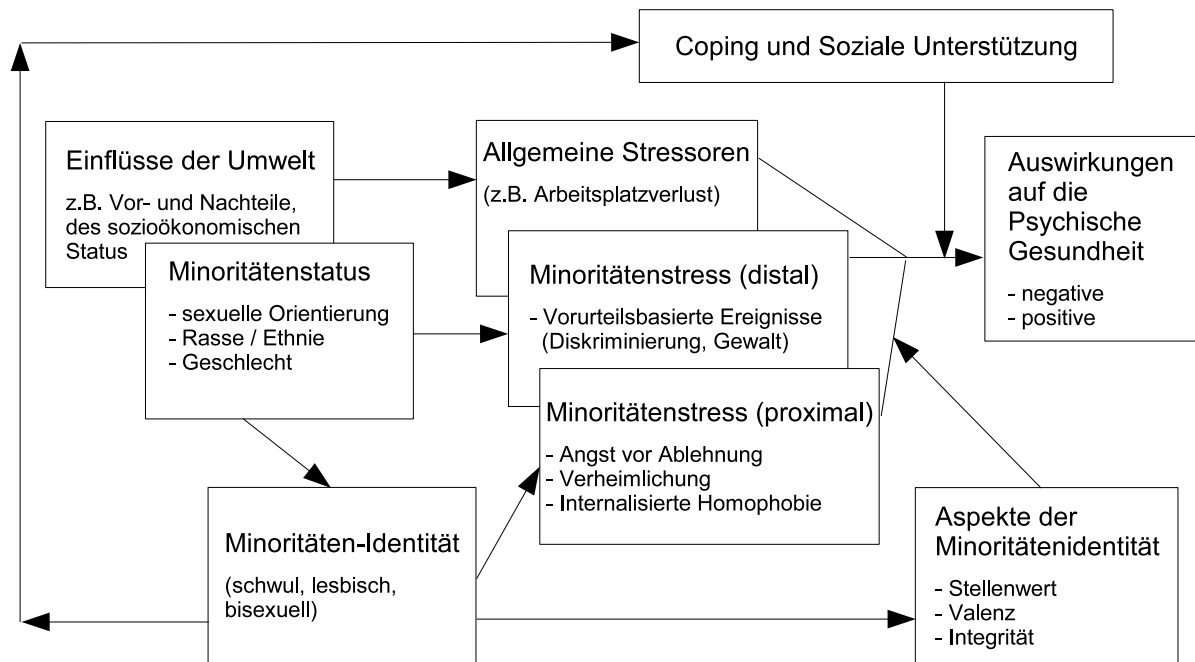


Abbildung 1.3. Minoritäten-Stress-Modell von Meyer (2003). Erläuterung im Text.

Nach dieser Hypothese müssten sich die Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen Personen statistisch reduzieren, wenn allgemeine Risikofaktoren kontrolliert werden.

Vulnerabilitätshypothese

Die andere Hypothese, die später empirisch überprüft wird, ist die *Vulnerabilitätshypothese*, nach der die allgemeinen Stressoren bei homo- und bisexuellen Personen stärker mit psychischen Problemen zusammenhängen als bei heterosexuellen Personen. Zum Beispiel kann demzufolge das gleiche Ausmaß an Depressivität bei homo- und bisexuellen Personen mit einem höheren Ausmaß an Suizidgedanken einhergehen, als das bei heterosexuellen Personen der Fall ist. Ein Grund dafür könnte zum Beispiel sein, dass Stressverarbeitungs Kompetenzen für belastende Ereignisse bei heterosexuellen Personen ausreichend sind, während sie bei homo- und bisexuellen Personen nicht reichen, weil sie mit zusätzlichen Belastungen konfrontiert sind (Homophobie, Diskriminierung, etc.). Ein empirisches Ergebnis, das die Vulnerabilitätshypothese bestätigt, ist in Abbildung 1.2 zu sehen. Statistisch gesehen handelt es sich hier um Interaktionseffekte.

Kapitel 2

Empirischer Teil

2.1 Fragestellungen, Methodik

2.1.1 Fragestellungen, Hypothesen

Für die Suizidalität und die psychische Gesundheit gibt es je vier Haupthypothesen, die in dieser Arbeit beantwortet werden sollen. Daneben gibt es noch eine Reihe von Nebenhypothesen/-fragestellungen.

Suizidalität

1. Indikatoren für Suizidalität (Suizidversuche und -gedanken) sind bei homo- und bisexuellen Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen ausgeprägter.
 - (a) Die Differenz der Rate an Suizidversuchen bei homo-/bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Personen ist mit jener vergleichbar, die sich aus einer Metaanalyse mit den bisher durchgeführten Studien mit Zufallsstichproben ergibt.
 - (b) Die Rate an falsch positiven Suizidversuchen in dieser Studie ist bei homo-, bi- und heterosexuellen Personen gleich hoch.
 - (c) Die Suizidalität ist bei Frauen im Vergleich zu Männern ausgeprägter, unabhängig von der sexuellen Orientierung.
 - (d) Bisexuelle sind suizidaler als homosexuelle Personen.
 - (e) Die Lebenszeitsuizidversuchsrate ist bei jungen Personen auch in dieser Untersuchung (paradoxerweise) ausgeprägter als bei älteren Personen.
 - (f) Es gibt keine Unterschiede je nach verwendeter Dimension der sexuellen Orientierung.
2. Stresshypothese: Risikofaktoren für Suizidalität (Komorbidität, Depression, Hoffnungslosigkeit, Substanzmißbrauch, Alter der Mutter bei der Geburt, vergangene Suizidversuche, Suizidalität im sozialen Netz, Suizidgedanken, Selbstwert, existenzielle Motivation und familiäre Unterstützung) sind unter den homo- und bisexuellen Frauen und Männern stärker ausgeprägt.
 - (a) Spezifischen Risikofaktoren wie Diskriminierung/Viktimisierung, internalisierte Homophobie, sexuelle Inaktivität und HIV-Status korrelieren mit Suizidalität.
 - (b) Personen, die ein frühes Coming Out hatten und zum Zeitpunkt der Befragung noch jung sind, haben eine schlechtere psychische Verfassung und eine höhere Suizidversuchsrate.
 - (c) Bisexuelle Personen sind in einer schlechteren psychischen Verfassung als homosexuelle Befragte.

3. Vulnerabilitätshypothese: Die gleiche Ausprägung von Risikofaktoren führt bei homo- und bisexuellen zu stärkerer Suizidalität als bei heterosexuellen Männern und Frauen.
4. Multivariate Analysen:
 - (a) Kann ein multivariates Modell mehr als 40% der Varianz der Suizidalität aufklären?
 - (b) Klärt die sexuelle Orientierung nach Kontrolle von unspezifischen Risikofaktoren noch Varianz bezüglich der Suizidalität auf?

Psychische Gesundheit

1. Indikatoren für psychische Störungen (Depressivität und andere psychische Symptome) sind bei homo- und bisexuellen Befragten im Vergleich zu heterosexuellen Befragten ausgeprägter.
2. Stresshypothese: Risikofaktoren für die psychische Gesundheit (Hoffnungslosigkeit, Substanzmißbrauch, Alter der Mutter bei der Geburt, vergangene Suizidversuche, Suizidalität im sozialen Netz, Suizidgedanken, Selbstwert und familiäre Unterstützung) sind unter den homo- und bisexuellen Frauen und Männern stärker ausgeprägt als bei heterosexuellen Frauen und Männern.
 - (a) Die spezifischen Risikofaktoren Diskriminierung/Viktimisierung, internalisierte Homophobie, sexuelle Inaktivität und HIV-Status korrelieren mit der psychischen Gesundheit.
 - (b) Diskriminierungs- und Viktimisierungserfahrungen, die mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen, wirken sich stärker auf die psychische Gesundheit aus, als jene Diskriminierungs- und Viktimisierungserfahrungen, die nicht mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen.
3. Vulnerabilitätshypothese: Die gleiche Ausprägung von Risikofaktoren bei homo- und bisexuellen führt zu einer schlechteren psychischen Verfassung als bei heterosexuellen Männern und Frauen.
4. Lassen sich aus der Literatur bekannte Modelle auf die mit einer österreichischen Stichprobe gewonnenen Daten anwenden?
 - (a) Kann ein multivariates Modell mehr als 40% der Varianz der psychischen Gesundheit aufklären?
 - (b) Klärt die sexuelle Orientierung nach Kontrolle von Risikofaktoren noch Varianz bezüglich der psychischen Gesundheit auf?

Internalisierte Homophobie

1. Hängt das Ausmaß an internalisierter Homophobie mit aus der Allgemeinbevölkerung bekannten Faktoren für Homophobie wie Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft, sozioökonomischer Status, Urbanität, Nationalität und Parteizugehörigkeit zusammen?
2. Weisen Personen mit stärkerer internalisierter Homophobie auch einen niedrigeren Selbstwert auf (Generalisierung auf andere Selbstaspekte)?

Zusätzliche, nicht aus dem Theorieteil ableitbare Fragestellungen

1. Hängt die Schwierigkeit, PartnerInnen zu finden, mit dem Alter zusammen?
2. Hängt die Schwierigkeit, PartnerInnen zu finden, mit der psychischen Gesundheit und der Suizidalität zusammen?

2.1.2 Methode

Stichproben

Die Untersuchungsstichprobe, d.h. die Stichprobe der homo- und bisexuellen Frauen und Männer, wurde hauptsächlich über die Homosexuelleninitiativen (HOSI's) in Salzburg, Linz und Graz rekrutiert ($n=392$). Daneben wurden Fragebögen in kleineren Organisationen in ganz Österreich verteilt (Stammtische in Krems, Vöcklabruck, Mostviertel, Steyr, Wels, Freistadt), im Bekanntenkreis des Autors, bei Veranstaltungen (Lesbisch/schwule Filmnacht, Podiumsdiskussion), und in einigen Szene-Lokalen in Salzburg. Die Fragebögen wurden nicht in den Beratungseinrichtungen dieser Organisationen verteilt. Insgesamt wurden 877 Fragebögen in der Version für homo- oder bisexuelle TeilnehmerInnen verteilt.

Die meisten heterosexuellen TeilnehmerInnen (Kontrollstichprobe) wurden über den persönlichen Bekanntenkreis des Autors verteilt ($n=488$), andere über diverse Einrichtungen im Sozialbereich (MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes, der Krisenintervention, der Österreichischen Hochschülerschaft, Krankenpflegeschulen, Berufsfeuerwehr und Freiwillige Feuerwehren Salzburg, Bekannte von HOSI-MitarbeiterInnen) und Bekannte von PsychologiestudentInnen in Seminaren des Autors. Insgesamt wurden 848 Fragebögen in der Version für heterosexuelle TeilnehmerInnen verteilt.

Design

Um ein Modell zu erstellen, das möglichst viel der Varianz psychischer Gesundheit und insbesondere der Suizidalität aufklärt, wurde versucht, möglichst viele Risikofaktoren

(s. Abschn. 1.8) zu erheben. Die Risikofaktoren lassen sich in spezifische Risikofaktoren (SRF), die nur homo- und bisexuelle Befragte betreffen (z.B. Alter beim Coming Out) und unspezifische Risikofaktoren (URF) (z.B. Selbstwert) einteilen. Nicht alle im Theorieteil erwähnte Risikofaktoren konnten berücksichtigt werden (z.B. Life-Events, Attribuierungs- und Coping-Stile, externalisierendes Problemverhalten etc.), und zwar aus ökonomischen Gründen. Die Verwendung von spezifischen und allgemeinen Risikofaktoren entspricht den Empfehlungen einer Arbeitsgruppe zu dieser Thematik (Working Group, 1995). Schutzfaktoren (z.B. soziale Unterstützung) werden zur Vereinfachung nicht von Risikofaktoren unterschieden.

Beschreibung der verwendeten Instrumente

Die **Soziodemografischen Variablen** Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status (operationalisiert mit dem höchsten Schulabschluss und dem monatlichen Netto-Einkommen) haben sich in Studien als Prädiktoren für Suizidalität und psychische Gesundheit erwiesen (s. Kap. 1.8).

Die Zugehörigkeit und vor allem die Verbundenheit zu einer Glaubensgemeinschaft hängen in der Allgemeinbevölkerung mit einer stärker negativen Einstellung gegenüber Homosexualität zusammen (s.S. 51). Ebenso die Parteizugehörigkeit und Urbanität des Wohnortes. In dieser Untersuchung wird dies durch die Einwohneranzahl im Wohn- und Arbeitsort operationalisiert.

Die Erhebung der Nationalität, Muttersprache und Aufenthaltsdauer in Österreich dient zum Feststellen, ob der Fragebogen sprachlich an die Versuchspersonen angepasst ist. Außerdem kann so festgestellt werden, ob die Stichprobe auch AusländerInnen repräsentiert. Die Studie soll in erster Linie Aufschluss über die psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Menschen in Salzburg geben. Um die statistische Aussagekraft zu erhöhen, wurden aber auch Personen aus anderen Bundesländern befragt. Die Lebenssituation in Salzburg, Oberösterreich und Steiermark, also in jenen Bundesländern, aus dem das Gros der TeilnehmerInnen stammt, ist meines Erachtens durchaus vergleichbar. Um dennoch eventuelle Unterschiede von homo- und bisexuellen Befragten in der psychischen Gesundheit zwischen den Bundesländern zu erheben, wurde nach dem Bundesland gefragt, in dem der Wohnort liegt.

Das Alter der Mutter stellte sich in Lewinston et al. (1994) als unabhängiger Prädiktor für Suizidversuche heraus und wird in dieser Untersuchung bei den soziodemografischen Daten miterhoben.

Die **sexuelle Orientierung** wird, wie in Abschnitt 1.1 näher erläutert wurde, auf mehreren Dimensionen erhoben (Verhalten, Kognitionen, Identifikationen). Außerdem wurde in Anlehnung an das Erhebungsverfahren von Sell (1996) versucht, getrennte

Werte für die Homosexualität, Heterosexualität, Bi- und Asexualität zu erhalten. Im Unterschied zu dem Erhebungsverfahren von Sell (1996) wurde aus ökonomischen Gründen für die kognitive (Fantasien, Attraktionen) und verhaltensmäßige (Sexualkontakte) Dimension nur je eine Frage verwendet, da auch bei Sell für die Auswertung nur jeweils eine Frage verwendet wird.¹ Bei Sell wird auch die Selbstidentifikation getrennt für Homo- und Heterosexualität erfasst, d.h. die TeilnehmerInnen können angeben, wie stark sie homosexuell und, davon unabhängig, wie stark sie heterosexuell sind. Der Fragebogen wurde vor der Untersuchung einigen Personen vorgelegt, und allen war unklar, warum sie sich zweimal bezüglich ihrer sexuellen Identifikation einstufen sollten. Deshalb wurde die Selbstidentifikation eindimensional formuliert, d.h. die TeilnehmerInnen konnten ankreuzen, ob sie homo-, bi-, trans-, oder heterosexuell sind.

Wie in den obigen Studien (S. 24) angeführt wurde, leben einige der homo- und biseksuellen Menschen mit verschiedengeschlechtlichen PartnerInnen zusammen und geraten dadurch in einen Identitätskonflikt. Darum wurde der Partnerschaftsstatus (alleine, mit Mann, mit Frau bzw. mit beiden zusammenlebend) erhoben.

Internalisierte Homophobie (SRF), d.h. eine negative Einstellung zur eigenen Homo- oder Bisexualität, steht intuitiv, aber auch empirisch (s. 1.8) mit der psychischen Gesundheit und der Suizidalität in Zusammenhang. Operationalisiert wird dieses Konstrukt mit der “Internalized Homophobia Scale” von Wagner (1998), die mit Erlaubnis des Autors von mir ins Deutsche übersetzt und geschlechtsneutral und Bisexualität mitberücksichtigend umformuliert wurde, damit sie für lesbische, schwule und bisexuelle Männer und Frauen anwendbar wird. So wurde z.B. das erste Item “Male homosexuality is a natural expression of sexuality in human males” in “Homo- oder Bisexualität ist ein natürlicher Ausdruck menschlicher Sexualität” übersetzt. Mit einer inneren Konsistenz von $r_\alpha = .92$ in der Originalversion ist die Reliabilität hoch. Validitätsstudien zeigen Korrelationen mit Depressivität ($r = .36$), psychologischen Symptomen ($r = .37$) und Verbundenheit mit der Schwulenszene ($r = -.36$) (Wagner, 1998; Williamson, 2000).

Fragen zu **Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen** (SRF,URF) wurden in Anlehnung an Herek and Berrill (1990) formuliert. Die Fragen sollen leichtere und schwerere Formen von Diskriminierung bzw. Gewalt innerhalb und außerhalb der Familie erfassen. Die Vorfälle werden getrennt für das letzte Jahr und für die Zeit davor erfasst. In der Version für die Untersuchungsstichprobe wurde zusätzlich erhoben, ob der Täter bzw. die Täterin aufgrund der sexuellen Orientierung der TeilnehmerInnen handelte, ob

¹ Bei Sell (1996) gibt es z.B. für das Erfassen der “sexual attractions” je drei verschiedene Fragen. Für die Auswertung wird nur der höchste Wert verwendet. Warum dies so gemacht werden soll, wird nicht erläutert.

diese Vorfälle der Polizei gemeldet wurden, der Grund für eine eventuelle Nicht-Meldung, die Reaktion der Polizei bei einer Meldung, und wie viele Personen im sozialen Umfeld von den Vorfällen erfahren haben.

Soziale Unterstützung (SRF,URF) kann sich hier auf die sexuelle Orientierung beziehen (z.B. über die Homosexualität sprechen können) oder auf allgemeine Aspekte (Unterstützung bei Problemen). Dazu wurde ein eigenes Instrument entwickelt. Die Befragten konnten die Namen bzw. Kürzel von 7 Personen, die ihnen wichtig sind, in die erste Spalte schreiben. Zusätzlich waren Mutter und Vater bereits vorgegeben. Insgesamt konnten 9 Personen angegeben werden. In die zweite Spalte wurde die Rolle der genannten Personen eingetragen (Bruder, Freund, Partner, Kind etc.). In den folgenden vier Spalten wurden zu den Personen Fragen gestellt, die die Zufriedenheit mit der Beziehung, das Erhalten von Anerkennung, die Kontaktierung bei Problemen und Sorgen und die Konflikthaftigkeit der Beziehung erfassen sollen. Die TeilnehmerInnen konnten dazu Bewertungen von 1 bis 4 abgeben. Für jede der genannten Personen wurde der Mittelwert der vier Fragen errechnet. Wurden mehrere Personen mit der gleichen Rolle genannt, was bei FreundInnen oder Geschwistern oft der Fall war, so wurde der Mittelwert über diese Personen gebildet. Die Kategorisierung der Rollen ist im Ergebnisteil genauer beschrieben. Der Fragebogen in der Version für homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen enthielt zusätzlich noch vier Spalten mit Fragen, mit denen erhoben wurde, ob die genannten Personen von der Homo- oder Bisexualität der StudienteilnehmerIn wüssten, ob über die sexuelle Orientierung gesprochen werden kann, und wie die erste Reaktion (Coming Out) und gegenwärtige Reaktion auf die sexuelle Orientierung beurteilt wird. Falls mehrere Personen mit der gleichen Rolle genannt waren, so wurde ebenfalls der Mittelwert gebildet.

Die **Involviertheit in die Szene** (SRF) soll erfassen, wie stark homo- und bisexuelle Befragte in der schwul/lesbischen "Szene" integriert sind. Dazu wurde die Skala "Identification and Involvement with the Gay Community Scale" von Venable, McKirnan, and Stokes (1998) verwendet. Die Items wurden - mit Erlaubnis des Autors - von mir ins Deutsche übersetzt und geschlechtsneutral umformuliert, da sie nur für schwule Männer konzipiert waren. Der Reliabilitätskoeffizient betrug in einer Studie $r_\alpha = .78$, die Testwiederholungsreliabilität $r = .74$. Validitätsstudien zeigten, dass bisexuelle im Vergleich zu homosexuellen Personen angaben, weniger in die Szene involviert zu sein. Personen mit hohen Werten in der Szeneinvolviertheit lebten offener, hatten niedrigere Werte in der internalisierten Homophobie und hatten ein akzeptierenderes Umfeld (Venable et al., 1998).

Das **Alter beim Coming Out** (SRF) hängt mit der Suizidalität zusammen (Remafedi, 1991). Auch kann der Zeitpunkt des Coming Outs ein Indikator für die Offenheit einer Gesellschaft bezüglich Homosexualität sein (Elizur & Mintzer, 2001). Deshalb wird im Fragebogen nach dem Alter der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung, des ersten homo- und heterosexuellen Sexualkontaktes und des Coming Outs´ gefragt.

Für das Erfassen der **Geschlechtsrolle** (SRF) wurde die Skala von Bem (1974) in der deutschen Version verwendet (Schneider-Düker & Kohler, 1988). Anstelle eines früher verwendeten dichotomen Ansatzes erfasst die Skala Maskulinität und Femininität als zwei unabhängige Dimensionen. Die Skalen bestehen aus Eigenschaftswörtern, die in Normstichproben zwischen Männern und Frauen differenzieren konnten. Es muss sich daher nicht um “wesenhafte” männliche oder weibliche Eigenschaften handeln, sondern vermutlich eher um Stereotype. Mit den Maskulinitäts- und Femininitätswerten können Kategorien gebildet werden. In dieser Arbeit wird der Vorschlag von Alfermann (1989) aufgegriffen. Mittels Mediandichotomisierung werden vier Kategorien gebildet. Männer, die Femininitätswerte über dem Median und Maskulinitätswerte unterhalb des Medians haben, werden als “nonkonform” kategorisiert. Männer mit hohen Maskulinitätswerten und niedrigen Femininitätswerten werden als “konform” eingeordnet. Als “androgyn” werden Männer eingestuft, die in beiden Skalen über dem Median und als “undifferenziert” jene, die in beiden unterhalb des Medians liegen. Bei Frauen ist der Vorgang analog. Wichtig bei diesem Ansatz ist, dass Personen mit ähnlich hohen Maskulinitäts- und Femininitätswerten nicht einfach als “androgyn” eingestuft werden, sondern dass nochmals unterschieden wird, ob es sich um hohe oder niedrige Werte auf beiden Skalen handelt. Ein hoher Wert auf beiden Skalen bedeutet, wie schon erwähnt, psychologisch etwas anderes als ein niedriger Wert auf beiden Skalen.

Der **HIV-Status** (SRF) wurde mit der einfachen Frage “Sind Sie HIV-positiv?” erhoben. Die TeilnehmerInnen konnten mit “ja”, “nein”, oder “weiß nicht” antworten.

Depressivität (URF) ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche (s. 1.8). In dieser Studie wird Depressivität als ein Indikator für psychische Gesundheit verwendet. Gemessen wurde das Konstrukt mit der Kurzform des Instrumentes von Hautzinger and Bailer (1993), der ADS-Skala (Allgemeine Depressionsskala), der deutschen Version der CES-D Skala (“The Center for Epidemiological Studies-Depression Scale”) von Radloff (1977), eines in epidemiologischen Studien häufig eingesetzten Instrumentes. Die ADS wurde speziell für den Einsatz an nicht-klinischen Stichproben konzipiert (Hautzinger & Bailer, 1993).

Andere psychologische Symptome (URF): Um neben der Depressivität auch noch psychische Symptome anderer häufig vorkommender Störungen zu erfassen und diese als zweite wichtige abhängige und unabhängige Variable zu verwenden, wurde die Symptomcheckliste SCL-90-R von Derogatis in der deutschen Version von Franke (1995) verwendet, und zwar die Subskalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit und phobische Angst. Die internen Konsistenzen dieser Subskalen rangierten zwischen $r_\alpha = .51$ und $.83$. Die Skalen Depressivität, Somatisierung, paranoides Denken und Psychotizismus wurden aus ökonomischen Gründen nicht berücksichtigt, bzw. weil sie durch ein eigenes Instrument erfasst wurden (z.B. Depressivität) und weil die verwendeten Skalen am ehesten jene Störungen messen, bei denen Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen Personen gefunden wurden (S. 1.8).

Suizidgedanken und -versuche (URF) als wichtigste abhängige Variablen wurden mittels den Fragen von Paykel et al. (1974) erhoben. Erstens ermöglicht dies Vergleiche mit anderen Salzburger Studien (z.B. Nindl, 2001), und zweitens decken die Fragen zur Suizidalität das Kontinuum von Suizidgedanken bis zu Suizidversuchen ab. In Untersuchungen werden Suizidversuche manchmal mit einer einzigen Frage erhoben, und den Befragten bleibt die Definition von "Suizidversuch" selbst überlassen. Durch das schrittweise Heranführen durch das Suizidkontinuum von Ruhewünschen über Suizidgedanken bis hin zum Suizidversuch, wird der Suizidversuch meines Erachtens implizit korrekt definiert und die Fehlklassifikation von Suizidversuchen verringert.

Die Fragen von Paykel et al. (1974) wurden durch ein Item ergänzt, das abgebrochene Suizidversuche berücksichtigen soll. Die Gründe dafür sind in Kap. 1.8 genauer geschildert. "Abgebrochene Suizidversuche sind Ereignisse, bei denen eine Person kurz vor dem Versuch steht, sich umzubringen, es sich jedoch dann kurz vor der Ausführung anders überlegt" (Barber, 2000, S. 67). Abgebrochene Suizidversuche wurden mit der Frage 5 im Fragebogen erfasst: "Haben Sie jemals versucht, sich umzubringen, haben aber in letzter Minute Ihre Absicht geändert?". Die Frage ist ähnlich jener von Barber, Marzuk, Leon, and Portera (2001, S. 68): "Did you ever come close trying to kill yourself, then change your mind and stop at the last minute?".

Bei der Auswertung wurden angegebene Suizidversuche (Frage 6) nach dem Schema in Tabelle 1.6 (S. 79) kategorisiert. Dazu wurde mit Kontrollfragen erhoben, ob tatsächlich ein Suizidversuch (mit oder ohne Verletzungen) durchgeführt worden ist, oder ob der angegebene Suizidversuch zu Suizidgedanken oder Suizidplänen relativiert werden kann. Ein Suizidversuch wurde nur dann als "wahr" eingeordnet, wenn es sich zumindest um einen abgebrochenen Suizidversuch handelte (s. Kap. 1.8). Die Fragen lauteten:

1. Habe den Selbstmordversuch ernsthaft in Erwägung gezogen.

2. Ich kontaktierte rechtzeitig eine Hilfseinrichtung (z.B. Krisenintervention).
3. Hatte schon einen Plan, führte ihn aber nicht aus.
4. Hatte schon alles vorbereitet, machte aber keinen Selbstmordversuch.
5. War schon dabei, mich umzubringen, brach den Versuch aber in letzter Minute ab.
6. Machte einen Selbstmordversuch und war deshalb verletzt bzw. krank.
7. Machte einen Selbstmordversuch und benötigte deshalb keine medizinische Hilfe.
8. Machte einen Selbstmordversuch und benötigte deshalb medizinische Hilfe.

Suizidalität in der sozialen Umgebung (URF) wurde in Anlehnung an die von Nindl (2001) verwendeten Fragen erhoben. Verbal geäußerte Suizidabsichten, durchgeführte Suizidversuche und Suizide von Eltern, Geschwistern, Kindern, PartnerInnen, Verwandten, FreundInnen, Schul- bzw. ArbeitskollegInnen, und von TeilnehmerInnen selbst anderweitig kategorisierte Personen aus dem sozialen Netz wurden abgefragt. Die genaue Auswertung ist im Ergebnisteil geschildert.

Existentielle Motivation (URF): Der Test zur Existentiellen Motivation (Eckhard, 2000) umfasst 56 Items und vier Skalen, mit denen die vier Grundmotivationen nach der Existenzanalytischen Theorie gemessen werden sollen. Die Cronbachs-Alpha-Reliabilitätskoeffizienten sind in Klammer gesetzt: Dasein-Können ($r_\alpha = .90$), Leben-Mögen ($r_\alpha = .93$), Sosein-Dürfen ($r_\alpha = .89$) und Sinnvolles-Wollen ($r_\alpha = .89$). Suizidalität wird nach dieser Theorie als Zusammenbrechen der Grundmotivation "Dasein-Können" verstanden.

Hoffnungslosigkeit (URF) ist ein Konstrukt, das ebenfalls prädiktiv für Suizidalität ist. Gemessen wurde Hoffnungslosigkeit mit der Kurzform (HR-A-Skala) des Fragebogen von Krampen (1994), einer deutschen Version der "Hopelessness-Scale" von Beck. Hoffnungslosigkeit kann einerseits als Komponente der depressiven Trias im Modell von Beck verstanden werden [Beck, z.n. Krampen (1994)]. Andererseits könnte sie als Persönlichkeitsmerkmal im handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1994), als Resultat von gelernter Hilflosigkeit interpretiert werden. Die "Items beziehen sich auf negative Erwartungen der Person über sich selbst, die personenspezifische Umwelt und ihr künftiges Leben, die mit herabgesetzten Zielvorstellungen verbunden sind." (Krampen, 1994, S. 20). Die Skala korreliert mit Depressivität ($r = .30 - .80$), mit Suizidgedanken ($r = .90$), und mit der Anzahl der vergangenen Suizidversuche ($r = .89 - .92$). Der Zusammenhang mit Suizidalität ist höher als jener von Depression mit Suizidalität (Krampen, 1994). Die Skala hatte in der Normstichprobe eine interne Konsistenz von $r_\alpha = .79$.

Der **Selbstwert** (URF) kann als Summe der Bewertung einzelner Personenmerkmale definiert werden (Rosenberg, 1965). Der Hauptgrund für die Berücksichtigung des Selbstwertes in dieser Arbeit liegt darin, dass dieser ein Prädiktor für Suizidversuche ist und auch mit psychischen Störungen korreliert (s. 1.8). Interessant ist auch, ob internalisierte Homophobie mit dem Selbstwert zusammenhängt, und ob der Selbstwert mit einer ausgeprägt männlichen Geschlechtsrolle bei schwulen Männern zusammenhängt (Carlson & Steuer, 1985).

Leider wird in der Literatur nicht immer zwischen dem Selbstwert als generalisierte Einstellung zu sich selbst und der internalisierten Homophobie (als spezifische Einstellung zur eigenen Homo- bzw. Bisexualität) differenziert (z.B. in Elizur & Mintzer, 2001). Zudem werden der Selbstwert und/oder die internalisierte Homophobie manchmal mit "Selbstakzeptanz" benannt (z.B. in Hershberger & D'Augelli, 1995). Dies macht die Vergleichbarkeit der Studien sehr schwierig.

Operationalisiert wird der Selbstwert hier mit der Skala von Rosenberg (1965) in der deutschen Adaption (Ferring & Filipp, 1996). In der englischsprachigen Literatur wurde diese Skala häufig verwendet und auch in der in dieser Arbeit zitierten Literatur wurde der Selbstwert meist mit der Rosenberg-Skala operationalisiert, was der ursprünglichen Intention von Rosenberg, nämlich die Messung des Einflusses eines Minderheitenstatus auf die Selbstbewertung, nahe kommt. Die Skala hat je 5 Items zu positiven (z.B. "Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden") und negativen Aspekten ("Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos") des Selbst. Je nach verwendeter Stichprobe bewegt sich der Reliabilitätskoeffizient nach Cronbach (interne Konsistenz) zwischen $.81 < r_\alpha < .88$. Es wurden auch hohe Korrelationen zur Hoffnungslosigkeitsskala gefunden ($r = -.54$ bis $r = -.79$) (Ferring & Filipp, 1996).

Der **Substanzge- und -missbrauch** (URF) wurde in Anlehnung an den Fragebogen einer Jugendstudie erfasst (Massachusetts Department of Education, 1999). Der Alkohol-, Koffein- und Nikotingebrauch bezog sich dabei auf den letzten Monat, der Drogengebrauch auf das letzte Jahr. Der Alkoholkonsum wurde dabei so erhoben, dass eine Mindestmenge an reinem Alkohol im letzten Monat errechnet werden konnte.

Sexuelle Inaktivität (URF) konnte durch das Erheben der Anzahl der (gleich- und verschiedengeschlechtlichen) Sexualkontakte erfasst werden, die auch zur Messung der sexuellen Orientierung dienen. Als sexuell inaktiv wurden jene Personen bezeichnet, die in den letzten 6 Monaten nicht mit Personen des gleichen oder verschiedenen Geschlechts sexuelle Kontakte hatten.

Die **Schwierigkeit des Findens von PartnerInnen** (URF?) wurde mit einer ein-

fachen Frage erhoben “Wie schwierig ist es für Sie, eine(n) Partner(in) zu finden?”.

2.1.3 Materialien

Für die Untersuchungs- und Kontrollgruppe wurde je ein eigener Fragebogen konstruiert, da es unnötig erschien, heterosexuelle TeilnehmerInnen z.B. nach dem Coming Out zu befragen. Womöglich hätte sich auch der Rücklauf verringert.

Der Fragebogen hatte eine Länge von 18 Seiten (A4, einseitig bedruckt) und war mit “Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden, zur Lebenseinstellung und zur sexuellen Orientierung” betitelt. Die Auflistung einiger dieser Studie unterstützenden Organisationen und eine Unterschrift des Dissertationsbetreuers sollten die Legitimität des Fragebogens erhöhen und somit auch den Rücklauf (NCS Pearson, 1997; R. J. Fox, Crask, & Kim, 1988; Senn, Verberg, Desmarais, & Wood, 2000; Pourjalali & Kimbrell, 1999). Ebenso war meine Telefonnummer und E-mail-Adresse angegeben, um Transparenz zu vermitteln und allfällige Fragen beantworten zu können. Auch der Zweck der Studie war auf der ersten Seite angeführt, jedoch wurden statt der psychologischen Konstrukte wie “Depressivität, Suizidalität” eher verständliche Begriffe wie “psychisches Wohlbefinden, Einstellung zum Leben, etc.” verwendet. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Dauer des Ausfüllens zwischen einer halben und einer Stunde liegen würde. Einige TeilnehmerInnen berichteten mir später, dass sie zwischen 45 und 90 Minuten benötigt hätten.

Wichtig war auch die Vermittlung der Anonymität. Es wurde explizit darauf hingewiesen, nicht den Namen auf das frankierte Rückkuvert zu schreiben.

Am Ende der ersten Seite wurde die Instruktion zum Ausfüllen des Fragebogens abgedruckt (Die Fragen sollten der Reihe nach, vollständig, alleine und ehrlich beantwortet werden). Im Fragebogen wurden nur die Begriffe “Homosexualität” und “Bisexualität” verwendet, daher wurden die TeilnehmerInnen darauf hingewiesen, dass viele zwar andere Begriffe (z.B. “gay”) bevorzugen, dass es jedoch aus Platzgründen nicht möglich sei, immer alle Alternativ-Begriffe anzuführen. So sollte verhindert werden, dass jemand sich z.B. nicht als homosexuell definieren will, weil er/sie die Begriffe “schwul/lesbisch” bevorzugt. Diese Erläuterung war nur in der Version für die Untersuchungstichprobe vorhanden.

Die zweite Seite des Fragebogens enthielt Fragen zum Erfassen der soziodemografischen Daten: Alter, Geschlecht, Beschäftigungsstand, Familienstand, Alter der Mutter bei der Geburt, Glaubensgemeinschaft, Zugehörigkeit zur Glaubensgemeinschaft, sozioökonomischer Status (höchster Schulabschluss und monatliches Netto-Einkommen), Urbanität (Einwohneranzahl im Wohn- und Arbeitsort), Bundesland, Nationalität, Muttersprache und Aufenthaltsdauer in Österreich, und die Frage, welcher Partei man sich am ehesten zugehörig fühle.

Auf Seite drei des Fragebogens wurden der Selbstwert und die Hoffnungslosigkeit, auf Seite 4 die Geschlechtsrolle, auf den Seiten 5 und 6 die existentielle Motivation, und auf Seite 7 wurden andere psychische Symptome (Symptomcheckliste SCL-90) wie Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit und phobische Angst erhoben. Auf Seite 8 wurde das sexuelle Risikoverhalten [Anzahl der Sexualpartner und ungeschützten Sexualkontakte; der HIV-Status und die Schwierigkeit, eine(n) Partner(in) zu finden], erhoben. Auch der Substanzge- und missbrauch wurden auf Seite 8 erfasst. Das Ausmaß an Depressivität wurde auf Seite 9 erfasst. Seite 10 behandelte die sexuelle Orientierung in den kognitiven Dimensionen, den Verhaltensdimensionen (damit kann auch die sexuelle Inaktivität gemessen werden) und der Selbstidentifikation. Außerdem wurden Indikatoren für die sexuelle Identitätsentwicklung erfasst, d.h. das Alter der ersten Sexualkontakte mit Frauen und Männern, das Alter der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung, und wem gegenüber das erste Outing erfolgte. Zusätzlich wurde der Beziehungsstatus erhoben. In der Version für die heterosexuelle Stichprobe wurden einige Items nicht inkludiert, weil sich diese Fragen speziell an homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen zum Erfassen der ersten homosexuellen Kontakte und des Alters beim Coming Out richten. Diskriminierungserfahrungen wurden auf den Seiten 11 und 12 erfasst. Bei diesen Items wurde in der Version für homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen auch gefragt, ob die Gewalttaten aufgrund der Homo- oder Bisexualität motiviert waren.

Suizidgedanken, Suizidversuche und die Suizidalität im sozialen Umfeld wurden auf den Seiten 13 und 14 erfasst. Seite 15 beinhaltet Erfahrungen im sozialen Netzwerk. Da sich die letzten vier Spalten auf die Reaktionen des sozialen Netzes auf die sexuelle Orientierung beziehen, wurden sie nicht in die Version für heterosexuelle TeilnehmerInnen aufgenommen. Die Seiten 16 bis 18 erhielt nur die homo- und bisexuelle Stichprobe. Sie enthielten Items zur Erfassung der internalisierten Homophobie, Zugehörigkeit zur Homosexuellenszene wurde, und der Zufriedenheit mit den Kontakten zu homo- bzw. bisexuellen FreundInnen.

Am Ende des Fragebogens wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, Anmerkungen schriftlich zu notieren und bei Fragen den Studienleiter zu kontaktieren. Dann wurde gebeten, den Fragebogen auf Vollständigkeit zu prüfen, ihn in das beiliegende, z.T. frankierte Kuvert zu stecken und abzuschicken. Die Verwendung eines frankierten Fragebogens wirkt sich positiv auf die Rücklaufquote auswirken (NCS Pearson, 1997; R. J. Fox et al., 1988), allerdings wurden auch Kuverts mit dem Vermerk "Postgebühr beim Empfänger einheben" verwendet.

Der Fragebogen begann mit eher einfachen Fragen (soziodemografische Daten, Selbstwert, Hoffnungslosigkeit etc.), erst später folgten die "sensiblen" Fragen (sexuelle Orientierung, HIV-Status etc.), um einerseits die Rücklaufquote zu erhöhen (Pourjalali &

Kimbrell, 1999), und andererseits einen Reihenfolgeeffekt zu verhindern. Es scheint plausibler, dass sich die vorangegangene Erfassung z.B. der Depressivität oder des Selbstwertes auf die Angaben zur Suizidalität und zu Diskriminierungserfahrungen weniger stark auswirkt als umgekehrt. Allerdings fehlen empirische Daten zu dieser Annahme.

2.2 Ergebnisse

2.2.1 Vorbemerkungen

Für die statistischen Analysen wurde das Statistikpaket R (R Development Core Team, 2003) verwendet, für die bayesianische Metaanalyse das Programm BUGS (Spiegelhalter et al., 1999).

Falls im Text die Bezeichnung “signifikant” verwendet wird, so bezieht sich das *immer* auf die statistische Bedeutung, nicht auf die inhaltliche. Ein inhaltlich bedeutungsloser Unterschied zwischen zwei Gruppen kann statistisch hochsignifikant sein. Statistisch signifikante Ergebnisse am 5%-Niveau werden mit einem einfachen Asterix (*) gekennzeichnet, solche am 1%-Niveau oder darunter mit einem doppelten (**).

Zusätzlich zu den Signifikanzniveaus werden deshalb nach Möglichkeit die Effektstärken angegeben. Dafür wurden Korrelative Effektstärken verwendet (Rosenthal et al., 2000), das Symbol dafür ist in dieser Arbeit r^* , es sei denn, die Ergebnisse sind ohnehin Korrelationen, dann entspricht diese den Effektstärken und das Symbol ist r . Korrelationswerte von $r^* = .1$ werden üblicherweise als kleine Effekte bezeichnet, $r^* = .3$ als mittelgroße, und $r^* = .5$ als große Effekte (Rosenthal et al., 2000). Um eine sprachliche Konvention festzulegen, werden in der Ergebnisbeschreibung kleine Effekte ($r^* < .2$) mit “*geringfügig*”, große Effekte ($r^* \geq .4$) mit “*viel*” oder “*stark*” bezeichnet, z.B. “Heterosexuelle Männer hatten im Vergleich zu homo- und bisexuellen Männern im letzten Jahr *viel* mehr Verletzungen durch eine Waffe”. Mittelgroße Effekte ($0.2 \leq r^* < 0.4$) werden nicht durch ein eigenes Eigenschaftswort gekennzeichnet. Bei den Variablen zur Suizidalität ist diese sprachliche Konvention nicht zu rechtfertigen, weil auch kleine Effekte im Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung “praktisch” bedeutsam sein können (Rosenthal et al., 2000).

Stichprobengrößen sind nur angegeben, wenn es von TeilnehmerInnen fehlende Werte gab (Abgekürzt mit “NA”), ansonsten sind sie aus Tabelle 2.2 zu entnehmen.

Die sexuelle Orientierung wurde für die meisten statistischen Analysen in der binären Ausprägung (homo- od. bisexuell vs. heterosexuell) verwendet. Fanden sich jedoch Unterschiede zwischen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen, oder erschien eine differenziertere Auswertung sinnvoll, so wurde eine dreifache Abstufung der sexuellen Orientierung (homo- vs. bi- vs. heterosexuell) verwendet. Hier ist jedoch zu beachten, dass sich Verglei-

che von homosexuellen mit heterosexuellen TeilnehmerInnen bzw. Vergleiche von bisexuellen mit heterosexuellen TeilnehmerInnen auf nicht-parallelisierte Stichproben beziehen, im Gegensatz zu Vergleichen von homo- oder bisexuellen mit heterosexuellen Befragten.

Zur Vereinfachung werden protektive Faktoren, wie z.B. soziale Unterstützung, unter die Risikofaktoren subsumiert, insofern die Richtung des Zusammenhangs (z.B. mit Depressivität) negativ ist.

Für die (multivariate) Analyse von ordinal skalierten abhängigen Variablen wie z.B. Suizidgedanken wurden zum Teil ordinale Regressionsmodelle, nämlich das “proportional odds logistic model” verwendet (McCullagh, z.n. Bender & Benner, 2000; Harrell, 2001).

Einige der abhängigen und unabhängigen Variablen sind nicht normalverteilt, daher wurden sie zum Teil transformiert. Der λ -Koeffizient wird jeweils angegeben (Box & Cox, z.n. J. Fox, 2002). Ist der Koeffizient verschieden von 0, wird die Variable folgendermaßen transformiert: $y' = \frac{y^\lambda - 1}{\lambda}$, wenn $\lambda = 0$ ist, wurde eine Log-transformation durchgeführt.

Gruppenvergleiche mit kategorialen Daten werden oft mit Odds-Raten (OR) und relativen Risikoraten (RR) mit den jeweiligen Vertrauensintervallen (CI) angegeben. Des öfteren werden Odds-Raten und relative Risikoraten nicht unterschieden (Kraemer, 2004). Odds-Raten wurden mit der Formel $OR = (a/b)/(b/c)$, relative Risikoraten mit $RR = (a/(a + b))/(c/(c + d))$ berechnet, wobei z.B. die Anzahl der TeilnehmerInnen in der Untersuchungsstichprobe mit Suizidversuchen mit a , ohne Suizidversuchen mit b , und die Anzahl der TeilnehmerInnen in der Kontrollstichprobe mit Suizidversuchen mit c und ohne Suizidversuche mit d bezeichnet wird.

Um sicher zu gehen, dass die linearen Modelle durch möglicherweise nicht erfüllte Voraussetzungen zu optimistisch oder pessimistische Modellpassungen haben, wurden sie zum Teil mittels Bootstrap-Methoden validiert, und der korrigierte multiple Korrelationskoeffizient, bezeichnet mit R_{corr}^2 , zusätzlich angegeben (Harrell, 2001).

In den standardisierten Tests wurden bei fehlenden Werten von einzelnen Items die Mittelwerte der übrigen Items eingesetzt. Bei den grafischen Darstellungen wurden teilweise Abkürzungen für die Variablennamen verwendet. Die dazugehörige Legende ist im Anhang 3.7 ersichtlich.

2.3 Beschreibung der Stichproben

Im Folgenden wird die aus homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen bestehende Stichprobe *Untersuchungsstichprobe* genannt und mit *SLB* (schwul/lesbisch/bisexuell) abgekürzt, die aus heterosexuellen TeilnehmerInnen bestehende wird als *Kontrollstichprobe*, abgekürzt mit *HES* (heterosexuell) bezeichnet. In grafischen Darstellungen des Ergebnisteiles, in denen Vergleiche zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe dargestellt werden, wird die Untersuchungsgruppe oft vereinfacht mit “homo” oder “homosexuell”

bezeichnet, die Kontrollgruppe mit “hetero”, oder “heterosexuell” (z.B. Abb. 2.2, S. 134).

Rücklauf und fehlende Daten

Die Fragebögen der Untersuchungsstichprobe wurden Anfang Dezember 2002 bis Juli 2003 ausgegeben, jene der Kontrollstichprobe von Jänner 2003 bis Anfang Februar 2004. Der Rücklauf von 45% in der Untersuchungsstichprobe und von 36 % in der Kontrollstichprobe ist, vor allem auch in Anbetracht der Länge des Fragebogens (18 bzw. 15 Seiten) und der daraus resultierenden langen Bearbeitungszeit, sehr zufriedenstellend. Die meisten Fragebögen konnten auch ausgewertet werden (s. Tab. 2.1).

Tabelle 2.1. Rücklauf und Verwertbarkeit der Fragebögen

	Untersuchungsstichprobe		Kontrollstichprobe	
	n	%	n	%
Ausgesendet	877	100	848	100
Gesamtrücklauf	391	44	303	36
Auswertbare Fragebögen	358	40	244	29
Stichprobengröße ($N=625$)	358		267 _a	
<i>Gründe für Nicht-Auswertbarkeit</i>				
(nicht) homo/bisexuell	23 _a		21	
Transsexuell	4		-	
Unvollständig/Scherz	4		-	
Zu spät gesendet	2		-	
Überzählig (siehe Text)	-		38	

Anm.: ^aDie 23 heterosexuellen Befragten, die irrtümlich einen Fragebogen in der Version für homo- und bisexuelle Personen bekommen hatten, wurden für die Kontrollgruppe verwendet.

Gründe für die Nicht-Verwertbarkeit waren: eine andere sexuelle Orientierung (homo- oder bisexuelle Befragte in der Kontrollstichprobe bzw. heterosexuelle Befragte in der Untersuchungsstichprobe, letztere konnten jedoch in der Kontrollstichprobe verwendet werden), Transsexualität, Unvollständigkeit, offensichtlich scherzhafte Antworten und Einlangen nach dem Beginn der Auswertungsphase, die für die Untersuchungsstichprobe September 2003, für die Kontrollgruppe Mitte Februar 2004 begann. Von den 4 transsexuellen TeilnehmerInnen, die einen Fragebogen zurückschickten, hatten 3 einen Suizidversuch angegeben. Dieses besorgniserregende Ergebnis sollte Anlass für einer weiterführende Untersuchung sein.

Von 303 TeilnehmerInnen, die Fragebögen in der Version für heterosexuelle zurückgeschickt hatten, wurden 21 (7%) als homo- oder bisexuell klassifiziert.

38 TeilnehmerInnen waren überzählig, weil durch sie die Zellenbesetzung in der Kontrollstichprobe im Vergleich zur Untersuchungsstichprobe zu groß gewesen wäre. Die Selektion erfolgte nach dem Datum des Einlangens, d.h. sobald eine Zelle in der Kontrollstichprobe ausreichend besetzt war, wurden die später einlangenden Fragebögen ausgeschieden. Von den 38 überzähligen heterosexuellen TeilnehmerInnen war keine(r) mit einem Suizidversuch darunter, d.h. bei einer anderen Selektionsstrategie hätte die Suizidversuchsrate in der Kontrollstichprobe nur geringer werden können.

Die Gesamtstichprobe besteht zu 67% aus Männer und zu 33% aus Frauen (s. Tab. 2.2). Vermutlich ist dies nicht Ergebnis einer geschlechtsspezifischen Rücklaufquote, denn der Frauenanteil in den Homosexuelleninitiativen ist (nach deren Angaben) generell niedriger. Von den vereinzelt Personen, die kein Geschlecht angaben, wurde dieses aus den Angaben zur sexuellen Orientierung und dem Partnerschaftsstatus (mit einer Frau oder einem Mann lebend) ermittelt. Es ist vermutlich eher unwahrscheinlich, dass es damit zu Fehlklassifikationen kam.

Parallelisieren von Untersuchungs- und Kontrollstichprobe

Da es sehr schwierig und langwierig war, die heterosexuellen Personen für die Kontrollstichprobe zu rekrutieren, vor allem heterosexuelle Männer zwischen 30 und 50 Jahren und mit maximal Pflichtschulabschluss, ist diese um den Faktor 0.75 verkleinert worden. Die Fragebögen für die Kontrollgruppe wurde zunächst unsystematisch verteilt. Nachdem die meisten Fragebögen der Untersuchungsgruppe zurückgekommen waren, wurde begonnen, gezielt nach den fehlenden heterosexuellen Personen zu suchen. Parallelisiert wurde die Untersuchungs- und Kontrollstichprobe nach den Merkmalen Alter (-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-), Geschlecht und Bildung (Pflichtschule/Lehre, Fachschule, Matura, Akademie).

Tabelle 2.2. Sexuelle Orientierung der TeilnehmerInnen

Sexuelle Orientierung	Männer	Frauen	Σ
Heterosexuell	177	90	267
Homo- oder Bisexuell	244	114	358
Bisexuell	54	52	106
Homosexuell	190	62	252

2.3.1 Sexuelle Orientierung

In Tabelle 2.2 ist die Untersuchungsstichprobe und Kontrollstichprobe nach dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung aufgeschlüsselt.

Für die Einteilung der TeilnehmerInnen in die Kategorien “homo-”, “hetero-” und “bisexuell” betrachtete ich es aus Reliabilitätsgründen notwendig, mehr als ein Item heranzuziehen. Es wurden daher Items gesucht, die hoch miteinander korrelierten und eine gute interne Konsistenz aufwiesen. Die Reliabilität (Cronbachs Alpha) ist für die drei Variablen

1. “Wer kommt in Ihren sexuellen Fantasien vor?”,
2. “Mit wem hätten Sie am liebsten Sex?” und
3. “Wie würden Sie sich selbst bezeichnen?”

mit $r_\alpha = .88$ in der Untersuchungsstichprobe und mit $r_\alpha = .98$ über alle TeilnehmerInnen ausreichend hoch. Alle anderen Kombinationen von Items resultierten in geringeren Reliabilitäten. Für die Einteilung der TeilnehmerInnen in die Kategorien “homosexuell”, “bisexuell” und “heterosexuell” wurde der Mittelwert dieser drei Items herangezogen. Wurde bei Frage 9 (Selbstbezeichnung) “bin mir nicht sicher” angekreuzt, so wurde der Mittelwert der verbleibenden zwei Fragen herangezogen. Gleiches galt für fehlende Werte bei den Fragen 5 und 6.

Eine Versuchsperson wurde als nicht mehr heterosexuell, sondern als bisexuell eingestuft, wenn sie einen Mittelwert von mindestens 2 erreichte, oder anders ausgedrückt, wenn sie bei den drei Fragen mindestens 6 Punkte erreichte. Dies war bei den Antworttripeln (2, 2, 2), (1, 2, 3) oder (1, 1, 4) der Fall. Als homosexuell wurden jene TeilnehmerInnen kategorisiert, die einen Mittelwert von mindestens 4.67 erreichten, bzw. ein Antworttripel von (4, 5, 5) oder (5, 5, 5) zeigten.

Diese Kriterien sind natürlich mehr oder weniger willkürlich gewählt. Als Rechtfertigung kann einerseits der hohe Reliabilitätskoeffizient dienen. Andererseits kommt es durch das Kriterium zu durchaus realistischen Schätzungen der Vorkommenshäufigkeit von Homo- und Bisexualität bei den TeilnehmerInnen, die für die Kontrollgruppe rekrutiert worden sind. So mussten 4% der Männer und 9% der Frauen als homo- oder bisexuell ausgeschieden werden (s. Kap. 1.3 für Vergleichszahlen) . Hätte man nur die Frage nach den sexuellen Fantasien als Kriterium verwendet, wären 16% der Männer und 37% der Frauen als homo- oder bisexuell klassifiziert worden. Dies ist vermutlich eine Überschätzung. Bei der Frage nach dem Geschlecht der gewünschten SexualpartnerInnen hätten 7% der Männer und 25% der Frauen der Kontrollgruppe als homo- oder bisexuell klassifiziert werden müssen. Bei den Frauen scheint dieser Prozentsatz zu hoch zu sein. Hätte man die Frage nach der Identität verwendet, so wären 7% der Männer und 12% der Frauen als homo- oder bisexuell einzuordnen gewesen. Tabelle 2.3 zeigt die Rohwerteverteilung für die jeweiligen Variablen.

Table 2.3. Rohwertverteilung der Variablen für die sexuelle Orientierung

Dimension	N_{US}	Ausprägung der Dimension									
		homo- und bisexuell					heterosexuell				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		niemals	1-10x	1-3x / Monat	1-6x / Woche	tätlich	niemals	1-10x	1-3x / Monat	1-6x / Woche	tätlich
MÄNNER											
Mann sexuell attraktiv in %	243	2	37	77	56	71	176	155	19	2	0
Frau sexuell attraktiv in %	243	1	15	32	23	29	88	11	1	0	0
Sex mit einem Mann in %	243	154	64	18	7	0	176	2	42	53	30
Sex mit einer Frau in %	243	63	26	7	3	0	1	29	30	28	17
		17	60	70	85	11	176	0	0	0	0
		7	25	9	35	5	100	0	0	0	0
	243	225	11	4	3	0	177	17	28	56	72
		93	5	2	1	0	10	16	32	41	2
		nur Frauen	eher Frauen	beide gleich	eher Männer	nur Männer	nur Frauen	eher Frauen	beide gleich	eher Männer	nur Männer
Fantasien in %	243	1	3	4	59	176	152	25	0	0	0
Sexwünsche in %	243	0	1	2	24	73	86	14	0	0	0
		0	5	7	33	199	170	7	0	0	0
		0	2	3	14	82	96	4	0	0	0
		hetero- sexuell	eher hetero- sexuell	bi- sexuell	eher homo- sexuell	homo- sexuell	hetero- sexuell	eher hetero- sexuell	bi- sexuell	eher homo- sexuell	homo- sexuell
Identität in %	243	0	5	12	43	183	170	7	0	0	0
		0	2	5	18	75	96	4	0	0	0

Table 2.3. Fortsetzung

Dimension	N_{US}	homo- und bisexuell					Ausprägung der Dimension					heterosexuell					
		1	2	3	4	5	1-10x	niemals	1-3x / Monat	1-6x / Woche	täglich	1-10x	niemals	1-3x / Monat	1-6x / Woche	täglich	
FRAUEN																	
Mann sexuell attraktiv in %	114	67	44	1	2	0	90	2	55	20	5	8					
Frau sexuell attraktiv in %	113	59	39	1	2	0	89	3	61	22	6	9					
Sex mit einem Mann in %	114	100	9	2	3	0	90	19	10	24	36	1					
Sex mit einer Frau in %	114	88	8	2	3	0	88	21	11	27	40	1					
		19	27	26	21	7	100	0	0	0	0	0					
		nur Frauen	eher Frauen	beide gleich	eher Männer	nur Männer	nur Frauen	eher Frauen	beide gleich	eher Frauen	nur Männer	nur Frauen					
Fantasien in %	114	39	54	14	7	0	90	0	0	2	24	64					
Sexwünsche in %	114	80	20	9	5	0	90	0	0	0	16	74					
		70	18	8	4	0	0	0	0	0	18	82					
		eher hetero- sexuell	eher hetero- sexuell	bi- sexuell	eher homo- sexuell	nur homo- sexuell	nur hetero- sexuell	eher hetero- sexuell	beide sexuell	eher hetero- sexuell	nur homo- sexuell	nur hetero- sexuell					
Identität in %	112	0	7	13	24	68	89	84	5	0	0	0					
		0	6	11	21	61	94	94	6	0	0	0					

2.3.2 Soziodemografische Merkmale

Bildung

In Tabelle 2.4 ist der Bildungsgrad der Stichproben mit den Ergebnissen der österreichischen Volksbefragung (Statistik Austria, 2003) vergleichend dargestellt.

Tabelle 2.4. Höchster Schulabschluss der TeilnehmerInnen

Bildung	Männer					Frauen				
	SLB, $N=243$		HES, $N=177$		Ö _a	SLB, $N=114$		HES, $N=90$		Ö
	n	%	n	%	%	n	%	n	%	%
Pflichtschule	96	39	65	37	68	31	27	21	23	54
Fachschule	9	4	8	5	8	9	8	7	8	16
Matura	70	29	50	28	15	39	34	31	34	19
Akademie	54	28	54	31	9	35	31	31	34	10

Anm.: ^aProzente bezogen auf die österreichische Gesamtbevölkerung.

Von einer Person war kein höchster Schulabschluss bekannt. Die Untersuchungs- und Kontrollstichprobe unterscheiden sich (durch das Parallelisieren) nicht statistisch signifikant hinsichtlich der Bildung ($\chi^2(624, 3) = 1.06, p = .79$). Die homo- und bisexuellen Männer der Stichprobe unterscheiden sich im Ausbildungsgrad von der österreichischen Bevölkerung ($\chi^2(243, 4) = 156.58, p < .01$), ebenso wie die Frauen ($\chi^2(112, 4) = 91.25, p < .01$). Es sind prozentuell weniger homo- und bisexuelle Personen mit Pflicht-, Lehr- oder Fachschulabschluss und mehr Personen mit Matura oder noch höherem Schulabschluss in der Stichprobe. Die Männer und Frauen der Untersuchungsstichprobe unterscheiden sich im Bildungsgrad voneinander ($\chi^2(355, 3) = 8.06, p = .04$). Es sind prozentuell weniger Frauen mit Pflicht- oder Lehrabschluss und mehr Frauen mit Fachschulabschluss als Männer in der Untersuchungsstichprobe. Durch das Parallelisieren ist der Unterschied auch in der Kontrollgruppe zu finden ($\chi^2(267, 3) = 5.49, p = .14$), er ist jedoch aufgrund der kleineren Stichprobengröße nicht statistisch signifikant.

Alter

Die TeilnehmerInnen der Untersuchungsstichprobe waren im Schnitt 36.41 ($SD = 11.66$) Jahre alt, die Altersspanne reicht von 15 - 66 Jahren. Von drei TeilnehmerInnen fehlt die Altersangabe. In der Kontrollstichprobe waren die Befragten im Schnitt 35.86 ($SD =$

12.10) Jahre alt, mit einer Altersspanne von 18-74 Jahren. Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht statistisch signifikant hinsichtlich des Alters ($F(1, 620) = 0.33, p = .57$). Beide Verteilungen sind linksgipfelig, daher wird das Alter in späteren Analysen log-transformiert. In Tabelle 2.5 ist die Altersverteilung, kategorisiert in 10-Jahres-Einheiten, dargestellt.

Tabelle 2.5. Alter der TeilnehmerInnen

Alter	Männer					Frauen				
	SLB, N=243		KG, N=355		Ö	SLB, N=112		KG, N=90		Ö
	n	%	n	%	%	n	%	n	%	%
10 - 19	8	3	7	4	14	3	3	2	2	13
20 - 29	57	23	45	25	15	44	40	37	41	14
30 - 39	83	34	61	34	20	36	32	26	29	18
40 - 49	50	21	35	20	17	21	19	15	17	15
50 - 59	24	10	16	9	14	7	6	7	8	13
> 60	21	9	13	7	20	1	1	3	3	27

Auch bei Kategorisierung der Altersgruppen ergibt ein Mann-Witney-Test keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Kontroll- und Untersuchungsstichprobe ($W = 46144.5, p = .56$). Die Männer der Untersuchungsgruppe unterscheiden sich von der österreichischen Gesamtbevölkerung, $\chi^2(N = 243, df = 5) = 76.74, p < .01$, ebenso die Frauen $\chi^2(N = 112, df = 5) = 108.53, p < .01$. Es sind vor allem weniger unter 19-jährige und über 60-jährige und mehr 20-40 jährige Männer und Frauen in der Untersuchungsstichprobe als es der österreichische Schnitt erwarten lassen würde. Die Männer der Untersuchungsgruppe sind älter ($MW = 37.94$ Jahre, $SD = 12.17$) als die Frauen in der Untersuchungsgruppe ($MW = 33.10$ Jahre, $SD = 9.38, F(1, 323) = 13.74, p < .01, r^* = .20$). Durch das Parallelisieren ist dieser Unterschied auch in der Kontrollgruppe zu finden $F(1, 265) = 3.73, p = .05$.

Einkommen

Das monatliche Netto-Einkommen wurde zur besseren Darstellung in Kategorien zusammengefasst (s. Tab. 2.6) Zwanzig TeilnehmerInnen (3%) machten keine Angaben zu ihrem Einkommen. Ein Teilnehmer hatte ein außergewöhnlich hohes Gehalt angegeben. Der Wert wurde durch den nächstniedrigeren Wert ersetzt. Eine zweifaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für das Geschlecht ($F(1, 306) = 31.00, p < .01, r^* = 22.15$) nicht aber für die sexuelle Orientierung, d.h. Frauen verdienen weniger

als Männer, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung.

Tabelle 2.6. Monatliches Netto-Einkommen der TeilnehmerInnen

Einkommen (Euro)	Männer				Frauen			
	SLB, $N=236$		HES, $N=172$		SLB, $N=108$		HES, $N=89$	
	n	%	n	%	n	%	n	%
bis 500	27	11	26	15	19	18	18	20
501 - 1000	47	20	18	11	29	27	28	31
1001 - 1500	86	36	45	26	43	40	26	29
1501 - 2000	50	21	55	32	17	16	10	11
mehr als 2000	26	11	28	16	0	0	7	8

Glaubensgemeinschaft

In Tabelle 2.7 ist die Zugehörigkeit der TeilnehmerInnen zu den verschiedenen Glaubensgemeinschaften dargestellt.

Für die folgenden Analysen wurden die Kategorien auf “röm. kath.”, “evangelisch”, “keine” und “andere” reduziert. Die Untersuchungsstichprobe unterscheidet sich statistisch signifikant von der Kontrollstichprobe ($\chi^2(3, 625) = 30.69, p < .01$). Der Effekt ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass sich weniger römisch katholische TeilnehmerInnen und mehr ohne Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft in der Untersuchungsstichprobe befinden. Weder in der Untersuchungs- noch in der Kontrollstichprobe sind islamische TeilnehmerInnen.

Die Untersuchungsstichprobe ist unterschiedlich zur österreichischen Gesamtbevölkerung ($\chi^2(N = 358, df = 4) = 271.84, p < .01$), wobei mehr homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen nicht zu einer Religionsgemeinschaft gehören. Auch die Kontrollstichprobe unterscheidet sich von der österreichischen Gesamtbevölkerung ($\chi^2(N = 267, df = 4) = 33.93, p < .01$), da vor allem mehr TeilnehmerInnen ohne Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und weniger einer “anderen” angehören. Es könnte der Fall sein, dass der Prozentsatz an römisch-katholischen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen deshalb niedriger ist, weil viele aufgrund der ablehnenden Haltung der Amtskirche zum Thema Homosexualität ausgetreten sind, es könnte sich aber auch um eine verzerrte Stichprobe handeln.

Manche gaben an, einer Religionsgemeinschaft anzugehören, und kreuzten dann beim Zugehörigkeitsgefühl an: “gehöre keiner Gemeinschaft an”. Da sie vermutlich damit das Gefühl ausdrücken, nicht mit der Gemeinschaft verbunden zu sein, bekamen sie den

Tabelle 2.7. Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaften

Religionsgemeinschaft	SLB		HES		Ö
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	%
Römisch Katholisch	183	51	193	72	74
Evangelisch	29	8	18	7	5
Islamisch	0	0	0	0	4
Andere _a	7	2	4	2	5
Keine	139	39	52	19	12

Anm:

^a altkatholisch, buddhistisch, hinduistisch

entsprechenden Wert zugeordnet. Wie in Tabelle 2.8 zu sehen ist, geben die TeilnehmerInnen der Untersuchungsstichprobe im Vergleich zu jenen der Kontrollstichprobe an, sich ihrer Religionsgemeinschaft weniger stark zugehörig zu fühlen.

Tabelle 2.8. Verbundenheit mit Glaubensgemeinschaften

Religionsgemeinschaft	SLB		HES		<i>U</i>
	<i>MD</i>	% verbunden _a	<i>MD</i>	% verbunden	
Römisch Katholisch	3	38	2	55	14578**
Evangelisch	3	34	3	44	252
Andere	2	57	2.5	50	16.5

Anm.: Niedrige Werte bedeuten eine hohe Verbundenheit mit der Glaubensgemeinschaft.

^a Prozentsatz derjenigen, die angaben, sich “sehr” oder “eher” mit der Glaubensgemeinschaft verbunden zu fühlen.

Familienstand

Durch die Mehrfachantworten kam es zu 14 verschiedenen Antwortmustern. Diese wurden folgendermaßen auf vier reduziert: Unter “Geschieden” wurden auch jene hinzugezählt, die gegenwärtig geschieden und single ($n = 4$), geschieden und in einer Partnerschaft ($n = 9$), oder geschieden und wiederverheiratet ($n = 0$) sind. Unter “Ledig” wurden auch jene subsumiert, die gegenwärtig ledig und in einer Partnerschaft ($n = 44$) oder ledig und Single sind ($n = 59$), oder die nur angaben, in einer Partnerschaft zu leben ($n = 91$). Als “Verheiratet” wurden auch jene klassifiziert, die zusätzlich noch in einer Partnerschaft leben ($n = 3$), und unter “Verwitwet” wurden auch Personen eingeordnet,

die gegenwärtig wieder in einer Partnerschaft leben ($n = 1$). Die Angaben in Klammer bezieht sich auf die Untersuchungsstichprobe.

Die homo- und bisexuellen Befragten unterscheiden sich statistisch signifikant von den heterosexuellen TeilnehmerInnen ($\chi^2(3, 421) = 92.66, p < .01$), hauptsächlich durch die geringere Rate an verheirateten und der höheren Rate an ledigen Männern in der Untersuchungsstichprobe. Derselbe Effekt tritt beim Vergleich der Frauen auf ($\chi^2(3, 204) = 39.06, p < .01$).

Die homo- und bisexuellen Männer der Untersuchungsstichprobe sind unterschiedlich zur österreichischen Bevölkerung ($\chi^2(258, 3) = 186.22, p < .01$). Der Effekt ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass homo- und bisexuelle Männer häufiger ledig und weniger häufig verheiratet sind. Die Männer der Kontrollstichprobe unterscheiden sich in punkto Familienstand nicht statistisch signifikant von der österreichischen Bevölkerung. Die Ergebnisse der homo- und bisexuellen Frauen sind ähnlich. Auch sie unterscheiden sich von der österreichischen Bevölkerung ($\chi^2(3, 114) = 102.20, p < .01$), und sie sind ebenfalls eher ledig und weniger oft verheiratet. Auch die heterosexuellen Frauen unterscheiden sich statistisch von der österreichischen Bevölkerung ($\chi^2(3, 90) = 8.55, p = .04$), da im Vergleich zu Österreich mehr ledig und weniger verheiratet sind. Die Frauen und Männer der Untersuchungsstichprobe unterscheiden sich hinsichtlich ihres Familienstandes, $\chi^2(N = 358, df = 3) = 9.86, p = .02$, vor allem deshalb, weil die Frauen eher geschieden sind. Dieser Geschlechtsunterschied fand sich auch in der klassischen Untersuchung von Bell and Weinberg (1974/ 1978).

Ein Vergleich mit einer Studie aus den USA zeigt, dass 31% der Männer und 21% der Frauen einer Zufallsstichprobe, die gleichgeschlechtliche Sexualkontakte in den letzten fünf Jahren hatten, zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet waren (Gilman et al., 2001), siehe auch S. 24. Unter den bisexuellen Männern sind oder waren geringfügig mehr verheiratet als unter schwulen Männern (22 vs. 8%, $\chi^2(N = 244, df = 1) = 6.58, p < .05, r^* = 0.16$). Bei den Frauen ist dies ebenso der Fall (25 vs. 15%), der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Tabelle 2.9. Familienstand der TeilnehmerInnen

Familienstand	Männer					Frauen				
	SLB	HES	Ö	SLB	HES	Ö	SLB	HES	Ö	
	n	%	n	%	%	n	%	n	%	%
Ledig	216	89	88	50	47	92	81	47	52	39
Verheiratet	10	4	72	41	46	4	4	32	36	42
Geschieden	15	6	15	8	6	18	16	9	10	12
Verwitwet	3	1	2	1	2	0	0	2	2	7

Tabelle 2.10. Anteil der gegenwärtig oder jemals verheirateten homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen in Prozent

	Geschlecht	
	Männer	Frauen
homosexuell	8.42	14.52
bisexuell	22.22	25.00

Tabelle 2.11. Familienstand und Alter

Alter	<i>n</i>	<i>N</i>	% Verheiratet	% Ö	χ^2	<i>r</i> *
< 20	0	11	0	0.19	- ^a	-
20-29	2	101	2	23	26.59**	0.51
30-39	9	119	8	68	201.15**	1.33
40-49	15	71	21	86	239.64**	1.84
50-59	16	31	52	92	66.94**	1.47
> 60	6	22	27	93	138.73**	2.51

Anm.:

Von 3 Personen ist das Alter nicht bekannt.

^a Aufgrund der fehlenden Zellenbesetzung wurde kein χ^2 -Test gerechnet.

In Tabelle 2.12 ist der Partnerschaftsstatus der TeilnehmerInnen dargestellt. Von 3 Personen ist dieser nicht angegeben worden. Die Befragten der Untersuchungsgruppe lebten geringfügig häufiger alleine ($\chi^2(1, 622) = 14.36, p < .01, r^* = .15$). Die Männer der Untersuchungsstichprobe unterscheiden sich nicht signifikant von den Frauen hinsichtlich des Partnerschaftsstatus ($\chi^2(3, 356) = 3.86, p = .28$). Zwischen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen gibt es jedoch Unterschiede ($\chi^2(3, 356) = 39.41, p < .01$). Mehr bisexuelle als homosexuelle TeilnehmerInnen leben mit verschiedengeschlechtlichen PartnerInnen zusammen, weniger mit gleichgeschlechtlichen PartnerInnen, und etwas mehr bisexuelle Befragte leben alleine. In jenem Teil des Fragebogens, mit dem das soziale Netz erhoben wurde, konnten die TeilnehmerInnen ihnen wichtige Personen angeben. Einige gaben auch ihre Kinder an, und so kann geschätzt werden, wieviele der homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen Väter bzw. Mütter sind (s. Tab. 2.13). Diese Schätzung ist eine Untergrenze, da es möglich ist, dass TeilnehmerInnen ihre Kinder nicht im sozialen Netz anführten. Eine logistische Regressionsanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für die sexuelle Orientierung ($\chi^2(2, 6251) = 65.95, p < .01$), nicht aber für das Geschlecht. Die Odds-Rate der homo- vs der heterosexuellen TeilnehmerInnen beträgt .10, *CI* = .05 – .20, jene für bi- vs. heterosexuelle .21, *CI* = .08 – .51, d.h. homo- und bi-

Tabelle 2.12. Partnerschaftsstatus der TeilnehmerInnen

Status	sexuelle Orientierung					
	homosexuell		bisexuell		heterosexuell	
	<i>N</i> =251	<i>N</i> =105	<i>N</i> =105	<i>N</i> =105	<i>N</i> =266	<i>N</i> =266
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alleine lebend	91	36	53	50	68	26
Gleichgeschlechtliche PartnerIn	157	63	37	35	0	0
Verschiedengeschlechtliche PartnerIn	2	1	13	12	198	74
Gleich- u. verschiedengeschl. PartnerIn	1	0.40	2	2	0	0

sexuelle TeilnehmerInnen haben weniger häufig Kinder als heterosexuelle, insofern beide Gruppen ihre Kinder gleich wahrscheinlich erwähnt haben.

Tabelle 2.13. Anzahl der TeilnehmerInnen mit Kindern

Geschlecht	sexuelle Orientierung					
	homosexuell		bisexuell		hetero	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Männer	11	6	6	11	67	38
Frauen	9	14	8	16	36	40

Beschäftigungsstand

Durch die Mehrfachantworten ergaben sich 17 verschiedene Kombinationen, die folgendermaßen zusammengefasst und vereinfacht wurden: Unter “erwerbstätig” wurden jene TeilnehmerInnen eingeordnet, die selbständig, angestellt, selbständig und angestellt, selbständig und Hausfrau/Hausmann, und angestellt und Hausfrau/Hausmann sind. Als “erwerbslos” wurden jene klassifiziert, die Hausfrau/Hausmann sind. Unter “arbeitslos” wurden auch jene subsumiert, die zusätzlich noch selbständig oder angestellt oder in der Schule/Universität sind. In die Kategorie “in Ausbildung” fallen all jene, die in der Schule/Universität oder zusätzlich noch angestellt oder selbständig sind. Als “pensioniert” wurden auch solche TeilnehmerInnen klassifiziert, die zusätzlich noch angestellt oder Hausfrau/mann sind (s. Tab. 2.14). Von 6 Personen (1%) fehlen die Angaben zum Beschäftigungsstand.

Die Männer der Untersuchungs- und Kontrollstichprobe unterscheiden sich bezüglich ihres Beschäftigungsstandes nicht statistisch signifikant voneinander, die Frauen dagegen

Tabelle 2.14. Beschäftigungsstand der TeilnehmerInnen

Beschäftigung	Männer				Frauen			
	SLB		HES		SLB		HES	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
in Ausbildung	44	18	36	20	30	26	24	27
erwerbstätig	161	66	121	68	73	64	48	64
erwerbslos	0	0	1	1	0	0	5	6
arbeitslos	13	5	6	3	8	7	1	1
pensioniert	26	11	13	7	3	3	2	2

schon, $\chi^2(4, 194) = 10.85, p = .02$. Der Unterschied lässt sich auf die höhere Quote an arbeitslosen und niedrigere Quote an erwerbslosen homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen zurückführen.

Stadt/Land

Die Männer der Untersuchungs- und der Kontrollstichprobe unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich der Einwohnerzahl des Wohnortes ($W = 24786.5, p < .01$). Bei den Frauen findet sich dieser Unterschied nicht. Weniger schwule- und bisexuelle Männer leben im Vergleich zu den heterosexuellen in Orten mit 1001-10000 EinwohnerInnen, und mehr in Städten über 100000 EinwohnerInnen.

Die homo- und bisexuellen Männer unterscheiden sich in der Einwohnerzahl des Wohnortes signifikant von der österreichischen Gesamtbevölkerung ($\chi^2(241, 3) = 85.41, p < .01$). Es sind vor allem mehr schwule und bisexuelle Männer in Städten mit mehr als 100001 EinwohnerInnen, und weniger in Städten 1001-10000 EinwohnerInnen wohnhaft. Die Stichprobe enthält allerdings in etwa repräsentativ Männer aus Orten unter 1000

Tabelle 2.15. Größe des Wohnortes der TeilnehmerInnen (Einwohneranzahl)

Einwohner Wohnort	Männer				Frauen				% Ö
	SLB		HES		SLB		HES		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
bis 1000	13	5	11	6	7	6	5	6	5
1001 - 10000	69	29	80	45	39	35	32	37	52
10001 - 100000	40	17	21	12	9	8	9	10	16
> 100001	119	49	64	36	57	51	41	47	28

und aus Orten mit 10001 - 100000 EinwohnerInnen. Auch die homo- und bisexuellen Frauen unterscheiden sich in der Einwohnerzahl des Wohnortes signifikant von der österreichischen Gesamtbevölkerung ($\chi^2(112, 3) = 42.750, p < .05$). Es sind vor allem mehr lesbische und bisexuelle Frauen aus Städten mit mehr als 100001 EinwohnerInnen, und weniger TeilnehmerInnen aus Orten zwischen 1001 und 100000 EinwohnerInnen. Wie bei den homo- und bisexuellen Männern sind auch die homo- und bisexuellen Frauen aus kleinen Orten repräsentativ in der Stichprobe vertreten. Vermutlich konnte diese Personengruppe über die verschiedenen kleinen Vereine und Stammtische und über die Mitgliederlisten der größeren Vereine erreicht werden.

Sowohl die Männer als auch die Frauen der Kontrollgruppe unterscheiden sich in der Einwohneranzahl des Wohnortes von Österreich ($\chi^2(3, 174) = 14.03, p < .01$, bzw. $\chi^2(3, 86) = 23.69, p < .01$). Die Männer sind häufiger aus Städten (>100001 EinwohnerInnen) und weniger häufig aus Orten mit 1001-100000 EinwohnerInnen, Frauen leben vor allem häufiger in Städten mit mehr als 100001 und weniger häufig in Orten zwischen 1001 und 10000 EinwohnerInnen.

Neben der Einwohnerzahl des Wohnortes wurde auch jene des Arbeitsortes abgefragt. In einer neuen Variable mit drei Ausprägungen wurde die Stadt/Land-Unterscheidung wie folgt getroffen: Wenn sowohl der Wohn- als auch der Arbeitsort nicht mehr als 10000 Einwohner hatte, so fällt dies unter "rural". Wenn sowohl der Wohn- als auch der Arbeitsort mehr als 10000 Einwohner hatte, so wurde dies als "urban" bezeichnet. Alle anderen Kombinationen wurden als "gemischt" eingeordnet. Pensionierte Personen ohne zusätzlicher Beschäftigung gaben natürlich keine Einwohneranzahl des Arbeitsortes an. Daher wurde für die Berechnung der Urbanität die Einwohnerzahl des Arbeitsortes mit dem Wert für den Wohnort gleichgesetzt (s. Tab. 2.16). Für 16 Personen (3%) konnte aufgrund fehlender Angaben kein Wert berechnet werden.

Die Männer der Untersuchungs- und Kontrollstichprobe unterscheiden sich statistisch signifikant hinsichtlich ihrer Urbanität, ($\chi^2(2, 413) = 15.32, p < .01$). Weniger homo- und

Tabelle 2.16. Urbanität der TeilnehmerInnen

Stadt/Land	Männer				Frauen			
	SLB		HES		SLB		HES	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	<i>N</i> =239		<i>N</i> =174		<i>N</i> =110		<i>N</i> =86	
rural	49	21	34	20	23	21	16	19
gemischt	42	18	59	34	25	23	24	28
urban	148	62	81	47	62	56	46	53

bisexuelle Männer leben gemischt in der Stadt und am Land, und mehr von ihnen leben im Vergleich zu den heterosexuellen Männern urban. Bei den Frauen gibt es keinen diesbezüglichen Unterschied.

Bundesland

Die Fragebögen wurden nicht in Wien verteilt, weil es möglich ist, dass die Lebenssituation in der Hauptstadt durch ein viel breiteres Angebot für schwule, lesbische und bisexuelle Personen eine ganz andere ist. Trotzdem gelangte der Fragebogen an 16 TeilnehmerInnen aus Wien, die in der Stichprobe mitberücksichtigt wurden. Die meisten TeilnehmerInnen der Untersuchungsgruppe ($n=132$, 37%) und der Kontrollgruppe ($n=196$, 73%) sind in Salzburg wohnhaft.

Nationalität und Muttersprache

Die meisten Nicht-ÖsterreicherInnen der Untersuchungsstichprobe stammen aus Deutschland ($n=17$), je zwei TeilnehmerInnen aus Italien, Polen oder aus nicht näher bezeichneten Ländern, und je eine Person aus Finnland, Indien, Kroatien, Holland, Schweden, Tschechien und den USA. Leider konnten nicht mehr homo- und bisexuelle Befragte aus den typischen Migrationsländern Türkei und den Ländern ex-Jugoslawiens rekrutiert werden. Insgesamt stammten 30 (8%) TeilnehmerInnen in der Untersuchungsstichprobe und 11 (4%) der Kontrollgruppe nicht aus Österreich. Elf (3%) Personen in der Untersuchungsgruppe und 4 (2%) in der Kontrollgruppe hatten eine andere als die deutsche Muttersprache. Sechzehn (von 354, $NA=4$, 5%) TeilnehmerInnen der Untersuchungsstichprobe lebten nicht länger als 6 Jahre vor dem Befragungszeitraum in Österreich. Davon haben 3 (1%) Personen eine andere als die deutsche Muttersprache, d.h. es kann davon ausgegangen werden, dass fast alle TeilnehmerInnen den Fragebogen sprachlich verstanden haben.

Parteipräferenz

Die Ergebnisse der Parteipräferenz, die mit der Frage "Welche Partei steht Ihnen am nächsten" erhoben wurde, sind in Tabelle 2.17 zu sehen. Die österreichischen Ergebnisse der Nationalratswahl 2002 dienen als Vergleich (<http://www.kurier.at/wahl2002/ergebnisse/0.html>).

Die Männer der Untersuchungs- und Kontrollstichprobe unterscheiden sich in der Parteinähe nicht statistisch signifikant voneinander, bei den Frauen zeigte sich jedoch ein Unterschied $\chi^2(4, 170) = 11.04, p = .03$. Homo- und bisexuelle Frauen gaben an, sich im Vergleich zu den heterosexuellen Frauen vor allem der ÖVP weniger nahe zu fühlen.

Tabelle 2.17. Parteipräferenz der TeilnehmerInnen

Partei	Männer				Frauen				
	SLB, N=241		HES, N=175		SLB, N=112		HES		% Ö
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ÖVP	31	15	30	23	4	4	12	17	42
FPÖ	7	3	3	2	0	0	1	1	10
SPÖ	54	26	26	20	20	20	9	13	37
Grüne	100	49	68	52	67	59	46	65	9
LIF	11	5	4	3	2	2	2	3	1
KPÖ	1	0	1	1	4	4	1	1	1
Keine	40	–	43	–	15	–	19	–	
Andere	0	0	0	0	2	2	0	0	0
Partei angegeben	204		132		99		71		

Anm.: Die Prozentzahlen wurden nur mit jenen Personen errechnet, die eine Parteipräferenz angaben.

Nimmt man die Wahlergebnisse der letzten Nationalratswahl und vergleicht diese mit den Antworten der homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen, so ergeben sich große Unterschiede (Männer: $\chi^2(4, 204) = 407.07, p < .01$, Frauen: $\chi^2(4, 99) = 428.77, p < .01$). Dieser Effekt bei beiden Geschlechtergruppen ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass beträchtlich mehr SympathisantInnen der Grünen Partei, und weniger der Parteien ÖVP, SPÖ und FPÖ in der Untersuchungsstichprobe zu finden sind im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung. Die größte Abweichung findet sich zur ÖVP und zu den Grünen. Es ist allerdings offen, inwieweit das Wahlverhalten mit der Frage nach der Parteinähe übereinstimmt. Auch die Männer und Frauen der Kontrollgruppe unterscheiden sich in der Parteinähe statistisch signifikant von der österreichischen Gesamtbevölkerung $\chi^2(4, 132) = 279.53, p < .01$ bzw. $\chi^2(4, 71) = 259, p < .01$. Weniger von ihnen fühlen sich der ÖVP, FPÖ oder der SPÖ, beträchtlich mehr der Grünen Partei.

2.4 Suizidalität

In diesem Abschnitt wird die Hauptfragestellung dieser Arbeit zu beantworten versucht: Ist die Suizidversuchsrate und sind andere Indikatoren für suizidales Verhalten unter homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Personen erhöht? Da sich für einige Suizidalitätsvariablen Effekte für das Alter fanden, wurde es in den Analysen mitberücksichtigt. Für keine der Suizidalitätsvariablen wurden signifikante Geschlechtsunterschiede gefunden, deshalb ist das Geschlecht in den folgenden statistischen Analysen nicht berücksichtigt.

Einige der Variablen sind ordinal skaliert und wurden mit Proportionalen-Odds-Modellen gerechnet. Ob die dafür vorausgesetzten Ordinalitätsannahmen erfüllt sind, wurde grafisch überprüft. Für die sexuelle Orientierung (homo-/bi vs. heterosexuelle) stimmen die Annahmen gut. Für das Alter ergeben sich bei der Variablen “Wunsch, tot zu sein (letztes Jahr)”, Suizidgedanken ohne Absicht (letztes Jahr) und ernsthafte Suizidgedanken (letztes Jahr) Abweichungen von der Ordinalitätsannahme.

2.4.1 Wunsch nach Lebensunterbrechung und Todeswünsche

“Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, dass das Leben nicht wert ist, gelebt zu werden?”

Auf diese und andere folgende Fragen von Paykel et al. (1974) konnte von “nie” (1), “kaum je” (2), “manchmal” (3) bis “oft” (4) geantwortet werden. Die Ziffern in Klammer sind die Codes für die Antworten. Drei TeilnehmerInnen (1%) machten keine Angaben zu diesen Fragen. Heterosexuelle TeilnehmerInnen gaben im Vergleich zu den homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen nicht so oft an, ein solches Gefühl gehabt zu haben, und zwar sowohl im letzten Jahr ($MD = 1, Q = (1, 1)$ vs. $MD = 1, Q = (1, 2)$) als auch früher ($MD = 2, Q = (1, 2)$ vs. $MD = 2, Q = (1, 3)$), wie in den Tabelle 2.18 und in Abbildung 2.1 mittels Odds-Raten angegeben ist. Es gab keinen signifikanten Alterseffekt.

“Haben Sie sich jemals gewünscht, tot zu sein, z.B. zu Bett zu gehen und nicht mehr aufzuwachen?”

Wie in Tabelle 2.18 und Abbildung 2.1 zu sehen ist, stimmen heterosexuelle im Vergleich zu homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen dieser Frage seltener zu, weder bezogen auf das letzte Jahr ($MD = 1, Q = (1, 1)$ vs. $MD = 1, Q = (1, 2)$), noch auf die Zeit davor ($MD = 1, Q = (1, 2)$ vs. $MD = 2, Q = (1, 3)$). Für das letzte Jahr gibt es auch einen Alterseffekt ($OR = 0.75, CI = 0.62 - 0.91$), d.h. je jünger die TeilnehmerInnen waren, umso eher stimmten sie der Frage zu. Drei Personen in der Frage für das letzte Jahr, und vier Personen (1%) für die Frage bezogen auf die Zeit vor dem letzten Jahr machten keine Angaben.

Tabelle 2.18. Zustimmung zu den Fragen zur Suizidalität in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Suizidalitäts-Indikator	SLB		HES		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>OR</i>	<i>CI</i>	<i>r</i> *
Gegenwärtige Suizidversuchgefährdung	62 (17)	27 (10)	1.9	1.2-3.0	.10
Letztes Jahr					
Leben ist nicht lebenswert	155 (43)	54 (20)	3.0	2.1-4.3	.24
Wunsch, tot zu sein	100 (28)	39 (17)	2.3	1.5-3.4	.15
Suizidgedanken ohne Absicht	98 (28)	35 (13)	2.5	1.6-3.9	.17
Ernsthafte Suizidgedanken	65 (18)	18 (7)	3.7	1.8-5.3	.17
Abgebrochener Suizidversuch	18 (5)	2 (1)	7.1	1.6-30.7	.11
Suizidversuch (Eingangsfrage)	6 (2)	0 (0)	-	-	-
Früher					
Leben ist nicht lebenswert	263 (74)	144 (54)	2.4	1.7-3.3	.20
Wunsch, tot zu sein	230 (65)	105 (40)	2.7	2.0-3.8	.24
Suizidgedanken ohne Absicht	250 (70)	121 (45)	2.9	2.1-4.0	.25
Ernsthafte Suizidgedanken	179 (50)	58 (22)	3.6	2.5-5.2	.29
Abgebrochener Suizidversuch	75 (21)	17 (6)	3.9	2.2-6.8	.20
Suizidversuch (Eingangsfrage)	47 (13)	3 (1)	13.3	4.1-43.2	.21
Suizidversuch (jemals, Eingangsfrage)	51 (14)	3 (1)	14.6	4.5-47.4	.23
Suizidversuch (jemals, Kriterium 1)	47 (13)	4 (2)	9.9	3.5-27.9	.20
Suizidversuch (jemals, Kriterium 2)	34 (10)	4 (2)	6.9	2.4-19.6	.16

Anm.: Die Variablen sind dichotomisiert, d.h. alle Antwortkategorien, die diese Fragen nicht eindeutig verneinten, wurden zusammengefasst.

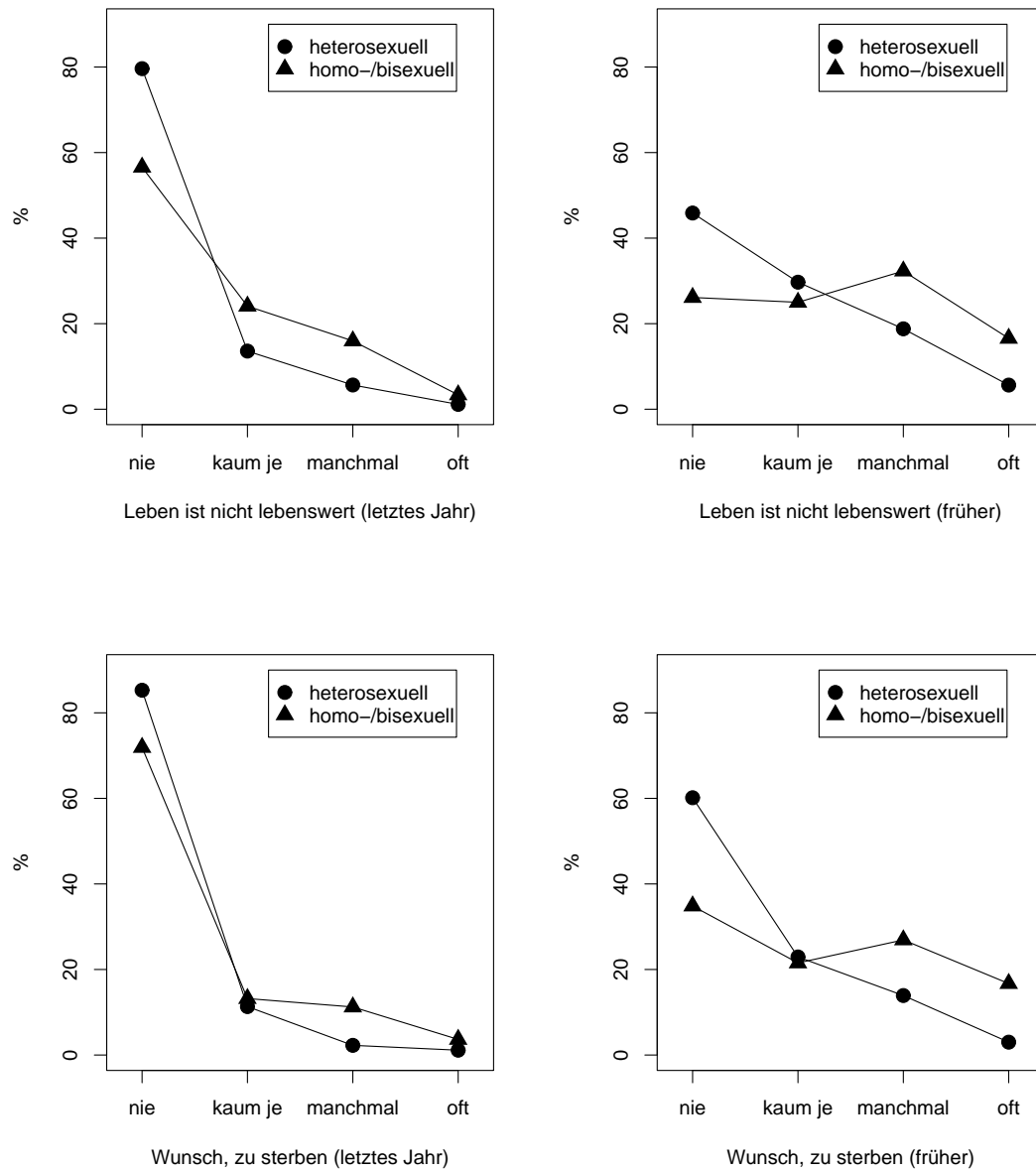


Abbildung 2.1. Ruhewünsche und suizidale Pause, Untersuchungs- vs. Kontrollgruppe

2.4.2 Suizidgedanken

Suizidgedanken wurden in zwei Abstufungen erhoben: erstens Suizidgedanken ohne Handlungsabsicht und zweitens ernsthafte Suizidgedanken, die zum Teil mit konkreten Suizidplänen verbunden sind. In Tabelle 2.18 und Abbildung 2.2 ist ersichtlich, dass Suizidgedanken ohne Handlungsabsicht, erhoben mit der Frage “Haben Sie jemals daran gedacht, sich Ihr Leben zu nehmen, auch wenn Sie es gar nicht wirklich tun wollten?”, von heterosexuellen TeilnehmerInnen signifikant weniger häufig angegeben wurden, und zwar bezogen auf das letzte Jahr ($MD = 1, Q = (1, 1)$ vs. $MD = 1, Q = (1, 2)$) und auf früher ($MD = 1, Q = (1, 2)$ vs. $MD = 2, Q = (1, 3)$). Für Suizidgedanken bezogen auf die Zeit vor einem Jahr gibt es auch einen signifikanten Alterseffekt, d.h. je älter die TeilnehmerInnen waren, umso weniger Suizidgedanken gaben Sie an ($OR = 0.70, CI = 0.58–0.85$). 6 TeilnehmerInnen (1%) machten keine Angaben für die Frage bezogen auf das letzte Jahr, 4 Personen (1%) bei der Frage, die sich auf die frühere Zeit bezog.

Ernsthafte, z.T. mit Plänen verbundene Suizidgedanken, die in späteren Analysen verwendet werden, wurde mit der Frage “Haben Sie jemals den Punkt erreicht, an dem Sie ernsthaft überlegt haben, sich umzubringen oder vielleicht Pläne gemacht haben, wie sie es machen würden?” erhoben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.18 und Abbildung 2.2 ersichtlich. Von jeweils vier Personen (1%) fehlen die Angaben auf diese Fragen. Heterosexuelle TeilnehmerInnen gaben bezogen auf das letzte Jahr und auf die Zeit davor signifikant weniger häufig an, Suizidgedanken dieser Art zu haben. Schlüsselte man die sexuelle Orientierung weiter auf, so ergeben sich für die homosexuellen TeilnehmerInnen Raten an Suizidgedanken von 16% (40 von 252), bei bisexuellen Befragten 24% (25 von 104), der Vergleich ist knapp nicht statistisch signifikant ($OR = .60, CI = .34–1.05, r^* = .09$)

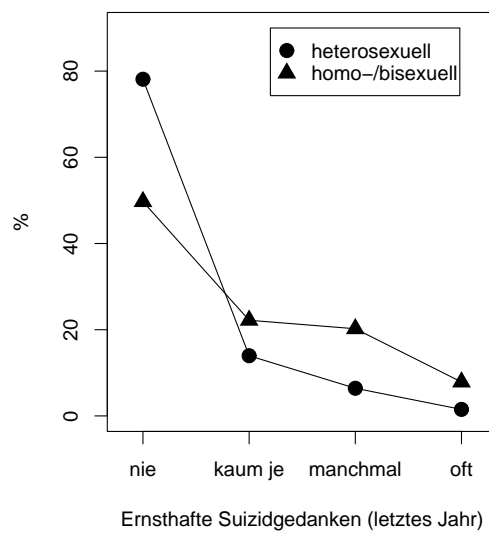
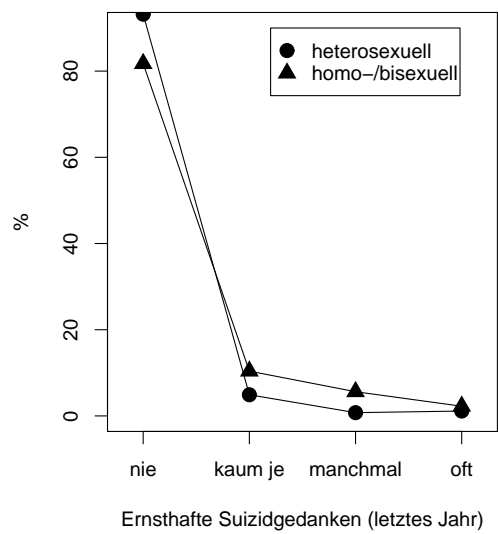
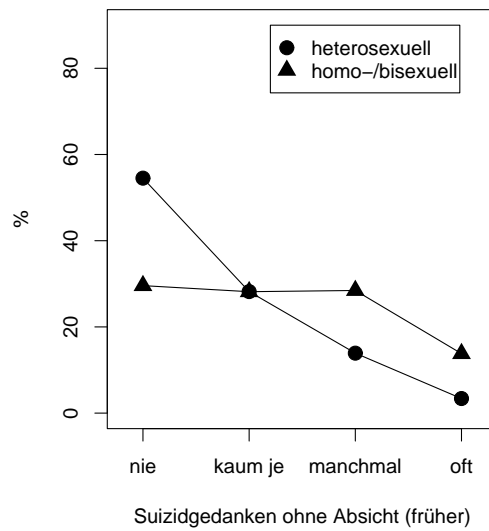
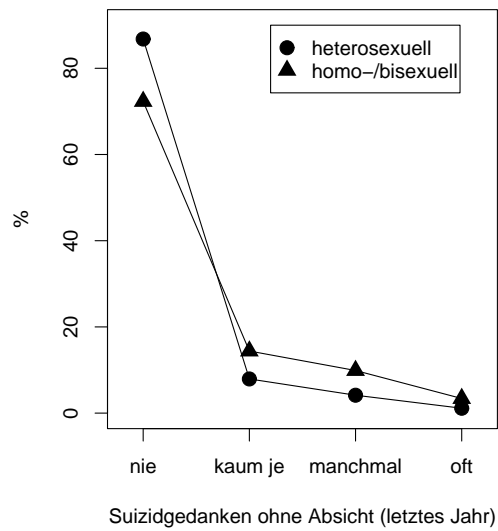


Abbildung 2.2. Suizidgedanken in der Untersuchungs- vs. Kontrollgruppe

2.4.3 Abgebrochene Suizidversuche

Die Frage “Haben Sie jemals versucht, sich umzubringen, haben aber in letzter Minute Ihre Absicht geändert?” konnte mit den Kategorien “nie” bis “oft” beantwortet werden. Da nur wenige die Kategorien “oft” und “manchmal” angekreuzt hatten, wird diese Variable dichotomisiert, indem die Kategorien “oft”, “manchmal” und “kaum je” zusammengefasst werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.19 ersichtlich. Vier Personen (1%) beantworteten die Frage nicht, die sich auf das letzte Jahr bezog, 2 Personen (0%) beantworteten jene nicht, die sich auf die Zeit davor bezog.

Schwule- und bisexuelle Männer gaben im Vergleich zu den heterosexuellen Männern statistisch signifikant gehäuft an, in den letzten 12 Monaten einen Suizidversuch abgebrochen zu haben, $OR = 10.04, CI = 1.26 - 72.31$, ebenso in der Zeit davor $OR = 3.81, CI = 1.87 - 7.80$.

Davon gaben 7 von 188 (4%) homosexuelle und 6 von 53 (11%) bisexuelle Männer einen abgebrochenen Suizidversuch im letzten Jahr an. Dieser Unterschied ist signifikant $OR = .30, CI = 0.10 - 0.94, r^* = .12$. Für die Zeit vor dem letzten Jahr gaben 37 von 189 (20%) homosexuelle und 8 von 54 (15%) bisexuelle Männer einen abgebrochenen Suizidversuch an. Dieser Unterschied ist nicht signifikant $OR = 1.40, CI = 0.61 - 3.22$.

Lesbische und bisexuelle Frauen hatten im Vergleich zu den heterosexuellen Frauen in den letzten 12 Monaten erhöhte, aber nicht statistisch signifikant erhöhte Raten an abgebrochenen Suizidversuchen, $OR = 4.04, CI = 0.46 - 35.19$, jedoch signifikant höhere Raten vor dem letzten Jahr, $OR = 4.18, CI = 1.74 - 10.06$. Davon gaben 2 von 63 (3%) homosexuelle und 3 von 51 (6%) bisexuelle Frauen einen abgebrochenen Suizidversuch im letzten Jahr an. Dieser Unterschied ist nicht signifikant $OR = .52, CI = 0.08 - 2.27$. Für die Zeit vor dem letzten Jahr gaben 16 von 63 (25%) homosexuelle und 14 von 51 (27%) bisexuelle Frauen einen abgebrochenen Suizidversuch an.

Tabelle 2.19. Anteil der TeilnehmerInnen mit abgebrochenen Suizidversuchen

	letzte 12 Monaten			früher		
	<i>n</i>	<i>N</i>	%	<i>n</i>	<i>N</i>	%
homo- oder bisexuelle Männer	13	241	5	45	243	19
heterosexuelle Männer	1	177	1	10	177	6
homo- oder bisexuelle Frauen	5	114	4	30	114	27
heterosexuelle Frauen	1	89	1	7	89	8

2.4.4 Suizidversuche

In Tabelle 2.20 sind die angegebenen Suizidversuche der Untersuchungs- und der Kontrollstichprobe dargestellt. Vier TeilnehmerInnen (1%) beantworteten die Frage nicht.

Von den homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen haben 6 Personen (1%) angegeben, im letzten Jahr einen Suizidversuch gemacht zu haben, in der Kontrollgruppe war das bei niemandem der Fall. Aufgrund dieser (statistisch) geringen Anzahl wurden die Suizidversuche im letzten Jahr und jene davor zusammengefasst. Die Kategorisierung von "wahren" Suizidversuchen wird im folgenden noch näher erläutert.

Die erhöhten Raten an wahren Suizidversuchen unter den homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen im Vergleich zu heterosexuellen TeilnehmerInnen sind in Form von Odds-Raten in Tabelle 2.21 ersichtlich. Alle Odds-Raten sind statistisch signifikant, d.h. homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen gaben signifikant häufiger als heterosexuelle TeilnehmerInnen an, jemals einen (wahren) Suizidversuch durchgeführt zu haben. Die Effektstärken bewegen sich im Bereich von $r = .18 - .25$. Dies mag zunächst klein erscheinen. In Tabelle 2.22 wird dieser Effekt in Binomial-Effektstärke-Tafeln übersetzt (Rosenthal et al., 2000). Der gefundene Effekt würde einer Erhöhung der Suizidversuchsrate um 20% von 40 auf 60% gleich kommen, angesichts der negativen Konsequenzen von Suizidversuchen also ein inhaltlich beträchtlicher Effekt.

Eine andere Möglichkeit ist, die Stärke des gefundenen Effektes mit den in Kap. 1.8, Tabelle 1.8,1.9 erwähnten Rechenbeispielen darzustellen. Bei der gefundenen relativen Risikorate von $RR = 7$, bei einem angenommenen Prozentsatz von 6% homo- oder bisexuellen Personen, und bei einer angenommenen Suizidversuchsrate von 3% in der Gesamtbevölkerung würde die Suizidversuchsrate von 3 auf 2.2% sinken, hätten die homo- bzw. bisexuellen Personen eine gleich hohe Suizidversuchsrate wie heterosexuelle Personen. Oder anders ausgedrückt, bei einem angenommenen Prozentsatz von 6% homo- oder bisexuellen Personen und der gefundenen relativen Risikorate von $RR = 7$ werden 31% der Suizidversuche von homo- oder bisexuellen Personen verübt, also fast jeder dritte.

Eine logistische Regressionsanalyse für die sexuelle Orientierung und das Alter (das Geschlecht wurde nicht berücksichtigt, da es bei einer ersten Analyse keinen signifikanten Effekt auf die Suizidversuchsrate hatte) ergab einen signifikanten Effekt für das Alter: je älter die TeilnehmerInnen waren, umso weniger häufig berichteten sie einen Suizidversuch ($OR=.64$, $CI=0.42-0.97$). Dies kann entweder aufgrund eines Kohorteneffektes resultieren, falls die jüngeren tatsächlich mehr Suizidversuche durchführen als die älteren TeilnehmerInnen, oder es handelt sich hier um den bekannten paradoxen Effekt, dass die Lebenszeitsuizidversuchsrate mit dem Alter sinkt (s. S. 75).

Um auszuschließen, dass die unterschiedlichen Suizidversuchsraten auf die gefundenen Unterschiede der Kontroll- und Untersuchungsstichprobe bezüglich der soziodemo-

Tabelle 2.20. TeilnehmerInnen mit mindestens einem angegebenen bzw. wahren Suizidversuch

	Angegebene			Wahre	
	Suizidversuche			Suizidversuche	
	<i>n</i>	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
homo- und bisexuelle Männer (NA=3)	30	241	12	28	12
homosexuelle Männer (NA=3)	24	187	13	22	12
bisexuelle Männer	6	54	11	6	11
heterosexuelle Männer	3	177	2	3	2
homo- und bisexuelle Frauen	21	114	18	19	17
homosexuelle Frauen	11	63	17	10	16
bisexuelle Frauen	10	51	20	8	16
heterosexuelle Frauen (NA=1)	0	89	0	1	1

Tabelle 2.21. Odds-Raten für die wahren Suizidversuche

	<i>OR</i>	<i>CI</i>	<i>RR</i>	<i>CI</i>	<i>r*</i>
Gesamt SLB : Gesamt HES	7.92	3.10-20.20	7.01	2.83-17.39	.20
Männer SLB : Männer HES	7.52	2.25-25.15	6.77	2.10-21.92	.18
Homosexuelle Männer : Männer HES _a	7.60	2.23-25.85	6.83	2.08-22.43	.19
Bisexuelle Männer : Männer HES _a	7.25	1.75-30.06	6.56	1.70-25.34	.18
Frauen SLB : Frauen HES	8.80	1.99-38.88	7.50	1.79-31.36	.22
Homosexuelle Frauen : Frauen HES _a	8.30	1.75-39.35	7.14	1.62-31.49	.22
Bisexuelle Frauen : Frauen HES _a	9.43	1.95-45.58	7.94	1.78-35.35	.25

Anm.: ^a Die Odds- und Relativen Risikoraten in dieser Zeile beziehen sich nicht auf eine parallelisierte Kontrollstichprobe, da die homosexuellen TeilnehmerInnen und die bisexuellen TeilnehmerInnen Subgruppen der Untersuchungsstichprobe darstellen.

Tabelle 2.22. Binomial- Effektstärke-Tafel

Ergebnis	$r_{null} = .0$		$r_{beobachtet} = .2$		$r_{gegen-null} = .38$	
	homo.	hetero.	homo.	hetero.	homo.	hetero.
Suizidversuch	50	50	60	40	69	31
kein Suizidversuch	50	50	40	60	31	69
Summe	100	100	100	100	100	100

Anm.: $r_{null} = .0$ ist die Effektstärke von Null, $r_{beobachtete} = .0$ ist die beobachtete Effektstärke, i.d.F. $r^* = .2$, und $r_{gegen-null}$ ist jenes Ergebnis, bei dem das beobachtete Ergebnis ebenfalls die gleiche Effektstärke ergeben hätte.

grafischen Variablen Familienstand, Partnerschaftsstatus, Beschäftigungsstand und Urbanität, wurden diese in einer logistischen Regressionsanalyse mitberücksichtigt. Die logistischen Odds-Raten veränderten sich von $OR = 0.10, CI = 0.04 - 0.28, p < .01$ auf $OR = 0.16, CI = 0.05 - 0.47, p < .01$ nur geringfügig.

Die Suizidversuchsraten (angegebene und wahre) der Kontrollgruppe sind etwas niedriger wie jene, die Weissman et al. (1999), in einer deutschen Zufallsstichprobe gefunden hatten (s. Tab. 1.7, S. 80), aber weder für die Männer noch für die Frauen statistisch signifikant niedriger $\chi^2(1, 177) = 1.57, p = .21$ bzw. $\chi^2(1, 89) = 2.63, p = .11$. Durch Suizidversuchsraten in der Allgemeinbevölkerung von 2.8-3.4% (Weissman et al., 1999) ist es plausibel, dass die Suizidversuchsraten in der Kontrollstichprobe stark schwanken. Nimmt man die Suizidversuchsraten von Weissman et al. (1999) als Referenz für die zu erwartende Anzahl von Suizidversuchen, so ergeben sich die in Tabelle 2.23 angegebenen Ergebnisse. Selbst bei dieser sehr vorsichtigen Schätzung ergeben sich für die homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen statistisch signifikante Häufungen wahrer Suizidversuche. Werden die Untergruppen einzeln verglichen, so ist nur die Gruppe der bisexuellen Männer nicht signifikant von der heterosexuellen Kontrollgruppe verschieden. Bei diesen konservativen Vergleichen ist unbedingt zu beachten, dass erstens in der Studie von Weissman et al. (1999) homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen nicht getrennt untersucht wurden, sodass die in dieser Berechnung verwendeten Raten für die fiktive heterosexuelle Vergleichsgruppe vermutlich zu hoch sind (s. S. 82). Zweitens wurde in Weissman et al. (1999) nur eine einfache Frage zum Suizidversuch ohne Kontrollfragen verwendet. Trotz dieser Überschätzung haben die homo- und bisexuellen Befragten gehäuft Suizidversuche angegeben. Bei der gefundenen relativen Risikorate von ungefähr $RR = 4$, bei einem angenommenen Prozentsatz von 6% homo- oder bisexuellen Personen, und bei einer angenommenen Suizidversuchsrate von 3% in der Gesamtbevölkerung würde die Suizidversuchsrate von 3 auf 2.5% sinken, hätten die homo- bzw. bisexuellen Personen eine gleich hohe Suizidversuchsrate wie heterosexuelle Personen. Oder anders ausgedrückt, bei einem angenommenen Prozentsatz von 6% homo- oder bisexuellen Personen und der gefundenen relativen Risikorate von $RR = 4$ werden 23% der Suizidversuche von homo- oder bisexuellen Personen verübt, also fast jeder vierte.

Sind die Ergebnisse mit jenen von Zufallsstichproben aus anderen Ländern vergleichbar? Wie in Tabelle 1.11 ersichtlich ist, gibt es zur Zeit noch nicht viele Untersuchungen mit Erwachsenen-Stichproben, vor allem nicht mit Frauen. Um zumindest einen Vergleich mit den Studien über erwachsene Männer (Herrell et al., 1999; Cochran & Mays, 2000; Gilman et al., 2001; Skegg et al., 2003) ziehen zu können, wurde eine bayesianische Metaanalyse mit den Ergebnissen der genannten Studien gerechnet (Spiegelhalter et al., 1999, Examples Vol I, S. 33). Das Modell rechnet für jede Studie einen Logit-Transformierten Unterschied δ_i der relativen Häufigkeiten der Suizidversuchsraten. Die

Tabelle 2.23. Odds-Raten für die Suizidversuche im Vergleich im Vergleich zu Weissman et al. (1999)

	<i>OR</i>	<i>CI</i>	<i>RR</i>	<i>CI</i>	<i>r*</i>
Gesamt SLB : Gesamt Weissman et al.	4.36	2.27-8.36	3.91	2.11-7.26	.17
Männer SLB : Männer Weissman et al.	4.39	1.88-10.25	4.00	1.78-8.98	.16
Homosex. Männer : Männer Weissman	4.85	1.79-13.08	4.40	1.70-11.38	.16
Bisex. Männer : Männer Weissman	3.25	0.63-16.88	3.00	0.63-14.21	.11
Frauen SLB : Frauen Weissman et al.	4.36	1.57-12.13	3.80	1.47-9.83	.19
Homosex. Frauen : Frauen Weissman	3.77	0.99-14.44	3.33	0.96-11.54	.16
Bisex. Frauen : Frauen Weissman	5.25	1.07-25.66	4.50	1.02-19.81	.19

posteriori Verteilungen der einzelnen Unterschiede sind in Abbildung 2.3 hellgrau gestrichelt eingezeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass die gefundenen Unterschiede einem “wahren” Populations-Unterschied d zugrundeliegen, der ebenfalls geschätzt wird und in Abbildung 2.3 mit einer stärkeren grauen Linie eingezeichnet ist. Aus dem Populationseffekt d und seiner Varianz τ wird geschätzt, wie groß der Effekt bei einer neuerlichen Stichprobe sein müsste ($\delta.new$). Die Verteilung dieser Schätzung ist mit einer dünnen schwarzen Linie gezeichnet, die Ober- und Untergrenze des 95% Konfidenzintervalles $CI = .28 - 2.47$ und der Mittelwert $MW = 1.45$ sind ebenfalls markiert. Die in dieser Studie gefundenen posteriori-Logit-Unterschiede sind mit einer dicken schwarzen Linie eingetragen. Der Mittelwert beträgt dabei $MW = 2.18$, das Konfidenzintervall $CI = 1.03 - 3.66$. Der Unterschied in der Suizidversuchsrate der Männer in dieser Studie liegt daher etwas über dem aus dem Vorwissen zu erwartenden Ausmaß.

Von 303 TeilnehmerInnen, die Fragebögen in der Version für heterosexuelle zurückgeschickt hatten, wurden 21 (7%) als homo- oder bisexuell klassifiziert. Diese Fragebögen wurden nicht ausgewertet. Interpretiert man diese TeilnehmerInnen als aus einer “Zufallsstichprobe” gewonnene homo- und bisexuelle Personen, und hätten sie eine ähnlich hohe Suizidversuchsrate wie die Untersuchungsstichprobe, so wäre zu erwarten, dass 1 - 2 Personen einen Suizidversuch angeben. Keine der 21 Personen gab einen Suizidversuch an. Dies ist durchaus plausibel aufgrund der geringen Anzahl dieser TeilnehmerInnen. Ein Fisher-Test fällt nicht signifikant aus $OR = 0.00 - 5.28, p = .50$.

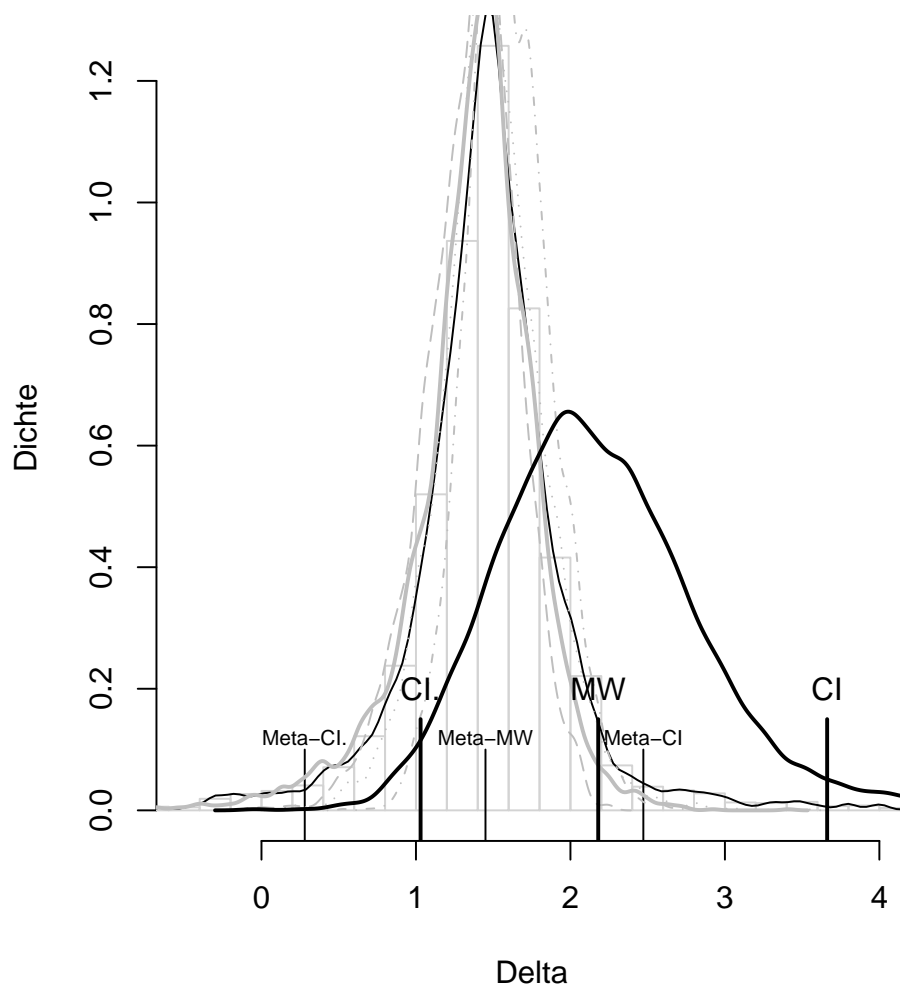


Abbildung 2.3. Posteriori-Verteilungen der Metaanalyse. Erläuterung siehe Text.

Suizidversuchsrate in Abhängigkeit des Kriteriums für sexuelle Orientierung

Natürlich stellt sich die Frage, ob die verschiedenen Suizidversuchshäufigkeiten zwischen homo- bzw. bisexuellen und heterosexuellen TeilnehmerInnen je nach Wahl des Kriteriums für die sexuelle Orientierung verschieden ist.

Wie aus Tabelle 2.24 zu entnehmen ist, würde sich an der Suizidversuchsrate nichts ändern, wenn für die sexuelle Orientierung die Variablen “Fantasien”, “Sexwunsch” oder “Identität” alleine verwendet würden. Bei diesen Variablen fallen in die Kategorie 2 nur für die Variable “sexuelle Fantasien” zwei Suizidversuche. Höhere Raten an Suizidversuchen sind erst ab der dritten Kategorie zu finden. Generalisiert man dieses Ergebnis, so

Tabelle 2.24. Suizidversuchshäufigkeit nach verschiedenen Kriterien für die sexuelle Orientierung

Variable	Ausprägung der sexuellen Orientierung									
	1		2		3		4		5	
	<i>n</i> (%)	<i>N</i>	<i>n</i> (%)	<i>N</i>	<i>n</i> (%)	<i>N</i>	<i>n</i> (%)	<i>N</i>	<i>n</i> (%)	<i>N</i>
Verhalten	10 (3)	302	11 (12)	91	13 (13)	99	14 (21)	109	2 (2)	19
Attrakt.	2 (1)	228	17 (12)	139	13 (13)	102	7 (10)	68	12 (14)	84
Fantasien	5 (2)	217	2 (3)	59	3 (15)	20	15 (13)	113	26 (12)	215
Sexwunsch	5 (2)	244	0 (0)	3	2 (13)	16	5 (9)	53	39 (14)	279
Identität	5 (2)	254	0 (0)	24	5 (20)	25	9 (13)	68	32 (13)	250
Orient. ^a	5 (2)	267	0 (0)	13	2 (8)	24	5 (4)	131	39 (21)	190

Anm.:

n ... Anzahl der Befragten mit Suizidversuchen in der jeweiligen Abstufung der sex. Orientierung.

N ... Anzahl der Befragten in der jeweiligen Abstufung der sexuellen Orientierung.

1 ... ausschließlich heterosexuell

5 ... ausschließlich homosexuell

^aIn dieser Untersuchung verwendetes Kriterium für die der sexuellen Orientierung.

Bei der Variable "Orientierung", die aus den drei Fragen 6,7 und 9 zusammengesetzt ist (s.o.), konnten auch Werte zwischen den angegebenen auftreten. War dies der Fall, so wurde er dem nächstniedrigeren zugeordnet.

würde die Suizidversuchsrate bei einem strengeren Kriterium für die sexuelle Orientierung für heterosexuelle Personen sinken, für homo- und bisexuelle steigen.

Hätte man die Variable "gleichgeschlechtliche Sexualkontakte" als Kriterium für sexuelle Orientierung herangezogen, wären 2 homo- und 4 bisexuelle TeilnehmerInnen mit einem angegebenen Suizidversuch als heterosexuell klassifiziert worden. Umgekehrt wären bei der Verwendung der Variable "einen Mann/Frau sexuell attraktiv finden" 3 heterosexuelle TeilnehmerInnen mit einem Suizidversuch in die homo- oder bisexuelle Gruppe zugeordnet worden. Bei der Verwendung der letztgenannten beiden Variablen würde sich die Suizidversuchsrate für die heterosexuelle Gruppe erhöhen, nähme man ein strengeres Kriterium für die sexuelle Orientierung.

Anzahl der durchgeführten Suizidversuche

In Tabelle 2.25 ist ersichtlich, wie viele Suizidversuche von jenen TeilnehmerInnen, die einen Suizidversuch angaben, gemacht worden sind.

Tabelle 2.25. Anzahl der Suizidversuche

	Anzahl der Suizidversuche					
	gesamt	1	2	3	4	>4
homo- und bisexuelle Männer	30	20	4	2	2	2
heterosexuelle Männer	3	2	0	0	1	0
homo- und bisexuelle Frauen	21	13	3	2	1	2
heterosexuelle Frauen	0	0	0	0	1	0

Wahl der Methode der Suizidversuche

Im Folgenden werden die angegebenen Suizidversuche genauer aufgeschlüsselt (s. Tab. 2.26), um einerseits Einblick in die Letalität der Methoden zu gewinnen, andererseits die angegebenen Suizidversuche in “wahre” und “falsch positive” Suizidversuche zu kategorisieren (s. S. 79).

Im Fragebogen wurden Kontrollfragen gestellt, die sich auf den/die Suizidversuch(e) beziehen. Ein angegebener Suizidversuch wurde als “wahr” klassifiziert, wenn dieser bei der Kontrollfrage bestätigt wurde (z.B. ein Kreuz bei der Frage “Machte einen Selbstmordversuch und war deshalb verletzt bzw. krank”). Wurde bei der Kontrollfrage angegeben, dass es sich um einen in der letzten Minute abgebrochenen Suizidversuch handelte, wurde er als “abgebrochener” klassifiziert. Wie in Tabelle 2.26 ersichtlich ist, wurden für abgebrochene Suizidversuche eher “härtere” Methoden gewählt, die eine letale Folge bei tatsächlicher Durchführung wahrscheinlich machen. Bei den Kontrollfragen konnte der Selbstmordversuch auch als Suizidgedanke oder Suizidplan relativiert werden. War dies der Fall, wurde der Suizidversuch als “nicht durchgeführt” eingeordnet. Diese Art von Suizidversuchen werden als *falsch positiv* klassifiziert. Manche Versuchspersonen, die einen Suizidversuch angaben, kreuzten keine der Kontrollfragen an, sie wurden daher als “unbekannt” eingeordnet, wurden aber für spätere Analysen mitberücksichtigt. Einige TeilnehmerInnen gaben zwar keine Suizidversuche an, kreuzten jedoch bei den Kontrollfragen an, einen Suizidversuch durchgeführt zu haben. Diese wurden als *falsch negativ* Suizidversuche gewertet und für die weiteren Analysen ebenfalls mitberücksichtigt.

Table 2.26. Anzahl der Suizidversuche, aufgeschlüsselt nach Art

sexuelle Orientierung	Suizidversuch angegeben			Suizidversuch verneint			k.A.
	durchgeführt	abgebrochen	nicht durchgeführt	durchgeführt	abgebrochen	nicht durchgeführt	
homo/bisexuelle Männer $N=30_1$	20 (67) ₂	5 (17)	4 (13)	1	1	2	1
Vergiftungen (X60-X69) ₄	13 (65) ₃	1 (20)	2 (50)	1 (100)		1 (100)	1 (100)
Erhängen, Erdröss., Erstick. (X70)			1 (25)				
Ertrinken / Untergehen (X71)		1 (20)					
Verl. m. stumpfen Ggst. (X79)	2 (10)				1 (100)		
Sturz aus Höhe (X80)					1 (100)		
Vor bewegten Ggst. (X81)		1 (20)					
Beschäd. durch KFZ-Unfall (X82)	1 (5)	1 (20)					
Beschäd. auf andere Weise (X83)			1 (25)				
Vergiftungen + Verletzungen- mit spitzem Ggst. (X6x+X78)	3 (15)	1 (20)					
Erhängen, Erdröss., erstick. + Verl. m. spitzem Ggst. (X70+X78)	1 (5)						
Unbekannt							1 (100)
heterosexuelle Männer $N=3$	3 (100)	0	0	0	0	0	0
Vergiftungen (X60-X69)	3 (100)						
						2 (100)	1 (100)

Tabelle 2.26. Fortsetzung

sexuelle Orientierung	Suizidversuch angegeben				Suizidversuch verneint				k.A.
	durch- geführt	abge- brochen	nicht durch- geführt	unk. bek.	durch- geführt	abge- brochen	nicht durch- geführt	unk. bek.	
homo/bisexuelle Frauen $N=21$	14 (67)	4 (19)	2 (10)	1 (4)	0	1	1	0	0
Vergiftungen (X60-X69)	9 (64)	2 (50)	1 (50)						
Erhängen, Erdrosseln, Erstickten (X70)	1 (7)	1 (25)							
Verletzungen m. spitzem Ggst. (X78)	4 (29)								
Vergiftungen + Verletzungen- Beschädigung d. KFZ-Unfall (X6x+X82)			1 (50)						
Erschießen + Verletzungen m. spitzem Ggst. (X73+X78)		1 (25)		1 (100)			1 (100)		
Unbekannt									
heterosexuelle Frauen $N=0$	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Verletzungen m. spitzem Ggst. (X78)						1 (100)			

Ann.: ¹ Anzahl angegebener Suizidversuche in der jeweiligen Gruppe (Prozentsätze in Klammer). ² Die Prozentsätze beziehen sich auf die angegebenen Suizidversuche in der jeweiligen Gruppe, i.d.F. 20 durchgeführte Suizidversuche von 30 angegebenen Suizidversuchen in der Gruppe der homo- und bisexuellen Männern. ³ Die Prozentsätze beziehen sich auf die jeweilige Art der Suizidversuche, i.d.F. 13 Suizidversuche durch Selbstvergiftungen von 20 durchgeführten Suizidversuchen in der Gruppe der homo- und bisexuellen Männer. ⁴ In Klammer der jeweilige ICD-10-Code der Suizidversuche (WHO, 2000). Die Selbstvergiftungsarten wurden dabei zusammengefaßt (X6x).

Savin-Williams (2001) hat in seiner Studie einen höheren Prozentsatz von falsch-positiven Suizidversuchen unter homosexuellen im Vergleich zu heterosexuellen TeilnehmerInnen gefunden, d.h. der Prozentsatz sank von 22% auf 10% bei den Frauen und von 23% auf 9% bei den Männern, also mehr als eine Halbierung. In meiner Stichprobe sinkt der Prozentsatz bei homo- oder bisexuellen Männern von 12.5% auf 11.6%, bei homo- oder bisexuellen Frauen von 18.4% auf 16.7%. Würden die abgebrochenen Suizidversuche und die falsch negativen nicht mitberücksichtigt, säne die Rate bei homo- oder bisexuellen Männern von 12.5% auf 8.2% bei homo- oder bisexuellen Frauen von 18.4% auf 12.3%. Der Unterschied würde für die Gesamtstichprobe $OR = 6.87, CI = 2.41 - 19.62, r^* = .16$, für die Männer $OR = 5.20, CI = 1.52 - 17.78, r^* = .14$ und für die Frauen $OR = 12.60, CI = 1.62 - 97.75, r^* = .19$ statistisch signifikant bleiben. Selbst bei einem Vergleich mit den Ergebnissen von Weissman et al. (1999) würden die Odds-Raten statistisch signifikant erhöht bleiben (Gesamtstichprobe: $OR = 3.03, CI = 1.54 - 5.94, r^* = .12$, Männer: $OR = 3.04, CI = 1.26 - 7.32, r^* = .11$, Frauen: $OR = 3.05, CI = 1.06 - 8.78, r^* = .13$).

Der Effekt ist also kleiner als in der Studie von Savin-Williams (2001). Zum einen könnten die TeilnehmerInnen ehrlicher in der Beantwortung gewesen sein, oder die Abfolge der Fragen von Paykel et al. (1974) führen durch ihre schrittweise Annäherung von Suizidgedanken über Suizidpläne zu tatsächlichen Suizidversuchen zu genaueren Antworten, vielleicht, indem sie implizit die richtige Definition von Suizidversuchen vermitteln. Die Anzahl angegebener Suizidversuche bei den heterosexuellen TeilnehmerInnen ist zu klein, um eine ähnliche Aufschlüsselung darzustellen. Die drei Befragten der Kontrollgruppe (drei Männer und eine Frau), die einen Suizidversuch angaben, hatten keinen falsch positiven Suizidversuch angegeben.

Was hätte (hat) den Suizidversuch verhindert?

In Tabelle 2.27 sind die subjektiven Gründe der TeilnehmerInnen angegeben, die einen Suizidversuch verhindern hätten. Es handelt sich hierbei um die kategorisierten Antworten auf die offene Frage "Was hätte den Suizidversuch Ihrer Meinung nach verhindern können?". Dabei sind alle angegebenen Gründe aufgelistet, auch für die "falsch-positiven" Suizidversuche.

An vorderster Stelle rangieren eine verständnisvollere, tolerantere Umgebung, gefolgt von Gesprächen. Bei den Gesprächen ist nicht klar, ob es keine Möglichkeit zu Gesprächen gab, oder ob Gespräche abgelehnt wurden. An dritter Stelle findet sich die Antwort "nichts", vielleicht ein Hinweis auf die subjektive Ausweglosigkeit der Situation vor dem Suizidversuch. "Mehr Selbstbewusstsein" an vierter Stelle könnte man z.B. auch als den Wunsch interpretieren, die sexuelle Orientierung besser akzeptieren oder offener leben zu können.

Table 2.27. Subjektive Gründe, die den Suizidversuch verhindert hätten

Gründe	Nennungen
Verständnis/Akzeptanz/Toleranz	14
Gespräche	9
Nichts / Niemand	7
Mehr Selbstbewusstsein / weniger Schuldgefühle	6
Weniger Probleme in / Unterstützung durch Familie	5
Therapie	5
Freunde	4
Partnerschaft	3
Keine Partnerprobleme (z.B. Trennung)	3
Weniger Diskriminierung (Mobbing, Morddrohungen)	2
Besserer Arbeitsplatz	2
Weniger Probleme / Leiden	2
Weiterleben	2
Angst vor dem Sterben / Feigheit	2
Andere Umgebung	1
bessere finanzielle Situation	1
bessere Schulnoten	1
weniger Alkoholkonsum	1
Weiß nicht	1

Anm.: Manche Versuchspersonen gaben mehrere Verhinderungsgründe an.

2.4.5 Gegenwärtige Suizidversuchgefährdung

Die gegenwärtige Suizidversuchgefährdung wurde mit der Frage “Glauben Sie, dass Sie in nächster Zukunft einen Selbstmordversuch machen werden?”, erhoben. 76 (12%) der TeilnehmerInnen wählten die Kategorie “eher nicht”. Nur je eine Person wählte die Antwortkategorien “eher schon” und “ziemlich sicher”,² und 11 (2%) Personen die Kategorie “weiß nicht”. Aufgrund der niedrigen Anzahl von TeilnehmerInnen in gewissen Kategorien wurde die Variable dichotomisiert, in dem die Kategorien “eher nicht”, “eher schon”, “ziemlich sicher” und “weiß nicht” zu einer Kategorie zusammengefasst wurden. Die homo- oder bisexuellen Männer schlossen im Vergleich zu heterosexuellen Männern knapp nicht statistisch signifikant gehäuft nicht aus, gegenwärtig suizidversuchgefährdet zu sein, $OR = 1.64, CI = 0.93 - 2.91, RR = 1.53, CI = 0.93 - 2.51, r^* = .08$. Bei den Frauen war dieser Unterschied statistisch signifikant, $OR = 2.52, CI = 1.01 -$

²Eine(r) dieser Befragten konnte rein zufällig eruiert werden und es wurde ihm/ihr professionelle Hilfe angeboten. Die andere Person konnte nicht ermittelt werden.

6.26, $RR = 2.25$, $CI = 1.00 - 5.08$, $r^* = .13$. Homosexuelle Männer zeigen bezüglich der gegenwärtigen Suizidversuchsgefährdung signifikant geringere Raten als bisexuelle Männer $OR = 0.43$, $CI = .21 - .89$, $r^* = .14$, bei Frauen ist dieser Unterschied in etwa gleich groß, aber nicht statistisch signifikant $OR = 0.46$, $CI = 0.17 - 1.23$, $r^* = .12$. Logistische Regressionen ergaben keine signifikanten Geschlechts- und Alterseffekte.

Tabelle 2.28. Anteil der TeilnehmerInnen, die nicht völlig verneinten, gegenwärtig suizidversuchsgefährdet zu sein

	<i>n</i>	<i>N</i>	%
homo- und bisexuelle Männer	42	243	17
homosexuelle Männer	27	189	14
bisexuelle Männer	15	54	27
heterosexuelle Männer	20	177	11
homo- und bisexuelle Frauen	20	113	18
homosexuelle Frauen	8	63	13
bisexuelle Frauen	12	50	24
heterosexuelle Frauen	7	89	8

2.4.6 Zusammenfassung

Für alle Indikatoren der Suizidalität, d.h. von Todeswünschen, Suizidgedanken ohne Absicht, ernsthaften Suizidgedanken, abgebrochenen Suizidversuchen, gegenwärtige Suizidgefährdung bis hin zu durchgeführten Suizidversuchen zeigte sich, dass homo- oder bisexuelle TeilnehmerInnen angeben, suizidaler zu sein als heterosexuelle Befragten. Die Ergebnisse für die verschiedensten Indikatoren für Suizidalität sind in Tabelle 2.18 noch einmal zusammengefasst. Homo- oder bisexuelle TeilnehmerInnen schnitten bei jedem Indikator signifikant negativer ab. Auffällig ist, dass mit dem Schweregrad der Suizidalität der Unterschied zwischen homo- oder bisexuellen und heterosexuellen TeilnehmerInnen steigt. Für die Variablen ernsthafte Suizidgedanken, abgebrochene Suizidversuch und gegenwärtige Suizidversuchsgefährdung hatten bisexuelle im Vergleich zu homosexuellen Befragten ausgeprägtere Suizidalitätswerte, bei den Suizidversuchen war dies nicht der Fall. Werden die Suizidversuche nach dem Geschlecht aufgeschlüsselt, bleiben die Raten bei den Männern und den Frauen der Untersuchungsgruppe im Vergleich zu den Männern und Frauen der Kontrollgruppe signifikant. Die Rate an Suizidversuchen bei homo- oder bisexuellen Männern übertrifft jene Rate, die sich aus dem Vorwissen von anderen Studien zu erwarten wäre.

Die Hauptfrage dieser Studie, "Ist die Suizidversuchsrate unter homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Männern und Frauen erhöht?", kann mit den vorliegenden Daten eindeutig bejaht werden.

2.5 Spezifische Risikofaktoren

2.5.1 Internalisierte Homophobie

Der Fragebogen zur internalisierten Homophobie von Wagner (1998) wurde aus dem Amerikanischen von mir übersetzt, weil dieser meines Wissens im deutschsprachigen Raum noch nicht verwendet worden ist. Die korrigierten Trennschärfen lagen bei den Items Nr. 1, 4, 8, 14, 15 und 18 unter $r_{it.corr} < .3$. Diese Items korrelierten auch nur wenig mit anderen Items, weshalb sie aus der Skala genommen wurden. Die Itemschwierigkeit der verbleibenden Items hatten eine Spanne von 0.17 - 0.29, d.h. sie waren alle zu schwer, oder anders ausgedrückt, die TeilnehmerInnen haben den Items, die auf eine homophobe Einstellung hinweisen, nur wenig zugestimmt bzw. nur wenige Befragte erreichten hohe Werte auf dieser Skala. Lienert (1989, S. 138) empfiehlt für Persönlichkeitsmerkmale einen Schwierigkeitsbereich von 0.20 - 0.80. Es scheint, dass die Skala nur mehr noch für jene Personen mit sehr hoher internalisierter Homophobie geeignet ist. Unter Verwendung aller Items ist die Skala ausreichen reliabel (Cronbach-Alpha von $r_\alpha = .89$), bei der endgültigen Itemauswahl erhöht sich der Wert auf $r_\alpha = .91$. Dieser Wert ist praktisch ident mit jenem von Wagner (1998) in der Originalversion der Skala ($r_\alpha = .92$). Hohe Werte auf der Skala bedeuten eine höhere internalisierte Homophobie. Um die Variable einer Normalverteilung anzunähern, wurde eine log-Transformation durchgeführt.

Ergebnisse

Eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung als unabhängige Variablen und der internalisierten Homophobie als abhängige Variable ergibt einen signifikanten Haupteffekt für das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, und einen Interaktionseffekt, d.h. homosexuelle TeilnehmerInnen haben niedrigere Werte bei der internalisierten Homophobie als bisexuelle Befragte ($F(1, 349) = 30.87, p < .01, r^* = .29$), und Frauen haben geringfügig niedrigere Werte als Männer ($F(1, 349) = 4.48, p < .05, r^* = .11$). Der geringfügige Interaktionseffekt erklärt sich durch den größeren Unterschied zwischen homo- und bisexuellen Männern im Vergleich zum Unterschied zwischen homo- und bisexuellen Frauen ($F(1, 349) = 4.13, p < .05$). Diese Effekte sind in Abbildung 2.4 dargestellt.

Zusammenhänge mit anderen Variablen

Internalisierte Homophobie ist in vielen theoretischen Ansätzen ein sehr wichtiges psychologisches Konstrukt zur Erklärung von psychischem Wohlbefinden (s. 1.6). Deshalb werden im folgenden Zusammenhänge mit anderen Variablen erläutert.

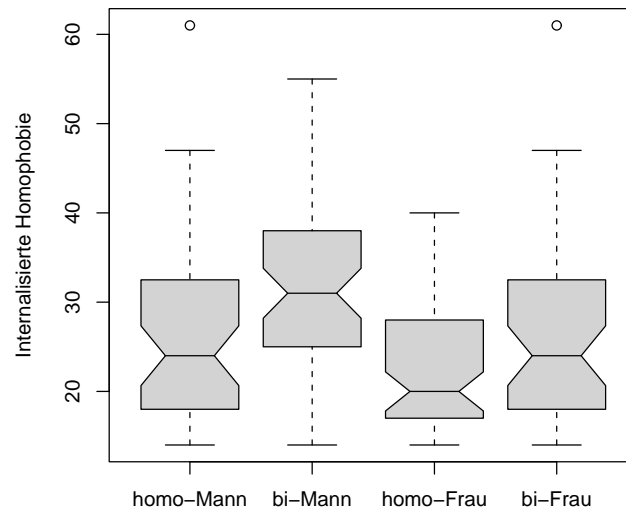


Abbildung 2.4. Internalisierte Homophobie in Abhängigkeit von Geschlecht und sexueller Orientierung

Alter: Die internalisierte Homophobie korreliert mit $r = .21, p < .01$ mit dem Alter, und klärt somit nur etwa 4% der Varianz der internalisierten Homophobie auf.

Glaubensgemeinschaft: Die Rangkorrelation von internalisierter Homophobie und Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft ist mit $r = -.27$ statistisch hochsignifikant $p < .01$, d.h. je weniger sich die TeilnehmerInnen einer Religionsgemeinschaft zugehörig fühlten, umso niedriger ist auch die internalisierte Homophobie (s. Abb. 2.5).

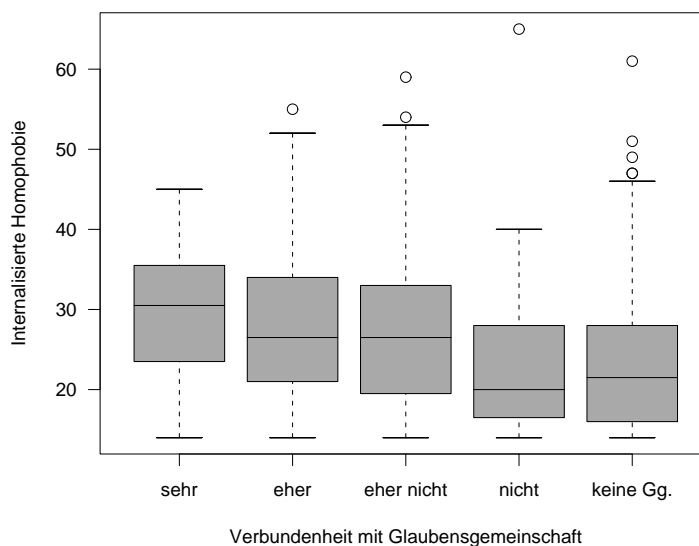


Abbildung 2.5. Internalisierte Homophobie in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur Glaubensgemeinschaft

Bildung: Der Zusammenhang mit dem höchsten abgeschlossenen Schulabschluss ist mit $r = -.04$ nicht signifikant.

Stadt-Land: Die Korrelation mit der Urbanität ist mit $r = -.07$ ebenfalls nicht signifikant.

Nationalität: Die Korrelation der internalisierten Homophobie mit der Nationalität (Österreicher vs. nicht Österreicher) ist mit $r = -.09, p < .10$ ebenfalls nicht signifikant.

Parteizugehörigkeit: Der Zusammenhang von der Zugehörigkeit zur Parteiwahl mit der internalisierten Homophobie ist in Abbildung 2.17 dargestellt. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergibt keinen signifikanten Unterschied $F(6, 344) = 1.50, p = .18$. Ein Vergleich der - was das Thema Homosexualität angeht - eher liberalen Parteien (SPÖ, Grüne) und eher konservativen Parteien (ÖVP, FPÖ) mittels t -Test ist knapp an der Grenze zur Signifikanz ($t(57.5) = 1.95, p = .06, r^* = 0.25$). Befragte, die sich eher konservativen Parteien nahe fühlen, haben höhere Werte in der internalisierten Homophobie im Vergleich zu WählerInnen der liberaleren Parteien.

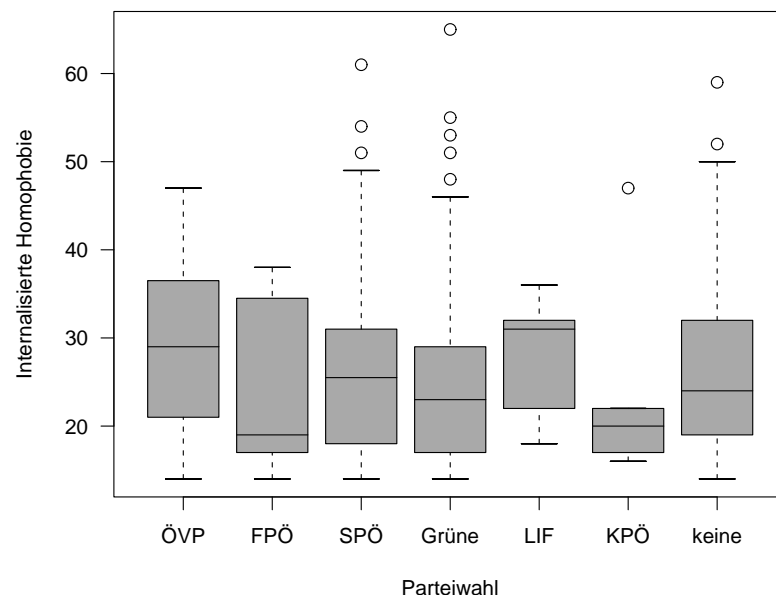


Abbildung 2.6. Internalisierte Homophobie in Abhängigkeit von der Parteiwahl

Offenheit: Die Offenheit im sozialen Netz hängt stark mit der internalisierten Homophobie zusammen ($r = -.42, p < .01$), d.h. je offener die TeilnehmerInnen leben, umso positiver ist die Einstellung zur eigenen sexuellen Orientierung.

Selbstwert: Je höher der Selbstwert ist, desto niedriger ist die internalisierte Homophobie ($r = -.37, p < .01$).

Hoffnungslosigkeit, existentielle Motivation: Zwischen Hoffnungslosigkeit und internalisierter Homophobie besteht ein starker Zusammenhang. Je stärker sich die Befragten bezüglich ihrer Homo- bzw. Bisexualität ablehnen, umso stärker ist die Hoffnungslosigkeit ($r = .40, p < .01$). Der Zusammenhang mit der existentiellen Motivation ist ebenfalls stark ($r = .42, p < .01$). Ein Vergleich mit den Subskalen des TEM zeigt, dass die Korrelation mit der Subskala "Sosein-dürfen" mit $r = .44, p < .01$ am höchsten, und mit der Subskala "Leben-mögen" mit $r = .35, p < .01$ am niedrigsten ist.

Soziale Unterstützung: Je positiver die erste Reaktion auf das Coming Out war, desto geringer ist die internalisierte Homophobie ($r = -.21, p < .01$). Gleiches gilt für die jetzige Reaktion auf die Homo- bzw. Bisexualität ($r = -.22, p < .01$). Es findet sich außerdem ein geringfügiger Zusammenhang mit der Unterstützung durch das soziale Netz ($r = -.12, p < .05$), wobei der Zusammenhang mit der Unterstützung durch die Freunde höher ist ($r = -.14, p = .01$) als jener durch die Familie ($r = -.08, p = .18$).

Szenezugehörigkeit: Die Zugehörigkeit zur Szene korreliert mit $r = -.30, p < .01$ mit der internalisierten Homophobie, d.h. je stärker die Zugehörigkeit zur Szene ist, umso geringer ist die internalisierte Homophobie. Eine Regressionsanalyse ergibt einen Koeffizienten von $b = 0.15, CI = -0.21 - 0.09$ und eine Varianzaufklärung von 9%. Die Ergebnisse ähneln jenen von Wagner (1998), der eine Korrelation der Szenezugehörigkeit mit der internalisierten Homophobie mit $r = .36$ fand.

Andere Variablen: Der Partnerschaftsstatus $r = -.19$ korreliert signifikant mit internalisierter Homophobie, d.h. alleine lebende TeilnehmerInnen haben eine ausgeprägtere internalisierte Homophobie, ebenso wie sexuell inaktive Befragte $r = -.15, p < .01$. Für das Alter beim Coming Out fand sich ein Zusammenhang mit $r = -.20, p < .01$, d.h. je älter die TeilnehmerInnen waren, umso stärker ist die internalisierter Homophobie. Für Personen, die eine negative Einstellung haben, könnte demnach ein Coming Out schwieriger sein. Mit Maskulinität korreliert die internalisierte Homophobie im Ausmaß von $r = -.25, p < .01$, d.h. je maskuliner sich die Personen einschätzten, umso weniger internalisierte Homophobie lag vor.

Die höchsten Zusammenhänge finden sich aber mit Hoffnungslosigkeit $r = .40, p < .01$ und existentieller Motivation $r = -.41, p < .01$. Die Zusammenhänge mit den in dieser Untersuchung besonders relevanten Variablen Depressivität, andere Symptome und Suizidalität, für die sich ebenfalls signifikante Korrelationen fanden, werden später berichtet.

Multivariate Analyse

Wird mit den genannten Variablen eine multivariate Regressionsanalyse gerechnet, so

zeigt sich, dass die Verbundenheit zu Glaubensgemeinschaften, Offenheit im sozialen Netz, existentielle Motivation, Szenezugehörigkeit und die jetzige Reaktion auf die sexuelle Orientierung im sozialen Netz statistisch signifikant unabhängig von anderen Variablen zur Aufklärung der Varianz der internalisierten Homophobie beitragen. Insgesamt kann mit diesen Variablen 35% der Varianz aufgeklärt werden (Tab. 2.29).

Tabelle 2.29. Multivariate Analyse des Einflusses verschiedener Variablen auf die internalisierte Homophobie

	Niedrig	Hoch	Δ	Effekt	S.E.	CI-lower	CI-upper
Alter	27	42	15.00	1.2	0.58	0.09	2.38
Verb. m. Glaubensgem.	2	5	3.00	-3.9	0.96	-5.77	-2.01
Offenheit	0.78	1.00	0.22	-2.9	0.51	-3.85	-1.85
Existentielle Motivation	185	212	27.00	-3.0	0.43	-3.85	-2.17
Szenezugehörigkeit	24	30	6.00	-2.3	0.55	-3.38	-1.23
Jetzige Reaktion	3.50	4	0.50	-1.1	0.47	-2.03	-0.19
Weibl. vs. männl.	2	1		-1.6	0.95	-3.49	0.21

Anm.: $R = .37, R_{corr}^2 = .35$

Für einige Variablen, von denen bekannt ist, dass sie in der Allgemeinbevölkerung mit einer homophoben Einstellung zusammenhängen (s. Kap. 1.7) konnte gezeigt werden, dass diese Zusammenhänge auch für homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen gelten (Alter, Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft, Geschlecht, Parteizugehörigkeit). Für andere Variablen fanden sich keine derartigen Zusammenhänge (Bildung, Urbanität).

Die klinische Bedeutung von internalisierter Homophobie wird durch die z.T. hohen Korrelationen mit Konstrukten wie Selbstwert, Existentielle Motivation, Hoffnungslosigkeit deutlich.

Bisexuelle Befragte haben höhere Werte in der internalisierten Homophobie. In Anbetracht der erhöhten Suizidalitätswerte von bisexuellen TeilnehmerInnen ist dieses Ergebnis interessant. Wird z.B. in einer logistischen Regressionsanalyse mit der gegenwärtigen Suizidversuchgefährdung als abhängigen Variable und der sexuellen Orientierung (homo- vs. bi- vs. heterosexuell) als unabhängige Variable eingeführt, ist der Unterschied zwischen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen statistisch signifikant ($z = 2.69, p < .01$). Wird jedoch in einem ersten Schritt die internalisierte Homophobie eingeführt, so klärt die sexuelle Orientierung keine Varianz mehr auf ($z = 1.37, p = .17$).

Möglicherweise entsteht internalisierte Homophobie durch eine ablehnende Haltung

des sozialen Umfeldes, zu wenig Szenekontakt, oder eine geheime Lebensweise. Die Kausalrichtung könnte aber auch umgekehrt sein.

2.5.2 Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse

Verschiedene Fragen erfassten Gewalterfahrungen in verschiedener Stärke (verbale Bedrohung bis Verletzung durch eine Waffe) und sind in Tabelle 2.30 zusammengefasst und in den Abbildungen 2.7 (Männer) und 2.8 (Frauen) grafisch dargestellt. Einige TeilnehmerInnen kreuzten im Fragebogen nur die “ja” - Antwortmöglichkeiten an, wenn sie die jeweilige Gewalterfahrung hatten, und nie die “nein” Antworten. Vermutlich geschah dies aus ökonomischen Gründen. Die nicht angekreuzten Fragen wurden als “nein” codiert. Einige TeilnehmerInnen hatten zwar bei der Frage “Aufgrund der Homosexualität?” mit “Ja” geantwortet, kreuzten jedoch nicht an, ob dieser Vorfall im letzten Jahr oder früher stattgefunden hat. In diesen Fällen wurde die Kategorie “früher” gewählt, weil die meisten aller Vorfälle vor dem letzten Jahr passierten und so die Wahrscheinlichkeit hoch ist, das auch dieser vor dem letzten Jahr passierte.

Auf das letzte Jahr bezogen, zeigte sich bei den Männern nur für die sexuelle Belästigung signifikante Unterschiede: homo- und bisexuelle Männer berichteten über mehr sexuelle Belästigungen. Bezogen auf die Zeit vor dem letzten Jahr berichten homo- oder bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Männern mehr erzwungene Sexualkontakte, jedoch weniger körperliche Bedrohungen, Diebstähle, Bewerfungen mit Objekten und weniger darüber, gestoßen oder geschlagen worden zu sein.

Bei den Frauen zeigten sich für die Gewalterfahrungen im letzten Jahr keine signifikanten Unterschiede; homo- und bisexuelle Frauen berichten jedoch über signifikant mehr sexuelle Belästigungen in der Zeit vor dem letzten Jahr, verglichen mit heterosexuellen Frauen.

Die gefundenen Unterschiede sind bezüglich der Effektstärken jedoch sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern gering.

Tabelle 2.30. Gewalterfahrungen der TeilnehmerInnen

Art der Gewalt	homo- od. bisexuelle Männer						heterosexuelle Männer							
	aufgr.sex.Orient		12mon		früher		12mon		früher		Test1 _a		Test2 _b	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ ²	r [*] _c	χ ²	r [*]
Mündliche Bedrohung	72	30	33	14	105	43	31	18	97	55	0.98		5.23*	.11
Erpressung	23	9	5	0	29	12	3	2	13	7	0.00		1.88	
Körperliche Bedrohung	36	15	18	7	74	30	12	7	82	46	0.00		10.88**	.16
Diebstahl	21	9	34	14	71	29	32	18	89	50	1.04		18.65**	.21
Mit Objekten beworfen	7	3	4	2	21	9	1	1	34	19	0.30		9.24**	.15
Verfolgt oder gejagt	23	9	5	0	40	16	4	2	21	12	0.04		1.35	
Bespuckt	15	6	5	2	28	11	1	1	27	15	0.73		0.98	
Gestoßen oder geschlagen	33	14	12	5	67	27	4	2	84	47	1.32		16.98**	.20
Mit Waffe bedroht	14	6	7	3	24	10	2	1	18	10	0.77		0.00	
Mit Waffe verletzt	3	1	0	0	2	1	0	0	2	1	-		0.03	
Sexuelle Belästigung	42	17	18	7	50	20	2	1	30	17	7.52**	.13	0.62	
Erzwungene Sexualkontakte	20	8	1	0	26	11	1	1	5	4	0.24		8.11**	.14
Schulabstinenz aus Angst	3	1	0	0	15	6	0	0	5	4	-		1.82	

Tabelle 2.30. Fortsetzung

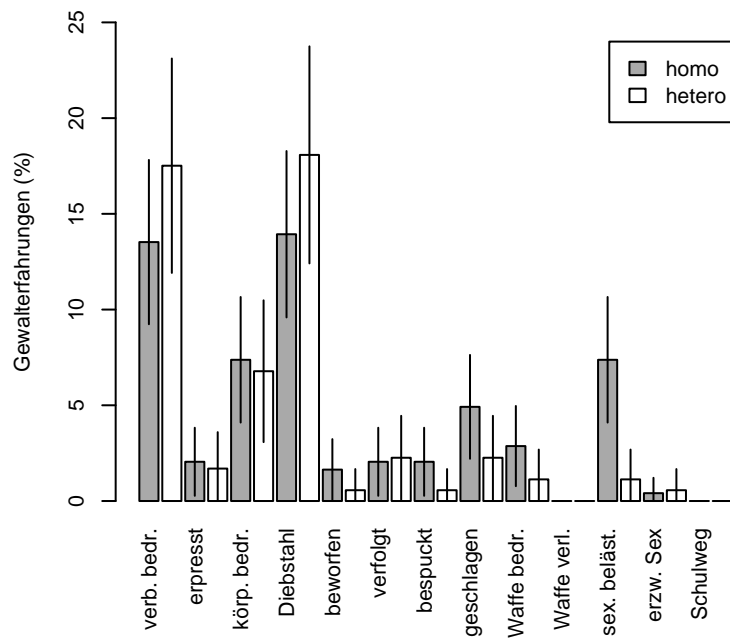
Art der Gewalt	homo- od. bisexuelle Frauen				heterosexuelle Frauen				Test1 χ^2	Test2 χ^2	r^*	r^*		
	aufgr.sex.Orient		12mon		früher		12mon						früher	
	n	%	n	%	n	%	n	%					n	%
Mündliche Bedrohung	23	20	9	8	48	42	7	8	30	33	0.05	1.29		
Erpressung	4	4	1	1	14	12	0	0	4	4	0.01	2.93		
Körperliche Bedrohung	10	9	7	6	33	29	3	3	16	18	0.35	0.13		
Diebstahl	2	2	11	10	32	28	11	12	22	24	0.13	0.18		
Mit Objekten beworfen	0	0	2	2	15	13	0	0	4	4	0.30	3.55		
Verfolgt oder gejagt	5	4	4	4	15	13	0	0	6	7	1.65	1.65		
Bespuckt	3	3	1	1	10	9	1	1	5	6	0.30	0.36		
Gestoßen oder geschlagen	5	4	3	3	32	28	1	1	18	20	0.07	1.36		
Mit Waffe bedroht	1	1	2	2	8	7	0	0	2	2	0.30	1.56		
Mit Waffe verletzt	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	-	0.01		
Sexuelle Belästigung	10	9	12	11	57	50	5	6	0	0	1.04	8.43**		
Erzwungene Sexualkontakte	1	1	1	1	20	17	0	0	7	9	0.01	3.37		
Schulabstinenz aus Angst	0	0	0	0	8	7	0	0	1	1	-	2.88		

Anm.:

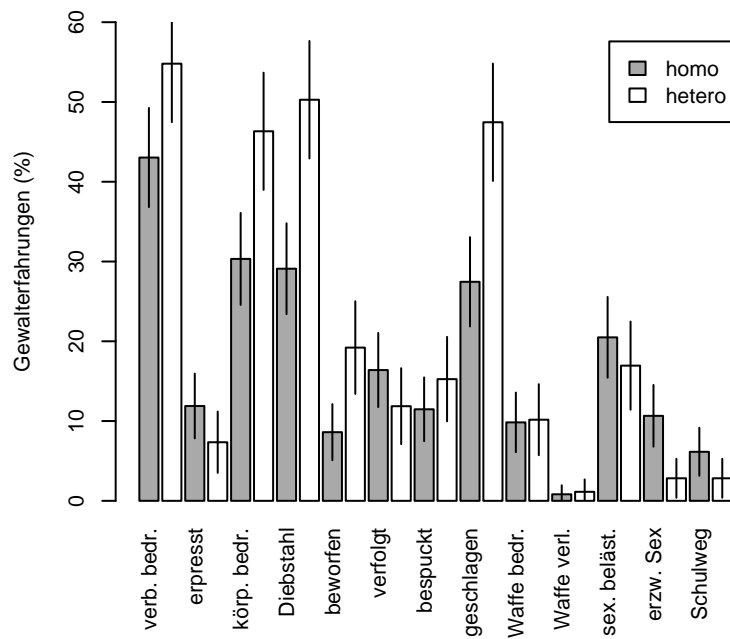
^a Signifikanztest (χ^2) für Gewalterfahrungen im letzten Jahr in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung, $N = 421$ (Männer) und $N = 204$ (Frauen).

^b Signifikanztest (χ^2) für Gewalterfahrungen vor dem letzten Jahr in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung.

^c Effektstärken wurden nur für statistisch signifikante Effekte angegeben.

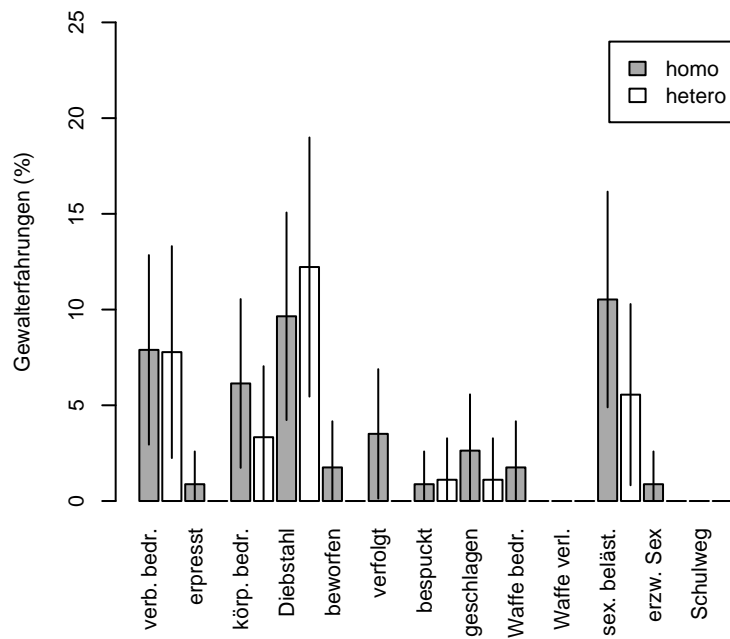


a.

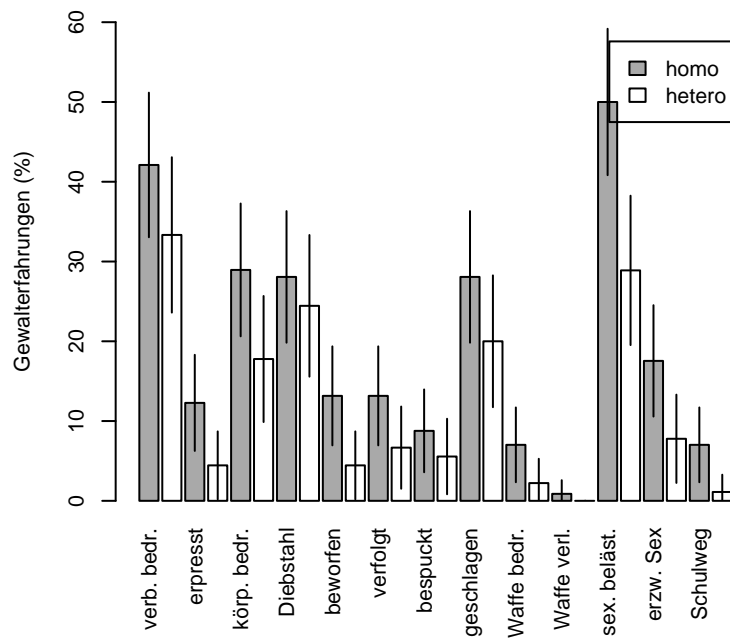


b.

Abbildung 2.7. Vergleich von Gewalterfahrungen im letzten Jahr (a) und früher (b) zwischen homo-/bisexuellen und heterosexuellen Männern



a.



b.

Abbildung 2.8. Vergleich von Gewalterfahrungen im letzten Jahr (a) und früher (b) zwischen homo-/bisexuellen und heterosexuellen Frauen

In Abbildung 2.9 sind die Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung von homo- und bisexuellen Männern (hellgraue Balken) und Frauen (dunkelgrau Balken) ersichtlich. Frauen berichten in allen Variablen niedrigere Prozentsätze, für die Variablen Diebstahl ($\chi^2(1, 358) = 4.98, r^* = 0.12$), gestoßen/geschlagen ($\chi^2(1, 358) = 5.91, r^* = 0.13$) und erzwungene Sexualkontakte ($\chi^2(1, 358) = 6.27, r^* = 0.13$) sind die Unterschiede geringfügig, aber statistisch signifikant.

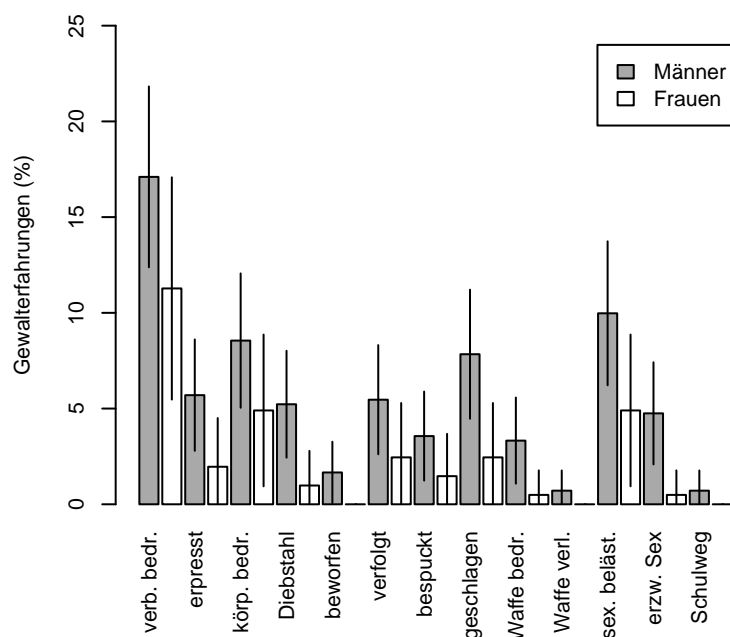


Abbildung 2.9. Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung bei homo- und bisexuellen Frauen (dunkelgrau) und Männern (hellgrau)

Auf die Frage, ob ein Vorfall, der aufgrund der sexuellen Orientierung passierte, der Polizei gemeldet wurde, antworteten 117 (83%) von insgesamt 141 TeilnehmerInnen, die einen Vorfall in den obigen Fragen ankreuzten (Tab. 2.31).

Tabelle 2.31. Meldung von Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung an die Polizei

	Männer, N=90		Frauen, N=27	
	n	%	n	%
Jeden Vorfall gemeldet	14	16	0	0
Nicht jeden Vorfall gemeldet	19	21	3	11
Keinen Vorfall gemeldet	57	63	24	89

Tabelle 2.32. Gründe für Nicht-Meldung von Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung an die Polizei

Grund für Nicht-Meldung	<i>n</i>	%
Angst/Scham	13	18
Zu geringfügiger Schaden	12	17
Selbst damit fertig geworden	10	14
Anzeige würde nichts ändern	8	11
Angst vor neuer Diskriminierung	6	8
Täter war Familienmitglied	4	6
Delikt passierte im Beruf	3	4
Kein Gesetz gegen Ausgrenzung	3	4
Weil unter §209 gefallen wäre	2	3
Anonymitätsproblem	2	3
Im Ausland passiert	2	3
Homosexualität war noch verboten	2	3
Zu aufwendig	2	3
Habe es bagatellisiert	1	1
Täter drohten selbst mit Polizei	1	1

Warum wurde, wenn eine Gewalterfahrung gemacht wurde, diese nicht der Polizei gemeldet? Die Antworten von 71 TeilnehmerInnen sind in Tabelle 2.32 aufgelistet. Von den 71 Personen haben immerhin 33 (46%) den Vorfall nicht der Polizei gemeldet. Die am häufigsten genannten Gründe einer Nicht-Meldung waren, dass entweder der Vorfall als zu geringfügig empfunden wurde, dass man selbst damit fertig geworden sei, und aus Angst und Scham. Befragte schilderten ihre Gründe für die Nicht-Meldung folgendermaßen:

“Ich war damals erst 17 und es [die Täter, Anm.] waren Jugendliche und es kam zu keiner Verletzung bzw. hätte ich mich damals auch nicht getraut [zur Polizei zu gehen, Anm.]”

“Ich habe es nicht sofort gemeldet, weil ich Angst hatte und nicht mehr klar denken konnte”.

“Ich hatte Angst und Scham vor meiner Familie, die damals noch nichts von meiner sexuellen Orientierung wusste”

“Ich habe mich geschämt, da ich einen Dreier mitmachen wollte mit zwei fremden Jungs, die sich dann als Schwulenhasser herausstellten und mich schlugen”,

“Versuchte Vergewaltigung im Park. Hab´ mich dafür geschämt. Dachte, die lachen mich aus.”

“Besser einen materiellen Schaden in Kauf zu nehmen als aktenkundig zu werden. Jedenfalls

nicht der Polizei, wenn schon, dann der Krisenintervention. Ich würde mich erneut Verachtung, Beschimpfung etc. aussetzen”

“Weil ich Angst hatte, anstatt Unterstützung noch mehr Gewalt / Bedrohung zu erfahren, aus Angst, diskriminiert zu werden, für einen Lügner gehalten zu werden, kein Verständnis zu bekommen,...”

Bei manchen Antworten war nicht klar, ob es sich tatsächlich um geringfügige Vorfälle handelte, oder ob die TeilnehmerInnen die Vorfälle bagatellisierten:

“Wurde nur bedroht und konnte mich verbal rauswinden”, “Ich kann auf mich selbst aufpassen”, “weil der Täter davonlief und nichts Körperliches passiert ist”, “hab’s nicht ernst genommen”, “war nicht so dramatisch”, “kein großer Schaden”, “pubertierende Jugendliche nehme ich nicht ernst in so einem Fall”, “Verletzung war nicht ernsthaft”, “zu banal (Geflegel besoffener Proleten)”, “es kam nicht zur Vergewaltigung”.

Sieben TeilnehmerInnen erwähnten in ihrer Begründung der Nicht-Meldung, dass es sich bei den Tätern um männliche Jugendliche handelte. Wie aus der Literatur bekannt ist, werden viele Gewaltdelikte, die aufgrund der sexuellen Orientierung des Opfers passieren, von männlichen Jugendlichen verübt (s. 1.7.1).

20 von den 36 TeilnehmerInnen, die die Polizei über die Gewalttat informierten, gaben Reaktionen der Polizei an. In Tabelle 2.33 sind diese Reaktionen zusammengefasst. Insgesamt überwiegen die positiven Antworten. “Feindlichkeit” bekam die niedrigste Zustimmung, “Diskretheit” und “Objektivität” die höchste.

Tabelle 2.33. Reaktion der Polizei auf die Meldung von Gewalterfahrungen

Reaktion	Ja	%	Nein
verständnisvoll	10	53	9
objektiv	17	85	3
diskret	18	90	2
hilfreich	13	68	6
professionell	9	53	8
feindlich	3	18	14

Obwohl bisexuelle Befragte weniger offen leben als homosexuelle TeilnehmerInnen, wissen mehr Freunde/Familienmitglieder von bisexuellen TeilnehmerInnen über die Gewalttaten, die aufgrund der sexuellen Orientierung passierten, Bescheid ($b = -1.08, z = -2.40, p = .02$). Von den homosexuellen TeilnehmerInnen gibt es 21 (27%), bei denen

niemand aus dem sozialen Netz von dem Vorfall weiß, bei den bisexuellen Befragten sind das nur 4 (16%). Sind die TeilnehmerInnen weniger geoutet, so wissen die Angehörigen oder Freunde ebenfalls weniger über Gewalterlebnisse Bescheid ($b = -1.17, z = -2.56, p = .01$)

Gewalterfahrungen in der Familie: In Tabelle 2.34 sind die Gewalterfahrungen der TeilnehmerInnen im familiären Umfeld aufgelistet. Geringfügig mehr heterosexuelle als homo- und bisexuelle Männer berichteten, angeschrien und beschimpft worden zu sein.

Geringfügig mehr homo- oder bisexuelle als heterosexuelle Frauen berichten, dass man in der Familie nicht mehr mit ihnen gesprochen hätte, und dass sie ausziehen mussten.

Tabelle 2.34. Gewalterfahrungen der TeilnehmerInnen in der Familie

Art der Gewalt	SLB-Männer				HES-Männer		Test	
	aufgr.sex.Orient						χ^2	r^*
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
nicht mehr reden	24 ₁	10	39 ₁	16	37	21	1.32	
angeschrien/beschimpft	31 ₁	13	66 ₁	27	68	38	5.47*	.11
ausziehen müssen	5 ₁	2	6 ₁	2	6	3	0.07	
geschlagen werden	10 ₁	4	44 ₁	18	39	22	0.76	

Art der Gewalt	SLB-Frauen				HES-Frauen		Test	
	aufgr.sex.Orient						χ^2	r^*
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
nicht mehr reden	16 ₁	14	37	32	15	17	5.80*	.17
angeschrien/beschimpft	12 ₁	11	47	41	31	34	0.71	
ausziehen müssen	0	0	13	11	1	1	6.80**	.18
geschlagen werden	3 ₁	3	30	26	16	18	1.63	

Anm.:

Fußnoten über den Häufigkeiten geben die Anzahl der fehlenden Daten an.

Anderweitige Diskriminierungserfahrungen: Im Fragebogen wurden Diskriminierungserlebnisse im beruflichen, schulischen und Freizeitumfeld abgefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.35 und in den Abbildungen 2.10, 2.11 ersichtlich.

Table 2.35. Zusammenfassung der anderweitigen Diskriminierungserfahrungen der TeilnehmerInnen

Diskriminierung	homosexuelle Männer, N=243						heterosexuelle Männer						Test2 _b χ^2	r* r_c	r* χ^2	r* r_c
	aufgr.sex.Orient		12mon		früher		12mon		früher		Test1 _a					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	r*				
Kündigung	8	3	9	4	28	0	1	0	30	17	3.10	2.10				
Unfairness (KollegInnen)	35	14	20	8	64	26	21	12	76	43	1.15	11.96**	.17			
Bedrohung (KollegInnen)	9	4	1	0	22	9	2	1	22	12	0.08	0.91				
Unfairness (Vorgesetzte)	20	8	14	6	55	23	28	16	89	50	10.42**	33.53**	.28			
Bedrohung (Vorgesetzte)	5	2	1	0	11	5	2	1	8	5	0.07	0.05				
Keine Gehaltserhöhung	6	2	11	5	19	8	15	8	33	19	2.11	10.09**	.15			
Unfaire Leistungsbewertung	10	4	9	4	45	19	27	15	62	35	15.99**	16.84**	.18			
Nachteil bei Wohnungsverm.	9	4	5	2	12	5	4	2	12	7	0.04	0.35				
Keine Bedienung (Bar etc.)	10	4	4	2	16	7	3	2	20	11	0.12	2.33				
Keine Aufnahme im Hotel...	7	3	2	3	7	3	0	0	5	3	0.24	0.07				
Anderweitige Diskrimin.	25	10	15	6	28	12	1	1	3	2	7.32**	13.07**	.18			

Tabelle 2.35. Fortsetzung

Diskriminierung	homosexuelle Frauen						heterosexuelle Frauen						Test1 _a χ^2	r* χ^2	Test2 _b χ^2	r* χ^2
	aufgr.sex.Orient		12mon		früher		12mon		früher		%					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Kündigung	7	6	8	7	16	14	0	0	9	10	4.84*	.15	0.43			
Unfairness (KollegInnen)	12	11	8	7	27	24	6	7	30	33	0.03		1.87			
Bedrohung (KollegInnen)	2	2	2	2	10	9	0	0	4	4	0.30		0.87			
Unfairness (Vorgesetzte)	6	5	7	6	36	32	14	16	30	33	3.86*	.14	0.01			
Bedrohung (Vorgesetzte)	1	1	1	1	3	3	0	0	2	2	0.01		0.07			
Keine Gehaltserhöhung	2	2	7	6	3	3	1	1	4	4	2.17		0.10			
Unfaire Leistungsbewertung	1	1	1	1	19	17	14	16	25	28	4.92*	.16	3.04			
Nachteil bei Wohnungsverm.	1	1	1	1	3	3	0	0	1	1	0.01		0.07			
Keine Bedienung (Bar etc.)	4	4	1	1	7	6	2	2	3	3	0.04		0.35			
Keine Aufnahme im Hotel...	3	3	0	0	3	3	0	0	2	2	-		0.07			
Anderweitige Diskrimin.	10	9	16	14	18	16	0	0	5	6	11.83**	.24	4.29*			
																.15

Ann.:

^a Signifikanztest (χ^2) für Gewalterfahrungen im letzten Jahr in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung, $N = 421$ (Männer) und $N = 204$ (Frauen).

^b Signifikanztest (χ^2) für Gewalterfahrungen vor dem letzten Jahr in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung.

^c Effektstärken wurden nur für statistisch signifikante Effekte angegeben.

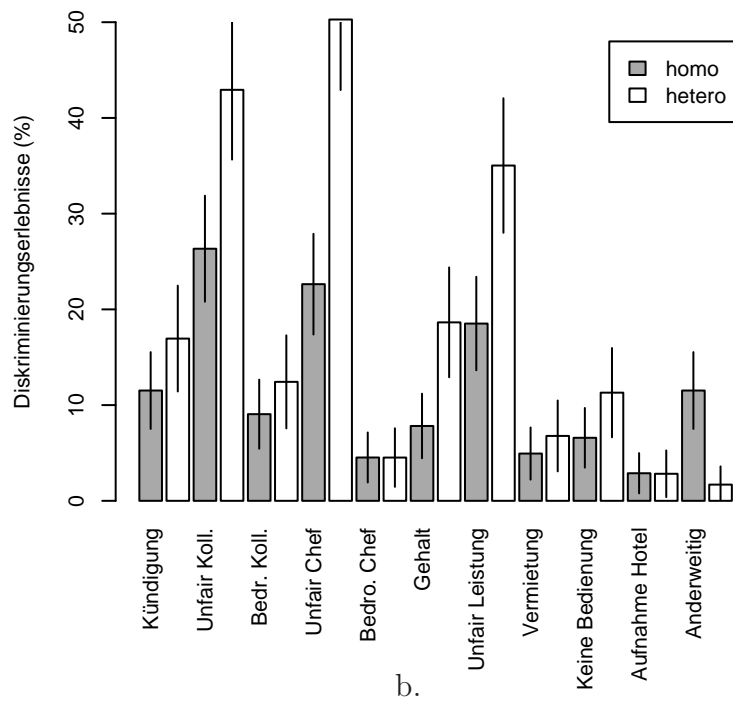
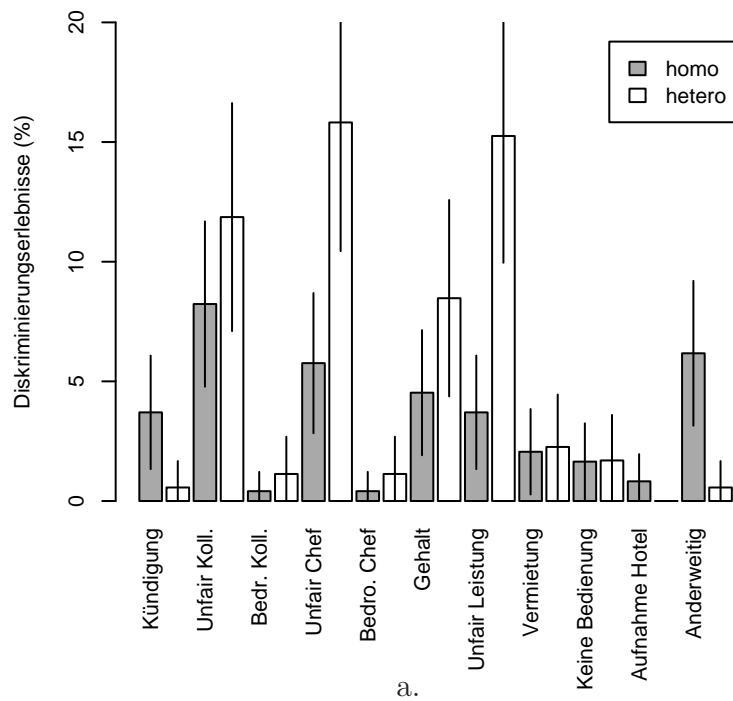
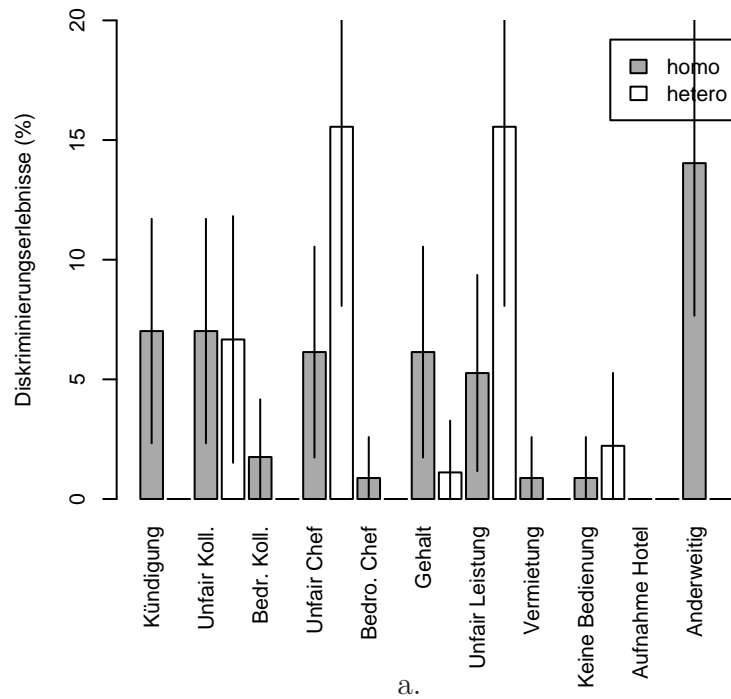
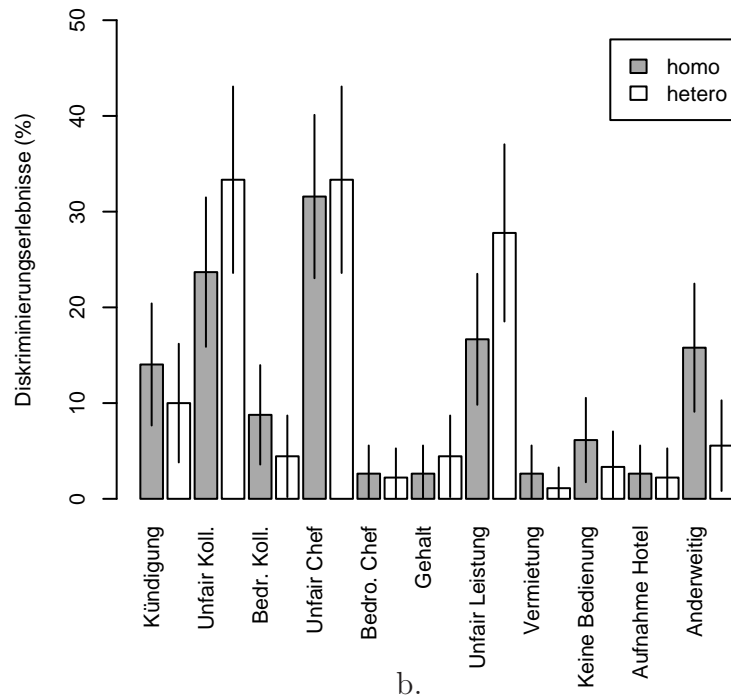


Abbildung 2.10. Vergleich von anderen Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr (a) und früher (b) zwischen homo-/bisexuellen und heterosexuellen Männern



a.



b.

Abbildung 2.11. Vergleich von anderen Diskriminierungserfahrungen im letzten Jahr (a) und früher (b) zwischen homo-/bissexuellen und heterosexuellen Frauen

Heterosexuelle TeilnehmerInnen berichten im Vergleich zu homo- und bisexuellen Befragten signifikant häufiger über unfaire Behandlung durch Vorgesetzte und über unfaire Leistungsbewertungen, bezogen auf das letzte Jahr und früher. Mehr lesbische/bisexuelle Frauen gaben an, im letzten Jahr gekündigt worden zu sein.

Homo- und bisexuelle Männer und Frauen berichten im Vergleich zu heterosexuellen Männern und Frauen häufiger über anderweitige Diskriminierungserlebnisse, und zwar bezogen auf das letzte Jahr und die Zeit davor. Möglicherweise fehlte im Fragebogen die Möglichkeit, für homo- und bisexuelle Personen typische Diskriminierungserlebnisse anzukreuzen (Mobbing bzw. subtilere Formen der Gewalt, institutionalisierte Diskriminierung durch Staat und Kirche, etc.). Unter "anderweitige Diskriminierung" (Frage 29) sollten diese Formen der Diskriminierung erfasst werden, die mit geschlossenen Fragen nicht zu erfassen sind. Zehn TeilnehmerInnen schildern Vorkommnisse wie: "Musste ein Lokal verlassen, da Händchenhalten mit meinem Freund", "nonverbale Ausgrenzung, man sagt nichts, aber es hängt in der Luft", "durch religiös motivierte Sektenmitglieder persönlich und schriftlich beschimpft", "Eine mir bekannte Kellnerin bediente mich am Anfang ein paar mal nicht, als sie erfuhr, dass ich homosexuell bin!".

Weite 10 TeilnehmerInnen äußerten Diskriminierung institutioneller Natur (Kirche, Gesetze, §209, etc.). Sieben homo- od. bisexuelle TeilnehmerInnen schilderten berufliche Benachteiligungen: "Druck von Vorgesetzten, Ansinnen, mich vom Orden auszuschließen", "Androhung der Entlassung im Beruf wegen Telefonterror durch Exmann", "wurde von einer Kirchengemeinde mit (unwirksamem) Berufsverbot belegt", "Bin seit 10 Jahren in der Firma und mache die Arbeit eines Vorarbeiters und werde nicht danach bezahlt", "wurde wegen meiner Homosexualität gekündigt, aber fadenscheiniger, nichtiger Grund vorgeschoben". Fünf TeilnehmerInnen bekamen einen angestrebten Job nicht bzw. wurden bei der Ausschreibung nicht berücksichtigt, 2 durften nicht Plasma spenden. Die anderen Formen von Diskriminierung betreffen die Ungleichbehandlung aufgrund des Geschlechtes, familiäre, ethnische, und Diskriminierung aufgrund von Äußerlichkeiten, und Diskriminierung innerhalb der Szene. In Abbildung 2.12 sind die Geschlechtsunterschiede bezüglich anderweitigen Diskriminierungserlebnissen aufgrund der sexuellen Orientierung dargestellt.

Zusammenfassung der Variablen über Diskriminierung und Gewalt

Das Berechnen der Zusammenhänge - vor allem mit psychischer Gesundheit und Suizidalität - ist auf Itemebene zu aufwendig. Daher wurden die Fragen zu Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen zu einem Gesamtwert addiert. Die Items "körperliche Bedrohung", "mit Objekten beworfen werden", "verfolgt/gejagt werden", "bespuckt werden", "gestoßen/geschlagen werden", "mit Waffe bedroht" und mit "Waffe verletzt", wurden zu

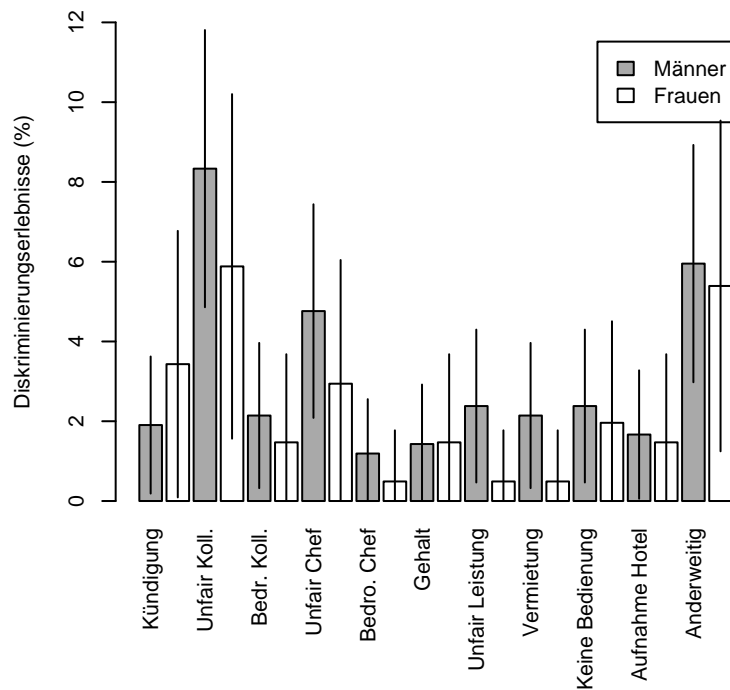


Abbildung 2.12. Unterschiede zwischen Männern (hellgrau) und Frauen (dunkelgrau) in anderweitigen Diskriminierungserlebnissen aufgrund der sexuellen Orientierung.

einem Item “körperliche Gewalt” zusammengefasst. Die ersten vier Fragen zu familiärer Gewalt wurde ebenfalls summiert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.36 zusammengefasst.

Zweifaktorielle Varianzanalysen (Geschlecht, sexuelle Orientierung) mit den in Tabelle 2.36 angeführten abhängigen Variablen ergeben keine Haupt- und Interaktionseffekte für Gewalterlebnisse oder körperliche Gewalterlebnisse im letzten Jahr. Heterosexuelle Männer berichten mehr Gewalt/Diskriminierungserlebnisse vor dem letzten Jahr im Vergleich zu homo- oder bisexuellen Männern, während dies bei den Frauen umgekehrt der Fall ist (Interaktionseffekt, $F(1, 621) = 12.97, p < .01$). Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen heterosexuellen und homo- od. bisexuellen TeilnehmerInnen oder zwischen den Geschlechtern insgesamt.

Bei den körperlichen Gewalterlebnissen fand sich ebenfalls ein Interaktionseffekt, $F(1, 621) = 12.17, p < .01$, und ein Geschlechtsunterschied, d.h. Männer berichten über mehr Vorfälle als Frauen, $F(1, 621) = 11.66, p < .01$. Wiederum findet sich kein statistisch signifikante Unterschied aufgrund der sexuellen Orientierung.

Über Gewalt in der Familie berichten mehr Frauen als Männer, $F(1, 621) = 5.82, p = .02$. Mehr homo- oder bisexuelle als heterosexuelle Frauen berichteten über familiäre

Tabelle 2.36. Zusammenfassung der Gewalterfahrungen der TeilnehmerInnen

Art der Gewalt	homosexuelle Männer						heterosexuelle Männer						Test1 _b	r*	Test2 _c	r*
	aufgr.sex.Orient		12mon		früher		12mon		früher		F(1, 419)					
	MD	25/75Q	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD				
Gewalt (gesamt)	0	0,2	0,58	1,21	2,26	2,64	0,53	0,98	2,86	2,60	0,26	5,40*	.11			
Körperl. Gewalt	0	0,0	0,21	0,67	1,05	1,55	0,14	0,48	1,51	1,60	1,53	8,99**	.14			
Familiäre Gewalt _a	0	0,1	0,68	1,06			0,86	1,14			3,04					
	homosexuelle Frauen						heterosexuelle Frauen									
	aufgr.sex.Orient		12mon		früher		12mon		früher		Test1					
Art der Gewalt	MD	25/75Q	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	F(1, 202)			
Gewalt (gesamt)	0	0,1	0,46	1,13	2,57	2,83	0,31	0,77	1,75	2,06	1,22	7,97**	.20			
Körperl. Gewalt	0	0,0	0,17	0,64	1,00	1,52	0,06	0,27	0,57	1,04	2,39	5,36*	.16			
Familiäre Gewalt	0	0,1	1,18	1,36			0,74	1,07			6,37*	.17				

Anm.:

^a Familiäre Gewalt wurde nicht getrennt nach dem letzten Jahr und früher erhoben.^b Vergleich für das letzte Jahr.^c Vergleich für die Zeit vor dem letzten Jahr.

Gewalt, während dies bei den Männern umgekehrt ist (Interaktionseffekt, $F(1, 621) = 10.22, p < .01$). Es fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe.

Entgegen der Minority-Stress-Hypothese berichteten insgesamt homo- oder bisexuelle im Vergleich zu heterosexuellen Befragten über ähnlich viele Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse im letzten Jahr, und über weniger in der Zeit vor dem letzten Jahr. Die Effektstärken sind allerdings klein. Ergebnisse, die für die Minority-Stress-Hypothese sprechen, finden sich nur bei einzelnen Fragen: Homo- od. bisexuelle Männer berichten mehr erzwungene Sexualkontakte vor dem letzten Jahr, homo- od. bisexuelle Frauen mehr sexuelle Belästigungen und Kündigungen im letzten Jahr, und gehäuft darüber, dass in der Familie nicht mehr mit ihnen gesprochen wurde und dass sie von Zuhause ausziehen mussten.

Zusammenfassung der Variablen über Diskriminierung und Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung

In Tabelle 2.37 sind die Ergebnisse für die Variablen zu Gewalt- und Diskriminierungserlebnissen aufgrund der sexuellen Orientierung, dargestellt.

Da für die Variable "Gewalt" nur 7% (25 von 358) mehr als 4 verschiedene Vorfälle ankreuzten, wurden diese in eine Kategorie zusammengefasst. Analog wurden für die Variable "körperliche Gewalt" Personen mit mehr als 3 Vorfällen in eine Kategorie zusammengefasst, da dies nur 13 von 358 TeilnehmerInnen betraf (3%). In Tabelle 2.37 sind die Variablen zusammengefasst.

Ordinale Regressionsanalysen ergaben einen signifikanten Geschlechtsunterschied, d.h. Männer erlebten statistisch mehr Vorfälle als Frauen ($\chi^2(1, 358) = 12.76, p < .01$), und auch knapp statistisch signifikant mehr körperliche Gewalt ($\chi^2(1, 358) = 3.63, p = .06$) und Vorfälle in der Familie ($\chi^2(1, 358) = 3.44, p = .06$). Bei diesen drei Variablen wurden keine Unterschiede bezüglich der sexuellen Orientierung gefunden.

Tabelle 2.37. Zusammenfassung der Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung

Gewalt (gesamt)	Männer		Frauen	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nie	133	55	84	74
1	46	19	15	13
2	22	9	6	5
3	10	4	5	4
4	11	5	1	1
>4	22	9	3	3
Körperl. Gewalt				
Nie	194	80	99	87
1	11	5	9	8
2	17	7	3	3
3	9	4	3	3
>3	13	5	0	0
Familiäre Gewalt				
Nie	171	70	66	58
1	41	17	34	30
2	20	8	9	8
3-4	12	5	5	4

2.5.3 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung ist ein allgemeiner Schutz- bzw. Risikofaktor. In diese Untersuchung wurde aber auch erhoben, wie die angegebenen Personen des sozialen Netzes auf das Coming Out reagierten, wie sie gegenwärtig damit umgehen, und ob mit ihnen offen über die sexuelle Orientierung gesprochen werden kann. Dies sind Aspekte, die nur für homo- und bisexuelle Personen in Frage kommen. Insofern ist soziale Unterstützung auch ein spezifischer Risikofaktor.

Die TeilnehmerInnen konnten maximal 7 ihnen wichtig erscheinende Personen und deren Rollen angeben. Als "Partner" wurden "Ehemann/frau", "Gatte/Gattin" und "PartnerIn" klassifiziert. "Oma", "Opa", "Großvater" etc. wurden als "Großeltern" zusammengefasst; "Bruder/Schwester" als "Geschwister"; "Sohn/Tochter" als "Kind"; "Nefte/Tante/Enkel" usw. als "Verwandte"; "Kollege/Chef/Geschäftspartner" als "Arbeitskollege"; "Nachbar/Bekannte" als "Bekannte"; "Therapeut/Arzt/Pfarrer" als "Professioneller" und "Verliebt/neue Liebe/Schwarm" als "Schwarm".

Die im Theorieteil erwähnten Studien untersuchten hauptsächlich Zusammenhänge mit der sozialen Unterstützung durch FreundInnen und der Familie. Deshalb wurden für die folgenden Analysen die Werte von den FreundInnen, Geschwistern, der Mutter, vom Vater, der Familie (Mittelwert aus Geschwistern und Eltern) und der Wert über alle genannten Personen verwendet. Die Werte für soziale Unterstützung können sich zwischen 1 bis 4 bewegen, hohe Werte indizieren stärkere soziale Unterstützung.

Gesamtbeurteilung

Von 23 Personen (4%) konnten aufgrund fehlender Daten keine Werte errechnet werden. Zweifaktorielle Varianzanalysen mit der sexuellen Orientierung und dem Geschlecht als unabhängige Variablen und dem Gesamtwert über alle genannten Personen ergeben einen statistisch signifikanten Haupteffekt für die sexuelle Orientierung, d.h. homo- oder bisexuelle TeilnehmerInnen ($MW = 3.07, SD = 0.44$) beurteilten soziale Unterstützung durch die genannten Personen geringfügig negativer als heterosexuelle TeilnehmerInnen ($MW = 3.15, SD = 0.43, F(1, 600) = 5.04, p = .02, r^* = .09$). Schlüsselt man die sexuelle Orientierung noch genauer auf (Tukey-Post-Hoc-Einzelvergleiche), so beurteilen bisexuelle ($MW = 2.98, SD = 0.49$) im Vergleich zu homosexuellen Befragten ($MW = 3.10, SD = 0.42$) die Unterstützung der genannten Personen negativer ($t = -2.30, p = .04$), und auch negativer als heterosexuelle Personen ($t = -3.22, p < .01$). Der Unterschied zwischen heterosexuellen und homosexuellen TeilnehmerInnen ist nicht statistisch signifikant ($t = -1.18, p = .24$).

FreundInnen

In der Untersuchungsgruppe nannten 52 (21%) Personen, in der Kontrollgruppe 56 (15%) Personen keine FreundInnen. Bei der Beurteilung der sozialen Unterstützung durch die FreundInnen ergeben sich keine Unterschiede aufgrund der sexuellen Orientierung und des Geschlechts der Befragten, jedoch ein Interaktionseffekt ($F(1, 513) = 8.07, p < .01$), d.h. in der Kontrollgruppe ist die Beurteilung der genannten FreundInnen bei Frauen ($MW = 3.50, SD = 0.39$) positiver als bei Männern ($MW = 3.32, SD = 0.41$), während der Unterschied in der Untersuchungsgruppe ($MW = 3.38$ vs. $MW = 3.42$) nicht signifikant ausfällt.

Mutter

In der Untersuchungsgruppe machten 56 (16%) Personen, in der Kontrollgruppe 31 (12%) keine Angaben zur Mutter. Homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen beurteilten die Unterstützung von den Müttern geringfügig negativer $MW = 2.82, SD = 0.83$, im Vergleich zu heterosexuellen Befragten $MW = 3.08, SD = 0.72, F(1, 534) = 9.37, r^* = .16$. Frauen $MW = 2.79, SD = 0.86$ beurteilen im Vergleich zu Männern $MW = 3.01, SD = 0.76$ ihre Mütter negativer $F(1, 534) = 9.37, r^* = .13$. Es fand sich kein Interaktionseffekt bezüglich Geschlecht und sexueller Orientierung. Alle möglichen Post-Hoc-Einzelvergleichstests für die sexuelle Orientierung fallen statistisch signifikant aus, d.h. homosexuelle beurteilen ihre Mütter positiver als bisexuelle TeilnehmerInnen ($MW = 2.89, SD = 0.83$ vs. $= 2.64, SD = 0.83, t = -2.65, p = .02$), sowohl homo- als auch bisexuelle Befragte beurteilen die Mütter negativer im Vergleich zu heterosexuellen ($t = -2.50, p = .02$ bzw. $t = -4.56, p < .01$).

Vater

In der Untersuchungsgruppe machten 97 (27%) Personen, in der Kontrollgruppe 58 (22%) Personen keine Angaben zu den Vätern. Homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen beurteilten die soziale Unterstützung von den Vätern negativer $MW = 2.40, SD = 0.85$ im Vergleich zu heterosexuellen Befragten $MW = 2.87, SD = 0.77, F(1, 466) = 38.83, r^* = .28$. Frauen $MW = 2.50, SD = 0.86$ beurteilen im Vergleich zu Männern $MW = 2.66, SD = 0.84$ ihre Väter negativer $F(1, 534) = 9.37, r^* = .13$. Auch hier fand sich kein Interaktionseffekt. Post-Hoc-Einzelvergleiche zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen.

Familie

Aufgrund von fehlenden Angaben konnten in der Untersuchungsgruppe von 43 (12%) Personen und in der Kontrollgruppe von 19 (7%) Personen keine Werte errechnet werden.

Homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen ($MW = 2.73, SD = 0.67$) beurteilen die soziale Unterstützung durch die Familie (Eltern und Geschwister) signifikant negativer als die heterosexuellen Befragten ($MW = 3.01, SD = 0.58, F(1, 559) = 26.91, p < .01, r^* = .21$), und Frauen beurteilen die Familie geringfügig negativer als Männer ($MW = 2.78, SD = 0.67$ vs. $MW = 2.89, SD = 0.63, F(1, 559) = 4.15, p = .04, r^* = .08$). Alle Post-Hoc-Einzelvergleiche fallen statistisch signifikant aus, d.h. bisexuelle bewerten die soziale Unterstützung durch die Familie im Vergleich zu homosexuellen TeilnehmerInnen negativer ($MW = 2.62, SD = 0.65$ vs. $MW = 2.78, SD = 0.67, t = -1.98, p = .04, r^* = .08$), und beide Gruppen bewerten die Familie negativer als TeilnehmerInnen der Kontrollgruppe $t = -5.00, p < .01$, bzw. $t = -4.03, p < .01$.

Wahrgenommene soziale Unterstützung in Abhängigkeit von den Rollen

Eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ergibt einen Haupteffekt für die sexuelle Orientierung, d.h. homo- oder bisexuelle Befragte beurteilen die soziale Unterstützung durch die genannten Personen negativer als heterosexuelle TeilnehmerInnen $F(1, 586) = 27.18, p < .01$, und einen Haupteffekt für die Rolle $F(2, 929) = 223.60, p < .01$, d.h. die Beurteilung fällt für die jeweiligen Rollen verschieden aus. Schließlich fand sich ein Interaktionseffekt $F(2, 929) = 23.60, p < .01$, d.h. in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung fallen die Bewertungen der sozialen Unterstützung je nach Rolle verschieden aus, so zeigt sich bei Freunden kaum ein Unterschied zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe, jedoch gibt es einen bedeutsamen Unterschied bei der Bewertung der anderen Rollen. In Abbildung 2.13 sind diese Ergebnisse grafisch veranschaulicht.

In einer österreichischen Untersuchung an Jugendlichen hatte die Mutter eine vorrangige Stellung bezüglich instrumenteller und emotionaler sozialer Unterstützung (Sauer, Thiele, & Feichtinger, 2001), vor dem/der besten Freund/in, den FreundInnen, dem Vater. Bei den heterosexuellen wie bei den homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen in dieser Untersuchung findet sich das Muster Freunde > Mutter > Vater. Die Abstufungen sind jedoch bei homo- und bisexuellen Befragten stärker, und das nicht nur bei der spezifischen, die sexuelle Orientierung betreffende Unterstützung, sondern auch bei der allgemeinen. Gerade in der Zeit des Coming Outs, das bei den Männern bei 22 Jahren, bei den Frauen bei 24 Jahren lag (s.u.), könnte die familiäre Unterstützung besonders wichtig sein. Zumindest ist bei Jugendlichen wahrscheinlich, dass familiäre Unterstützung den Einfluss von Diskriminierungserlebnissen puffern kann.

Über die sexuelle Orientierung reden können

Ob die TeilnehmerInnen offen über ihre sexuelle Orientierung reden können, wurde für die gesamten angeführten Personen ermittelt, d.h. für Mutter, Vater, Familie, und für

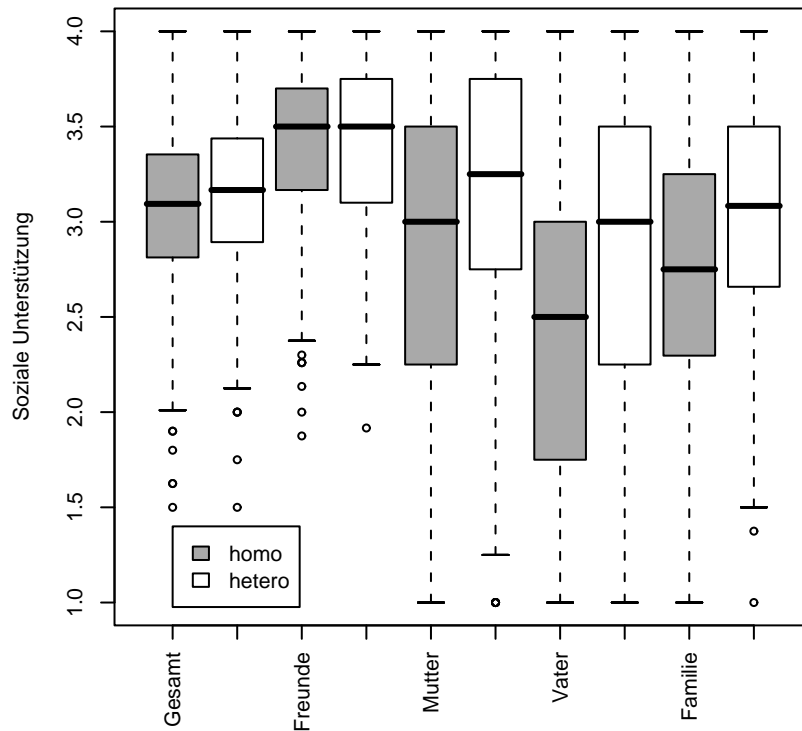


Abbildung 2.13. Subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung durch Freunde und Familie von homo-/bisexuellen und heterosexuellen TeilnehmerInnen

die Freunde. Die Ergebnisse sind in den Tabelle 2.38 ersichtlich. Aufgrund der Rohwertverteilungsform der Variablen “reden können” für die Personen “Vater”, “Mutter” und “Freunde” wurden diese für spätere Analysen dichotomisiert, d.h. die Kategorien “stimme nicht zu” und “stimme eher nicht zu” wurden zu “nein”; “stimme eher zu” und “stimme zu” zu “ja” zusammengefasst. Um einen besseren Vergleich zu ermöglichen, wurden alle Variablen wie oben beschrieben dichotomisiert. Die Variable “Über die sexuelle Orientierung im sozialen Netz reden können”, die durch Mittelwertbildung aus der Einschätzung von allen angegebenen Personen des sozialen Netzes gebildet wurde, wird später als Risikofaktor (soziale Unterstützung) verwendet. Da sie nicht normalverteilt ist, wird sie für spätere Analysen mit $\lambda = 2.7$ transformiert. Viel mehr TeilnehmerInnen gaben an, mit der Mutter sprechen zu können als mit dem Vater ($\chi^2(1, 165) = 27.11, p < .01, r^* = .41$). Logistische Regressionsanalysen ergaben keinen signifikanten Unterschied aufgrund des Geschlechtes und der sexuellen Orientierung bezüglich des Reden-Könnens mit der Mutter, jedoch einen Unterschied bezüglich des Reden-Könnens mit dem Vater und der sexuellen Orientierung: bisexuelle konnten im Vergleich zu homosexuellen Befragten geringfügig weniger häufiger mit ihrem Vater sprechen (16 vs. 35%, $\chi^2(1, 171) = 4.65, p = .04, r^* = .15$). Im Gegensatz zu den Ergebnissen zur Familie konnten über 95% der TeilnehmerInnen mit den FreundInnen über die sexuelle Orientierung sprechen. Es zeigt sich wieder das aus der Literatur bekannte Muster:

Tabelle 2.38. Über die sexuelle Orientierung im sozialen Netz reden können

Rolle	% NA	N	n_a	%
Gesamt ^c	6	336	322	96
Mutter	35	231	123	53
Vater	52	171	52	30
Familie ^{b,c}	27	172	90	66
Freunde	17	297	293	99

Anm:

^a Anzahl der TeilnehmerInnen, die angeben, offen mit derjenigen Person im sozialen Netz reden zu können. ^b Unter Familie wurden die Eltern und die Geschwister subsumiert ^c Um einen besseren Vergleich zu ermöglichen, wurden diese Variablen wie oben beschrieben ebenfalls dichotomisiert.

die Befragten beurteilten, am ehesten mit den FreundInnen über die sexuelle Orientierung sprechen zu können, und eher weniger mit der Mutter, am wenigsten jedoch mit dem Vater.

Die Variable “Über die sexuelle Orientierung in der Familie reden können” wurde für die späteren Analysen aufgrund der Verteilungsform dichotomisiert.

Reaktion auf das Coming Out und gegenwärtige Reaktion

Im Fragebogen wurde nach der ersten Reaktion auf das Coming Out und die jetzige Reaktion auf die sexuelle Orientierung der Befragten gefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.39 ersichtlich, wobei die Werte der Variablen in vier Kategorien zusammengefasst wurden, weil die Verteilung zum Teil stark von der Normalverteilung abweicht.

Es zeigt sich, dass aus der Sicht der TeilnehmerInnen die FreundInnen zu 98% eher positiv oder positiv auf das Coming Out reagiert hatten, im Vergleich zu 67% der Familie, 46% der Mütter, 43% der Väter, und 96% aller genannten Personen zusammen. Die Abstufung Freunde > Familie > Mutter > Vater findet sich hier wieder.

Alle Personengruppen des sozialen Netzes reagieren laut TeilnehmerInnen gegenwärtig positiver auf die sexuelle Orientierung als zum Zeitpunkt des Coming Outs, wie die statistischen Tests in der letzten Spalte von Tabelle 2.39 zeigen.

Knapp 100% (+2) der FreundInnen reagieren gegenwärtig eher positiv oder positiv auf die sexuelle Orientierung der TeilnehmerInnen, im Vergleich zu 89% (+22) der Gesamtfamilie, 81% (+55) der Mütter, 74% (+31) der Väter und 99% (+3) aller Personen. Die Angaben in Klammer entsprechen der Verbesserung von der ersten auf die gegenwärtige Reaktion in Prozent. In Abbildung 2.14 sind die Ergebnisse dargestellt. Die Variablen werden dabei zur besseren Veranschaulichung als intervallskaliert ange-

Tabelle 2.39. Erste und gegenwärtige Reaktion des sozialen Netzes auf das Coming Out

Rolle	erste Reaktion						jetzige Reaktion						Test _a W
	N	NA _d	- - ^c	-	+	++	N	NA _d	- -	-	+	++	
Gesamt	336	6	4	8	74	250	336	6	3	1	33	299	68328**
%			1	2	22	74			1	0	10	89	
Mutter	227	37	81	41	61	44	227	37	18	25	72	112	14323**
%			36	18	27	19			8	11	32	49	
Vater	168	53	63	33	41	31	166	54	23	21	48	74	8617**
%			38	20	24	18			14	13	29	45	
Familie _b	260	27	34	53	94	79	261	27	8	20	66	167	16485**
%			13	20	36	30			3	8	25	64	
Freunde	297	17	1	4	23	269	297	17	1	0	17	279	83554**
%			0	1	8	91			0	0	6	94	

Anm:

^a Wilcoxon-Rangsummentest (Erste vs. jetzige Reaktion)

^b Unter Familie wurden die Eltern und die Geschwister subsumiert

^c “- -” bedeutet, dass auf die Frage, ob die erste Reaktion auf das Coming Out positiv war, (im Schnitt) mit “stimme nicht zu” geantwortet wurde, “-” bedeutet “stimme eher nicht zu”, “+” bedeutet “stimme eher zu”, “++” bedeutet “stimme zu”.

^d Fehlende Angaben (%)

nommen. Das höchste Ausmaß an Verbesserung zeigen die Väter und die Mütter. Trotzdem reagieren noch 19% der Mütter und 26% der Väter aus der Sicht der Befragten gegenwärtig negativ auf die sexuelle Orientierung. Dazu könnten diese Werte Untergrenzen darstellen, falls die TeilnehmerInnen, die keine Angaben zu den Eltern machten, dies aus dem Grund eines schlechten Verhältnisses zu den Eltern taten.

Ordinale Regressionen mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und sexuelle Orientierung (homo- vs. bisexuell) ergaben nur einen knapp statistisch signifikanten Effekt für die erste Reaktion des Vaters auf das Coming Out, d.h. die Reaktionen waren geringfügig besser, wenn es sich um die Tochter handelte (54% positiv oder eher positiv), als um den Sohn (38%, $\chi^2(1, 168) = 3.71, p = .05$)

Eine Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den unabhängigen Variablen Zeitpunkt (erste vs. jetzige Reaktion auf die sexuelle Orientierung), der Rolle, der sexuellen Orientierung, dem Geschlecht und der Reaktion auf die sexuelle Orientierung als abhängige Variable (als intervallskaliert angenommen) ergibt einen signifikanten Haupteffekt für die Rolle ($F(2, 317) = 34.14, p < .01$), d.h. Eltern reagieren negativer als FreundInnen. Weiters zeigte sich ein großer Effekt für den Zeitpunkt ($F(1, 1046) = 202.55, p <$

.01, $r^* = 0.40$), d.h. die Reaktion ist gegenwärtig viel besser als beim Coming Out. Für die sexuelle Orientierung (homo- vs. bisexuelle) fand sich kein signifikanter Haupteffekt. Außerdem fand sich ein geringfügiger Interaktionseffekte für Zeit in Abhängigkeit von der Rolle ($F(2, 1046) = 48.83, p < .01$) und für die Zeit in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung ($F(1, 1046) = 5.19, p < .05, r^* = .07$). Die Zusammenhänge sind grafisch in Abbildung 2.14 ersichtlich. Aus Tabelle 2.38 geht hervor, dass die Verbesserung der Reaktion vor allem bei der Mutter, dem Vater, und der Familie (Vater, Mutter, Geschwister) am stärksten ausgeprägt ist, und am wenigsten bei den FreundInnen, die schon beim Coming Out sehr positiv reagierten.

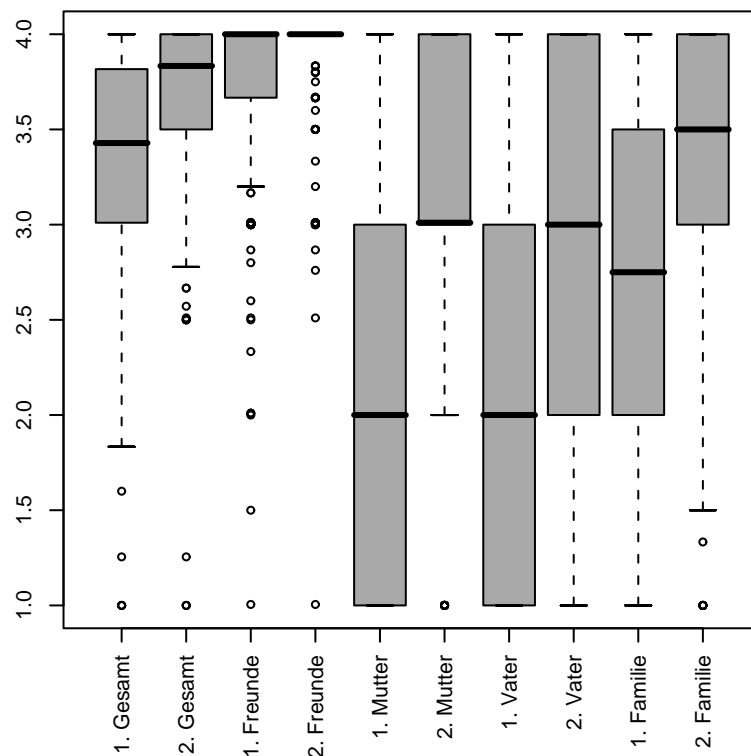


Abbildung 2.14. Erste und jetzige Reaktion von Personen aus dem sozialen Netz auf die sexuelle Orientierung

Anm: "1.Mutter" ist die erste Reaktion der Mutter auf das Coming Out, "2.Mutter" die gegenwärtige Reaktion auf die sexuelle Orientierung.

2.5.4 Szenezugehörigkeit

Unter der Zugehörigkeit zur Szene versteht man im Allgemeinen den Besuch von Lokalen, Festen, Veranstaltungen, die hauptsächlich für schwules und lesbisches Publikum bestimmt sind, ebenso wie ein Freundeskreis aus schwulen und lesbischen Personen. Der Szenekontakt kann durch die soziale Unterstützung (Akzeptanz, Wertschätzung) ein Schutzfaktor sein, es wird aber auch diskutiert, dass der Kontakt zur Szene negative Konsequenzen haben kann, wie z.B. erhöhter Alkoholkonsum, da viele Treffpunkte Bars sind (Bux, 1996), oder Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen (Valentine & Skelton, 2003; Wolf, 2004).

Das Konstrukt "Zugehörigkeit zur Szene" wurde mit der Skala von Vanable et al. (1998) operationalisiert und ist dem Schutzfaktor bzw. Risikofaktor "Soziale Unterstützung" zugeordnet. Von 4 Personen (1%) fehlen die Werte auf dieser Skala. Eine Itemanalyse wurde durchgeführt, weil die Skala im deutschsprachigen Raum meines Wissens noch nicht eingesetzt wurde. Die Itemschwierigkeiten liegen im Bereich von 0.25 - 1.00 (Median) bzw. 0.28 - 0.85 (Mittelwert) und sind somit zufriedenstellend. Die Trennschärfen der Items sind zwar alle statistisch hochsignifikant, doch die Werte sind nicht besonders hoch (0.52-0.71), und die korrigierten Trennschärfen sind deutlich niedriger als die unkorrigierten. Die Skala hat eine interne Konsistenz (Cronbach Alpha) von $r_\alpha = .85$, die sich durch Auslassung eines beliebigen Items nicht erhöht. Die Iteminterkorrelationen sind eher niedrig.

Zusammenhänge: Eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit der sexuellen Orientierung und dem Geschlecht als unabhängige Variablen zeigt, dass Männer geringfügig mehr mit der Szene verbunden sind als Frauen ($M = 27.14, SD = 4.94$ vs. $M = 25.71, SD = 4.38$, $F(1, 351) = 4.01, p < .05, r^* = 0.11$), und homosexuelle geringfügig stärker als bisexuelle TeilnehmerInnen ($M = 27.26, SD = 4.70$ vs. $M = 25.35, SD = 4.84$, $F(1, 351) = 11.83, p < .01, r^* = 0.18$).

Der Zusammenhang von Alkoholkonsum und Szenezugehörigkeit ist mit $\rho = .16, p < .01$ geringfügig. Getrennt für die Geschlechter gerechnet, ist der Zusammenhang bei den Männern nicht mehr geringfügig, sondern mittelgroß ($\rho = .22, p < .01$) bei den Frauen mit $\rho = -.07, p = .43$ praktisch bei Null. Dies bestätigt für die Männer, nicht aber für die Frauen, die Hypothese, dass die Szene nicht nur Schutz- sondern auch Risikofaktor sein kann.

Szenezugehörigkeit und die Anzahl ungeschützter Sexualkontakte korreliert positiv, aber nicht statistisch signifikant $\rho = .08, p = .12$, der Zusammenhang mit der Anzahl von SexualpartnerInnen im letzten Jahr beträgt $\rho = .24, p < .01$, d.h. je ausgeprägter der Kontakt zur Szene war, desto mehr SexualpartnerInnen hatten die TeilnehmerInnen.

Zufriedenheit mit den homo- oder bisexuellen FreundInnen

Mit einem Item wurde zusätzlich noch die Zufriedenheit mit den homo- oder bisexuellen FreundInnen erhoben. Aufgrund der niedrigen Zellenbesetzungen wurden die Antwortkategorien “sehr zufrieden” und “eher zufrieden” in “positiv”, und “eher nicht zufrieden” und “nicht zufrieden” in “negativ” zusammengefasst. Ein χ^2 -Test mit den TeilnehmerInnen, die angaben, homo- oder bisexuelle FreundInnen zu haben, lieferte keinen signifikanten Unterschied aufgrund des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung. Von den 354 TeilnehmerInnen gaben 306 (86%) an, sehr oder eher mit den homo- od. bisexuellen FreundInnen zufrieden zu sein, 38 (11%) waren eher nicht oder nicht zufrieden, und 10 (3%) hatten keine homo- oder bisexuelle FreundInnen. Vier Personen (1%) machten keine Angaben zu dieser Frage.

2.5.5 Alter beim Coming Out

Alter der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung

Das Alter der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung lag im Bereich von 4 bis 57 Jahre. Von 12 Befragten (3%) fehlen die Werte. Die Männer wurden sich geringfügig früher ihre sexuellen Orientierung bewusst (im Schnitt ca. 3 Jahre) $MW = 18.00, SD = 6.53$, als die Frauen $MW = 20.88, SD = 6.53, F(1, 344) = 13.50, p < .01, r^* = .19$. In einer multivariaten Regressionsanalyse mit den unabhängigen Faktoren Alter und Geschlecht (dummy-codiert), zeigt sich ein Kohorteneffekt, d.h. je älter die Befragten zum Untersuchungszeitpunkt waren, desto später hatten sie ihr Coming Out, ein Geschlechtsunterschied, und ein Interaktionseffekt, der in Abbildung 2.15 und Tabelle 2.40 ersichtlich ist.

Tabelle 2.40. Alter der Bewusstwerdung des Coming Outs in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter. Ergebnisse der Regressionsanalyse

	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>
(Intercept)	7.53	2.15	3.50**
Geschlecht	5.13	2.53	2.03*
Alter	0.40	0.06	6.41**
Geschlecht x Alter	-0.26	0.07	-3.63**

Anm.: $N = 343, NA = 15, R^2 = 0.18, R_{corr}^2 = 0.15$

Der Interaktionseffekt bedeutet, dass sich Männer unabhängig vom Alter bei der Befragung, in etwa im gleichen Alter ihrer sexuellen Orientierung bewusst geworden sind.

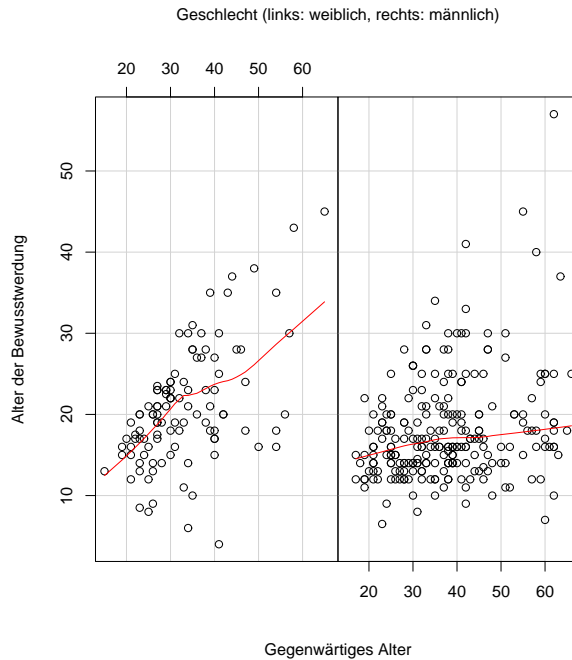


Abbildung 2.15. Geschlechts- und Altersunterschiede beim Bewusstwerden der sexuellen Orientierung

Die Frauen wurden sich ihrer sexuellen Orientierung umso später bewusst, je älter sie zum Zeitpunkt der Befragung waren. Die TeilnehmerInnen dieser Untersuchung wurden sich später ihrer Orientierung bewusst als die TeilnehmerInnen vieler anderen Studien, bei denen sich die Männer zwischen 7 und 17 Jahren, die Frauen zwischen 13 - 19 Jahren (s. Kap. 1.6). Der Geschlechtsunterschied findet sich ebenfalls schon in anderen Studien. Der Alters- bzw. Kohorteneffekt könnte sich auch dadurch erklären, dass nur diejenigen TeilnehmerInnen erreicht werden konnten, die sich ihrer sexuellen Orientierung gerade erst bewusst geworden sind. Frauen, bei denen der Zeitpunkt dieses Gewahr werdens schon länger zurückliegt, haben vielleicht keinen Kontakt mehr zur Szene.

Alter beim Coming Out

Das Alter des Coming Outs ist ein wichtiger Risikofaktor bezüglich Suizidversuchen (s. Kap. 1.8.3). Von 19 TeilnehmerInnen (5%) fehlen die Werte. Das Alter des Comingouts lag im Bereich von 8.5 bis 57 Jahre. Die Männer hatten ihr Coming Out geringfügig früher $MW = 22.06, SD = 6.27$ als die Frauen $MW = 23.8, SD = 7.58, F(1, 337) = 4.97, p < .05, r^* = 0.12$, das sind also knapp 2 Jahre Unterschied. Eine multivariate Regressionsanalyse mit den unabhängigen Faktoren Alter und Geschlecht (dummy-codiert) kommt zu sehr ähnlichen Ergebnissen wie beim Alter der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung und wird deshalb nicht eigens berichtet.

Alter der ersten gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte

Das Alter der ersten gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte lag im Bereich von 7 bis 56 Jahren. Die Männer hatten ihre ersten sexuellen Erfahrungen mit Geschlechtsgegnossen im Schnitt gut 5 Jahre früher ($MW = 18.56, SD = 6.06$) als die Frauen ($MW = 23.97, SD = 7.44, F(1, 347) = 51.45, p < .01, r^* = 0.36$). Eine multivariate Regressionsanalyse mit den unabhängigen Faktoren Alter und Geschlecht (dummy-codiert) kommt wiederum zu sehr ähnlichen Ergebnissen wie das Alter der Bewußtwerdung der sexuellen Orientierung (und wird daher nicht eigens berichtet). Im Vergleich zu den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen (s. Kap. 1.6) hatten die Männer und Frauen ihre ersten gleichgeschlechtlichen Sexualkontakte eher spät. Der Geschlechtsunterschied findet sich ebenfalls schon in den anderen Studien. 114 (47%) der 244 homo- und bisexuellen Männer gaben an, heterosexuelle Sexualkontakte eingegangen zu sein. Sie waren dabei im Schnitt 18.82 ($SD = 4.49$) Jahre alt und durchschnittlich 0.95 ($SD = 6.60$) Jahre älter als bei den ersten homosexuellen Sexualkontakten. 97 (85%) der 114 homo- und bisexuellen Frauen gaben an, heterosexuelle Sexualkontakte eingegangen zu sein. Sie waren dabei im Schnitt 16.92 ($SD = 3.06$) Jahre alt und durchschnittlich 7.48 ($SD = 8.03$) Jahre jünger als bei den ersten homosexuellen Sexualkontakten. Eine Erklärung für diesen Effekt könnte sein, dass Frauen eher unter Druck stehen, den gesellschaftlichen Erwartungen zu entsprechen und deshalb häufiger heterosexuelle Partnerschaften eingehen. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Geschlechtsunterschied im Alter der ersten heterosexuellen Sexualkontakte, d.h. die Frauen waren jünger als die Männer ($F(1, 209) = 12.37, p < .01, r^* = 0.24$).

Altersdifferenz Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung und Coming Out

11 Personen gaben ein niedrigeres Alter für das Coming Out an, als jenes für das Bewusstwerden der sexuellen Orientierung. Sie hätten demnach ihr Coming Out vor der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung gehabt. Dies erscheint nicht plausibel, weshalb sie für die folgende Analyse nicht berücksichtigt wurden. Die Differenz des Alters beim Coming Out versus der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung dauerte bis zu 32 Jahre und war bei homo- und bisexuellen Männern geringfügig größer ($MW = 4.53, SD = 4.75$), als bei den homo- und bisexuellen Frauen ($MW = 3.29, SD = 5.94$). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($F(1, 324) = 4.13, p < .05, r^* = 0.11$). Dieser Geschlechtsunterschied ist auch in anderen Untersuchungen gefunden worden (s. Kap. 1.6). Die Altersdifferenz ist jedoch geringer als in den dort zitierten Studien, die bei Männern eine Differenz von 8 - 14 Jahren, bei Frauen von 5 - 10 Jahren fanden.

Wem gegenüber erfolgte das Coming Out?

In Tabelle 2.41 werden die Personen aufgelistet, denen die TeilnehmerInnen als erstes ihre sexuelle Orientierung mitteilten. Die Befragten outeten sich in überwiegender Mehrheit als erstes den FreundInnen, gefolgt von den Geschwistern, Müttern, und den PartnerInnen (in dieser Häufigkeitsreihenfolge). ÄrztInnen oder TherapeutInnen liegen bei den Männern vor den Vätern. Den Vätern gegenüber erfolgte bei Männern und bei Frauen das Coming Out nur selten. Ein Vergleich mit den Reaktionen auf das Coming Out zeigt, dass sich die TeilnehmerInnen am ehesten jenen Personen outen, die auch positiv reagieren (s. S. 175 und 176).

Tabelle 2.41. Personen, denen gegenüber das Coming Out erfolgte

Wem geoutet?	Männer		Frauen	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
FreundIn	143	60	81	75
Geschwister	26	20	13	12
Mutter	36	15	11	10
PartnerIn	25	10	6	6
Arzt/TherapeutIn	13	5	2	2
Vater	6	3	2	2
Pfarrer	3	1	0	0
Bekannte(r)	2	1	1	1
Verwandte(r)	2	1	0	0
SexualpartnerIn	2	0	0	0
Großeltern	1	0	0	0
Ehefrau/mann	1	0	0	0
HOSI	1	0	0	0
ist aufgefallen	1	0	0	0
Kind	0	0	2	2
Schwarm	0	0	1	1
LehrerIn	0	0	1	1
Keine Angaben	5	-	6	-

Anm.: Die Prozentsätze beziehen sich nur auf jene Personen, die eine Angabe machten (Männer $N = 239$, Frauen $N = 108$). Wurde der/die PartnerIn angegeben, ist nicht klar, ob es der/diejenige aus der heterosexuellen oder der homosexuellen Partnerschaft ist.

Wie offen leben die TeilnehmerInnen?

Auf Seite 15 des Fragebogens konnten die Versuchspersonen Ihnen wichtige Personen angeben. Die Eltern waren dabei vorgegeben, unabhängig davon, ob sie als subjektiv wichtig eingestuft wurden oder nicht. Anschließend wurde für jede angegebene Person und für die Eltern gefragt, ob sie von der sexuellen Orientierung wüßten (“Sie/er weiß von meiner Homo- bzw. Bisexualität”), und zwar von “1” (stimmt nicht) bis “4” (stimmt). Bei allen Kategorien außer “Mutter” und “Vater” wurde der Wert über verschiedene Personen gemittelt. War dieser Mittelwert größer als 2.5, so wurde dies als “geoutet” klassifiziert. Von 19 TeilnehmerInnen (5%) konnten keine Werte berechnet werden, da sie keine Angaben zum sozialen Netz machten. In Tabelle 2.42 ist die Offenheit gegenüber dem sozialen Netz angegeben.

Tabelle 2.42. Offenheit im sozialen Netz

Rolle	sexuelle Orientierung						<i>F</i>	<i>r</i> [*]
	homosexuell			bisexuell				
	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%		
Gesamt	243	229	94	96	78	81	$F(1, 337) = 24.3^{**}$.26
Freunde	215	211	98	86	76	88	$F(1, 299) = 24.3^{**}$.20
Verwandte	49	46	94	13	8	62	$F(1, 60) = 10.4^{**}$.38
Geschwister	123	111	90	45	35	78	$F(1, 166) = 2.11$.11
Kinder	20	18	90	13	5	38	$F(1, 31) = 13.3^{**}$.55
Mutter	214	177	83	82	52	63	$F(1, 294) = 13.1^{**}$.21
Familie _a	228	178	78	86	53	62	$F(1, 312) = 12.9^{**}$.20
ArbeitskollegInnen	49	37	76	13	7	54	$F(1, 60) = 2.74$.21
Vater	188	132	70	68	38	56	$F(1, 254) = 4.64^*$.13

Anm: ^a Unter Familie wurden die Eltern und die Geschwister subsumiert

Bisexuelle TeilnehmerInnen gaben an, unter ihren wichtigen Personen weniger geoutet zu sein ($MD = 1, Q = (.83, 1)$) als homosexuelle Befragte ($MD = 1, Q = (.78, 1)$). Die angegebenen Mediane und Quartile beziehen sich auf die nicht-transformierte Variable. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant, wie eine einfaktorielle Varianzanalyse mit der transformierten Variable zeigt ($F(1, 337) = 17.7, p < .01, r^* = 0.22$). Es gibt keinen statistisch signifikanten Geschlechtsunterschied. Es wurden keine statistisch signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden (einfaktorielle Varianzanalysen), daher sind in der folgenden Tabelle die Ergebnisse für Frauen und Männer zusammengefasst. Bisexuelle

TeilnehmerInnen leben weniger offen als homosexuelle TeilnehmerInnen. Keine statistisch signifikanten Unterschiede fanden sich jedoch bei den Geschwistern und bei den ArbeitskollegInnen. Die größten Unterschiede zwischen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen fanden sich in der Offenheit gegenüber den eigenen Kindern und den Verwandten.

2.5.6 Geschlechtsrolle

In der Untersuchungs- und Kontrollgruppe fehlten von je einer Person die Werte. Zweifaktorielle Varianzanalysen mit der Maskulinität als abhängige Variable liefern keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich der sexuellen Orientierung und knapp nicht signifikante Geschlechtsunterschiede, $F(1, 619) = 3.21, p = .07$. Es fanden sich keine Interaktionseffekte des Geschlechts mit der sexuellen Orientierung.

Für die Femininität zeigten sich kein Haupteffekt für die sexuelle Orientierung oder das Geschlecht, aber ein signifikanter Interaktionseffekt ($F(1, 619) = 8.71, p < .01$), d.h. heterosexuelle Männer ($MW = 4.91, SD = 0.55$) haben niedrigere Femininitätswerte als homosexuelle Männer ($MW = 5.08, SD = 0.60$), während dies bei Frauen umgekehrt ist, $MW = 5.12, SD = 0.52$ vs. $MW = 4.99, SD = 0.63$.

Die Korrelation von Maskulinität und dem Selbstwert ist bei homo- und bisexuellen Männern $r = .56, p < .01$ und bei heterosexuellen $r = .51, p < .01$ hoch. Der Unterschied ist dabei nur geringfügig. Bei den Frauen zeigte sich in der homo- und bisexuellen Gruppe mit $r = .25, p < .01$ eine höhere Korrelation im Vergleich zur Kontrollgruppe $r = .13, p = .21$, allerdings ist der Interaktionsterm in einer multivariaten Regression nicht signifikant.

Die TeilnehmerInnen wurden nach der Methode von Alfermann (1989) mittels Mediandichotomisierung in vier verschiedene Geschlechtsrollen-Kategorien eingeteilt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.43 dargestellt. Insgesamt unterscheiden sich die TeilnehmerInnen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe in der Geschlechtsrolle $\chi^2(3, 623) = 14.72, p < .01$, hauptsächlich deshalb, weil die Rate an nonkonformen TeilnehmerInnen in der Untersuchungsgruppe höher ist. Homo- od. bisexuelle Männer unterscheiden sich in der Geschlechtsrolle von den heterosexuellen Männern, $\chi^2(3, 420) = 12.31, p < .01$. Der Effekt ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass homo- oder bisexuelle Männer häufiger geschlechtsrollenkonform kategorisiert wurden als heterosexuelle Männer Die Frauen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe unterscheiden sich in den Geschlechtsrollen nicht statistisch signifikant.

Tabelle 2.43. Geschlechtsrolle

Geschlechtsrolle	Männer				Frauen			
	SLB		HES		SLB		HES	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	<i>N</i> = 243		<i>N</i> = 177		<i>N</i> = 144		<i>N</i> = 89	
Konform	46	19	53	29	25	22	24	27
Nonkonform	55	23	21	12	22	19	9	10
Androgyn	67	28	44	25	29	25	28	31
Undifferenziert	75	31	59	33	38	33	28	31

2.5.7 HIV-Status

Der HIV-Status ist, aufgeschlüsselt nach Geschlecht und sexueller Orientierung, in Tabelle 2.44 dargestellt. Sieben Personen (1%) beantworteten diese Frage nicht.

Die TeilnehmerInnen der Untersuchungsgruppe unterscheiden sich von jenen der Kontrollgruppe bezüglich des angegebenen HIV-Status', $\chi^2(2, 618) = 12.90, p < .01$. In der Kontrollgruppe gaben weniger Befragte an, HIV-positiv zu sein, oder ihren HIV-Status nicht zu kennen. Getrennte Analysen für das Geschlecht ergeben für Frauen keinen signifikanten Unterschied, jedoch zwischen den Männern der Untersuchungs- und Kontrollgruppe $\chi^2(2, 416) = 11.96, p < .01$. In der Kontrollgruppe gaben weniger Männer an, HIV-positiv zu sein, oder ihren HIV-Status nicht zu kennen.

Tabelle 2.44. HIV-Status

Geschlechtsrolle	Männer				Frauen			
	SLB		HES		SLB		HES	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	<i>N</i> = 240		<i>N</i> = 176		<i>N</i> = 144		<i>N</i> = 88	
Negativ	202	84	166	94	103	90	83	94
Positiv	8	3	0	0	0	0	0	0
Unbekannt	30	13	10	6	11	10	5	6

2.6 Allgemeine Risikofaktoren

2.6.1 Depressivität

Depressivität, gemessen mit der Allgemeinen Depressionsskala ADS (Hautzinger & Bailer, 1993) ist eine der abhängigen Variablen für genauere Analysen im nächsten Abschnitt, denn sie wird als Indikator für psychische Gesundheit verwendet. Sie ist aber auch ein Hauptrisikofaktor für Suizidalität, wie in Kap. 1.8 referiert ist. Die Reliabilität ist mit $r_\alpha = .89$ in der Untersuchungs- und $r_\alpha = .85$ in der Kontrollgruppe zufriedenstellend. Eine Versuchsperson in der Untersuchungsgruppe hat die Skala nicht ausgefüllt. Die Verteilung der Depressivitätswerte ist linkssteil, d.h. die meisten Versuchspersonen haben geringe Depressivitätswerte. Für spätere Analysen wird die Variable deshalb logarithmisiert.

Zweifaktorielle Varianzanalysen ergeben einen Haupteffekt für die sexuelle Orientierung, d.h. homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen $MW = 7.79, SD = 2.65, MD = 7$ haben geringfügig, statistisch signifikant höhere Depressivitätswerte als heterosexuelle TeilnehmerInnen $MW = 7.12, SD = 2.39, MD = 6, F(1, 620) = 10.94, p < .01, r^* = .13$. Es zeigte sich kein signifikanter Haupteffekt für das Geschlecht und kein Interaktionseffekt. Tukey-Post-Hoc-Einzelvergleiche mit der dreistufigen Variable für sexuelle Orientierung ergeben keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen homosexuellen $MW = 7.66, SD = 2.61$ und bisexuellen Befragten $MW = 8.12, SD = 2.72$. Die Unterschiede der homo- und bisexuellen zu heterosexuellen TeilnehmerInnen sind signifikant $t = -2.42, p = .03$ bzw. $t = -3.44, p < .01$.

2.6.2 Andere psychische Symptome

Neben der Depressivität sind andere psychische Symptome, gemessen mit der Symptomcheckliste SCL-90 (Franke, 1995), die zweite abhängige Variable und der Indikator für psychische Gesundheit. Verwendet wurden die Subskalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit und phobische Angst. Von einer Person in der Kontrollgruppe fehlen die Werte. Für die späteren Analysen wird nur der Summenwert über alle Skalen verwendet. Die Verteilung ist sehr linkssteil, weshalb die Werte der Skala mit 1 addiert und dann logarithmisiert werden. Die Reliabilität der Gesamtskala ist mit $r_\alpha = .94$ hoch.

Wie bei den Depressivitätswerten ergeben zweifaktorielle Varianzanalysen mit dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung als unabhängige Variablen nur einen Haupteffekt für letztere, d.h. homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen $MW = 22.36, SD = 20.17, MD = 17$ haben geringfügig aber statistisch signifikant höhere Werte im Vergleich zu heterosexuellen TeilnehmerInnen, $MW = 15.64, SD = 15.54, MD = 11, F(1, 620) =$

20.41, $p < .01$, $r^* = .18$. Tukey-Post-Hoc-Einzelvergleiche mit der dreistufigen Variable für sexuelle Orientierung ergeben einen knapp nicht statistisch signifikanten Unterschied zwischen homosexuellen $MW = 21.20$, $SD = 19.70$ und bisexuellen Befragten $MW = 25.15$, $SD = 21.10$, $t = -1.86$, $p = .06$. Die Unterschiede der homo- und bisexuellen zu heterosexuellen Befragten sind signifikant $t = -3.45$, $p < .01$ bzw. $t = -4.51$, $p < .01$.

Werden die Subskalen einzeln mit zweifaktoriellen Varianzanalysen auf Unterschiede bezüglich des Geschlechts, der sexuellen Orientierung und der Interaktionseffekte verglichen, so ergibt sich für jede Subskala ein statistisch signifikanter, geringfügiger Unterschied (s. Tab. 2.45) aufgrund der sexuellen Orientierung, jedoch in keinem Fall ein Geschlechtsunterschied oder eine Interaktion. Die größten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe fanden sich in den Skalen "Unsicherheit im Sozialkontakt" und "Zwanghaftigkeit".

Tabelle 2.45. Subskalen der Symptomcheckliste, Vergleich zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Subskala	SLB		HES		$F(1, 623)_b$	r^*
	MW	SD	MW	SD		
Zwanghaftigkeit	6.48	5.63	4.80	4.82	15.68	.16
Ängstlichkeit _a	4.27	4.88	3.05	3.92	11.19	.13
Phobische Angst	1.43	2.37	0.87	1.67	10.61	.13
Unsicherheit im Sozialkontakt	6.00	5.51	4.10	4.15	22.26	.19
Aggressivität / Feindseligkeit	2.75	3.24	1.90	2.35	13.28	.14

Anm.:

^aFür diese Subskala hat der F -Wert die Freiheitsgrade $df_1 = 1$, $df_2 = 622$.

^bAlle F -Werte sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

2.6.3 Suizidalität im sozialen Netz

Suizidalität im sozialen Netz, d.h. geäußerte Suizidgedanken, Suizidversuche und Suizide, wurde im ersten Schritt für alle im Fragebogen aufgezählten Personen erhoben, dann für Personen, von denen man annehmen kann, dass sie den TeilnehmerInnen nahestehen, nämlich die Eltern, Geschwister, Kinder, PartnerInnen und FreundInnen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.46 dargestellt.

Mittels Wilcoxon-Rangsummentests fanden sich ein knapp signifikanter Unterschied in den Suizidversuchen im sozialen Netz, d.h. homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen

Tabelle 2.46. Suizidalität im Sozialen Netz

Suizidalität	SLB _b		HES	
	MW	SD	MW	SD
Alle Personen				
Suizidgedanken	1.37	1.30	1.09	1.26
Suizidversuche	0.89	1.05	0.71 _b	0.89
Suizide	0.74	0.89	0.65	0.85
Nahestehende Personen				
Suizidgedanken	0.74	0.89	0.67	0.87
Suizidversuche	0.50	0.66	0.32 _b	0.54
Suizide	0.28	0.48	0.21	0.42
Freunde _a				
Suizidgedanken	0.32	-	0.21	-
Suizidversuche	0.33	-	0.22	-
Suizide	0.23	-	0.18	-

Anm.:

^aDie Mittelwerte sind (bei Multiplikation mit 100) gleichzeitig die Prozentwerte, da nur mit "ja" oder "nein" geantwortet werden konnte. Deshalb wurden auch keine Standardabweichungen errechnet. Hohe Werte indizieren hohe angegebene Suizidalität.

^b $N = 351, NA = 7$

^c $N = 265, NA = 2$, für alle anderen Werte der Kontrollgruppe $N = 266, NA = 1$

berichteten über mehr Suizidversuche im sozialen Netz $MD = 1, Q = 0, 1$, als heterosexuelle Befragte $MD = 0, Q = 0, 1, W = 42226, p = .03$. Für Suizide und geäußerte Suizidgedanken fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede, aber die Richtung des Unterschiedes war immer so, dass homo- oder bisexuelle TeilnehmerInnen häufiger über Suizide bzw. Suizidgedanken im sozialen Netz berichteten. Ein ähnliches Ergebnis findet sich bei den nahestehenden Personen, bei denen sich ebenfalls nur bei den Suizidversuchen ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe zeigt, $MD = 0, Q = 0, 1$ vs. $MD = 0, Q = 0, 1, W = 39995, p < .01$.

Auf Itemebene zeigen sich mittels χ^2 -Tests nur bei den Angaben zu Suizidgedanken und Suizidversuchen der FreundInnen statistisch signifikante Unterschiede, d.h. homo- oder bisexuelle Befragte berichteten über geringfügig mehr geäußerte Suizidgedanken $\chi^2(1, 617) = 3.26, p = .07, r^* = .07$, und über geringfügig mehr Suizidversuche $\chi^2(1, 617) =$

8.90, $p < .01$, $r^* = .12$ von ihren FreundInnen im Vergleich zu den heterosexuellen TeilnehmerInnen. Die Unterschiede in den Werten über die gesamten Personen gründen also hauptsächlich auf den Unterschieden bei der Suizidalität der FreundInnen. Für die Suizide von Freunden fand sich kein statistisch signifikanter Unterschied $\chi^2(1, 617) = 2.13, p = .14$.

2.6.4 Existentielle Motivation

Die Ergebnisse des Tests zur existentiellen Motivation (Eckhard, 2000) sind in Tabelle 2.47 dargestellt. Die Reliabilitätskoeffizienten sind zufriedenstellend, für die Gesamtskala sehr zufriedenstellend.

Die Werte der Gesamt- und Subskalen sind bei Befragten der Untersuchungsstichprobe im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch signifikant geringer. Die größten Unterschiede finden sich in den Subskalen "Dasein-Können" und "Leben-Mögen", wo sich mittelgroße Effekte finden. Das sind nach der existenzanalytischen Theorie genau die Grundmotivationen, die am stärksten mit Suizidalität zusammenhängen. Es fanden sich keine Geschlechtsunterschiede und keine Interaktionen zwischen Geschlecht und sexueller Orientierung.

Tabelle 2.47. Test zur Existentiellen Motivation (TEM) und seine Subskalen. Ergebnisse der Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Dimension	SLB			HES			F_a	r^*
	MW	SD	r_α	MW	SD	r_α		
Gesamt	190.23	28.15	.97	199.99	19.45	.96	23.67	.19
Dasein-Können	46.78	8.01	.91	50.08	5.80	.90	32.60	.22
Leben-Mögen	49.61	7.40	.93	52.20	4.63	.90	25.35	.20
So sein Dürfen	46.25	7.26	.88	48.15	5.24	.86	12.71	.14
Sinnvolles Wollen	47.59	7.13	.90	49.56	5.23	.86	14.55	.15

Anm.: ^a Die F -Werte beziehen sich auf einfaktorische Varianzanalysen, die alle mit $p < .01$ hochsignifikant ausgefallen sind, mit jeweils den den Freiheitsgraden $df_1 = 1, df_2 = 623$.

Werden die Werte für bisexuelle und homosexuelle TeilnehmerInnen getrennt gerechnet, so ergeben sich für alle möglichen Tukey-Post-Hoc-Tests signifikante Ergebnisse. Schwul/lesbische Befragte $MW = 192.78, SD = 25.69$ haben höhere Werte im Gesamtwert im Vergleich zu bisexuellen TeilnehmerInnen $MW = 184.08, SD = 32.68, t = 3.04, p < 0.01$, aber niedrigere Werte im Vergleich zur Kontrollgruppe, $t = -3.33, p < .01$. Die gleichen Post-Hoc-Resultate gelten auch für alle Subskalen.

Die Werte für die Gesamtskala sind rechtssteil verteilt, d.h. die meisten Befragten haben eher hohe Werte auf der Skala. Box-Cox-Transformation mit $\lambda = 5$ wird erst nach Division der Variable mit 100 durchgeführt, um weniger hohe transformierte Werte zu erhalten. Die Verteilung nähert sich so eher einer Normalverteilung an, wenn auch nicht optimal.

2.6.5 Hoffnungslosigkeit

Die Werte des Risikofaktors Hoffnungslosigkeit, operationalisiert mit der Skala von Beck in der deutschen Version von Krampen (1994) sind linkssteil verteilt. Daher wurde die Skala für weitere Auswertungen log-transformiert. Von einer Person konnte aufgrund fehlender Angaben kein Wert ermittelt werden. Die Reliabilität der Skala gemessen mit Cronbachs Alpha ist mit $r_\alpha = .82$ für die Untersuchungsstichprobe zufriedenstellend, mit $r_\alpha = .74$ für die Kontrollgruppe eher gering.

Eine Varianzanalyse ergibt keinen Geschlechtsunterschied, aber einen Haupteffekt für die sexuelle Orientierung ($F(1, 622) = 10.62, p < .01, r^* = 0.13$), d.h. die homosexuellen TeilnehmerInnen haben geringfügig höhere Werte in der Hoffnungslosigkeit ($MW = 25.29, SD = 9.47$) als heterosexuelle Befragte ($MW = 23.49, SD = 5.52$).

Auch bei einem Vergleich von homo- vs. bi- vs. heterosexuellen Personen ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt ($F(2, 621) = 6.98, p < .01$), und post-hoc-Tukey-Tests zeigen, dass sich bisexuelle ($MW = 26.88, SD = 8.22, t = -4.34, p < .01$) von heterosexuellen TeilnehmerInnen unterscheiden, ebenso wie homosexuelle ($MW = 24.63, SD = 7.28$) von bisexuellen ($t = -2.52, p < .01$). Der Unterschied von homo- und heterosexuellen Befragten ist knapp nicht signifikant ($t = 1.91, p = .06$), d.h. bisexuelle Befragte haben die höchsten Werte in der Hoffnungslosigkeitsskala.

2.6.6 Selbstwert

Die Verteilung der Variable Selbstwert, operationalisiert nach der deutschen Version der Skala von Rosenberg (Ferring & Filipp, 1996), ist rechtssteil, d.h. die meisten TeilnehmerInnen weisen einen eher hohen Selbstwert auf. Eine Quadrierung der Variable verringert die Abweichung von der Normalverteilung etwas. Die Reliabilität der Skala gemessen mit Cronbachs Alpha ist mit $r_\alpha = .85$ für die Untersuchungsstichprobe und $r_\alpha = .84$ für die Kontrollgruppe zufriedenstellend.

Es gibt einen signifikanten Haupteffekt für die sexuelle Orientierung, nicht aber für das Geschlecht. Homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen haben einen geringfügig niedrigeren Selbstwert ($M = 33.56, SD = 4.95$) im Vergleich zu heterosexuellen TeilnehmerInnen ($M = 34.73, SD = 3.62, (F(1, 623) = 10.78, p < .01, r^* = 13)$). Schlüsselte man die sexuelle Orientierung noch auf, so zeigt sich ebenfalls ein Haupteffekt für die sexuelle Ori-

tierung auf den Selbstwert ($F(2, 622) = 7.32, p < .01$). Post-Hoc-Kontrastanalysen nach Tukey zeigen, dass sowohl homosexuelle ($M = 32.85, SD = 5.47, t = -3.07, p < .05$) als auch und bisexuelle Befragte ($M = 32.85, SD = 5.47, t = -3.07, p < .05$) niedrigere Werte in der Selbstwertskala als heterosexuelle aufweisen, ebenso unterscheiden sich homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen knapp signifikant voneinander ($t = -1.95, p = .05$). Bisexuelle Befragte weisen die niedrigsten Selbstwerte auf.

2.6.7 Substanzgebrauch

Alkohol

Aus den Items zur Erfassung des Alkoholkonsums wurde die Mindestmenge an konsumiertem reinem Alkohol im letzten Monat errechnet. Die Items waren so formuliert, dass unabhängig von der Art des Getränkes die Menge an reinem Alkohol in den Getränken ungefähr gleich war, nämlich 65ml. Die Menge wurde dann mit der Untergrenze der angekreuzten Kategorie multipliziert. Die Verteilung ist linkssteil und hat einige Ausreißer, deshalb ist eine logarithmische Transformation (nach Addition mit dem Wert 1) sinnvoll.

Zweifaktorielle Varianzanalysen mit der transformierten Variable ergeben einen Geschlechtsunterschied, d.h. Männer konsumieren mehr Alkohol als Frauen $MD = 60, Q = 0, 180$ vs. $MD = 60, Q = 0, 122, F(1, 623) = 13.94, p < .01, r^* = .15$. Es zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied bezüglich der sexuellen Orientierung und kein Interaktionseffekt.

Poppers

Zwar ist Substanzmissbrauch ein genereller Risikofaktor für Suizidalität (s. Kap. 1.8.3), da aber Poppers hauptsächlich in der Schwulen-Szene verwendet wird und sich ein Zusammenhang mit Suizidversuchen gezeigt hat (Botnik et al., 2002), wurde der Poppers-Gebrauch den spezifischen Risikofaktoren zugeordnet. Aufgrund der niedrigen Zellenbesetzungen wurde Kategorien in "nie", "1-5x/Jahr" und ">5x/Jahr" zusammengefasst.

Nur je eine heterosexuelle Frau und ein heterosexueller Mann verwendeten Poppers. In der Untersuchungsstichprobe verwendeten nur Männer Poppers. Der Vergleich zwischen homo- und bisexuellen Männern ergibt einen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2(1, 358) = 3.89, p = .05, r^* = .10$), d.h. 10 von 54 bisexuellen Männer verwenden Poppers (19%) im Vergleich zu 47 von 190 homosexuellen Männern (25%). In Tabelle 2.48 sind die Ergebnisse für die Männer der Untersuchungsstichprobe noch einmal dargestellt.

Tabelle 2.48. Gebrauch von Poppers bei homo- und bisexuellen Männern

Sexuelle Orientierung	N	Nie		1-5x/Jahr		>5x/Jahr	
		n	%	n	%	n	%
Bisexuell	54	44	81	5	9	5	9
Homosexuell	190	143	75	30	16	17	9

Zigaretten

Der Konsum von Zigaretten ist kein im Literaturteil besprochener Risikofaktor, die Ergebnisse seien trotzdem hier kurz erwähnt. Eine zweifaktorielle Varianzanalyse deutet darauf hin, dass homo- oder bisexuelle TeilnehmerInnen mehr Zigaretten rauchen $MW = 5.85, SD = 10.27$ als heterosexuelle Befragte $MW = 4.21, SD = 8.27, F(1, 619) = 4.39, p = .04$. Außerdem gaben Frauen an, weniger oft zu rauchen als Männer $MW = 3.83, SD = 7.81$ vs. $MW = 5.78, SD = 10.15, F(1, 619) = 5.88, p = .02$. Es zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt.

Andere Drogen

Aufgrund der niedrigen Zellenbesetzungen außer in der Kategorie “nie” wurden die anderen Zellen zusammengefasst. Logistische Regressionsanalysen ergeben keine signifikanten Geschlechtsunterschiede oder Unterschiede aufgrund der sexuellen Orientierung bezüglich Aufputzmittel (3% in der Untersuchungs- und 1% in der Kontrollgruppe).

Weniger heterosexuelle TeilnehmerInnen (19 von 267, 7%) benützten im letzten Jahr zumindest ein Mal Tranquilizer im Vergleich zu homo- oder bisexuellen Befragten (61 von 358 od. 17%), $OR = 0.37, CI = 0.22-0.64$. Es fanden sich keine Geschlechtsunterschiede.

Bezüglich des Konsums von Marihuana und härteren Drogen (Kokain, Heroin o.ä.) zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede und keine zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe. 111 von 625 (17%) der TeilnehmerInnen hatten angegeben, im letzten Jahr Marihuana in irgend einer Form zumindest ein Mal konsumiert zu haben. 12 von 625 (1.92%) Befragte gaben an, zumindest einmal härtere Drogen im letzten Jahr genommen zu haben.

2.6.8 Sexualverhalten

Die sexuelle Inaktivität in den letzten 12 Monaten wurde mit den Items zu den Sexualkontakten zu Frauen und zu Männern erhoben, in dem die Variable dichotomisiert wurde.

Sexuelle Inaktivität

Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen homo- und heterosexuellen TeilnehmerInnen bezüglich der sexuellen Inaktivität im letzten Jahr (35 von 356, 10% vs. 31 von 265, 12%). Je zwei Personen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe (insges. 1%) gaben keine Antworten zu dieser Frage.

Anzahl der SexualpartnerInnen

Bei der Anzahl der Sexualpartner im letzten Jahr gibt es signifikante Haupteffekte für die sexuelle Orientierung, das Geschlecht, und einen Interaktionseffekt. Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage. Homo- oder bisexuelle Befragte gaben an, mehr SexualpartnerInnen im letzten Jahr gehabt zu haben als heterosexuelle TeilnehmerInnen ($MW = 3.13, SD = 1.59$ vs. $MW = 2.15, SD = 0.68, F(1, 620) = 105.16, p < .01, r^* = .38$), und Männer gaben an, mehr SexualpartnerInnen zu haben als Frauen ($MW = 3.02, SD = 1.52$ vs. $MW = 2.09, SD = 0.63, F(1, 620) = 80.34, p < .01, r^* = .34$). Außerdem gibt es einen signifikanten Interaktionseffekt $F(1, 620) = 32.50, p < .01$: während zwischen homo-/bisexuellen und heterosexuellen Frauen hinsichtlich der Anzahl der SexualpartnerInnen kaum ein Unterschied besteht, so haben homo-/bisexuelle Männer deutlich mehr SexualpartnerInnen als heterosexuelle Männer.

Effekte der gleichen Art finden sich bezüglich der SexualpartnerInnen seit der Pubertät. Eine Person gab keine Antwort auf diese Frage. Homo- oder bisexuelle Befragte gaben an, mehr SexualpartnerInnen seit der Pubertät gehabt zu haben als heterosexuelle TeilnehmerInnen ($MW = 4.54, SD = 2.14$ vs. $MW = 3.62, SD = 1.49, F(1, 620) = 38.11, p < .01, r^* = .24$), und Männer gaben an, mehr SexualpartnerInnen gehabt zu haben als Frauen ($MW = 4.40, SD = 2.08$ vs. $MW = 3.63, SD = 1.50, F(1, 620) = 22.55, p < .01, r^* = .19$). Außerdem gibt es wiederum einen signifikanten Interaktionseffekt $F(1, 620) = 15.89, p < .01$, der wie oben zu interpretieren ist.

Schwierigkeiten bei der PartnerInnenfindung

24 Personen (4%) beantworteten diese Frage nicht. Ordinale Regressionsanalysen zeigen, dass homo- oder bisexuelle Befragte angeben, sich schwerer zu tun, PartnerInnen zu finden ($OR = 1.63, CI = 1.21 - 2.19$). Statistisch signifikante Geschlechtsunterschiede wurden nicht gefunden. Von 350 homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen gaben 181 (52%) an, sehr schwer oder eher schwer eine(n) PartnerIn zu finden, während dies nur bei 92 (37%) von 251 heterosexuellen Befragten der Fall war ($r^* = .15$). Für die homo- und bisexuellen Männer zeigte sich eine knapp nicht statistisch signifikante negative Korrelation mit dem Alter, $r = -.12, p = .07$, d.h. je älter die Männer waren, umso

einfacher war es für sie, einen Partner zu finden. Bei den Frauen fand sich kein solcher Zusammenhang, $r = -.02, p = .79$.

Ungeschützter Sexualverkehr

Je 7 TeilnehmerInnen in der Untersuchungs- und Kontrollgruppe machen keine Angaben zu dieser Frage (insges. 2%). Da nach grafischer Überprüfung die Ordinalitätsannahmen nicht halten, werden Rangsummentests gerechnet. Homo- und bisexuelle Befragte praktizieren nach eigenen Angaben häufiger ungeschützten Sexualverkehr im Vergleich zu heterosexuellen TeilnehmerInnen $MW = 1.77, SD = 1.26, MD = 1$ vs. $MW = 1.54, SD = 1.20, MD = 1, W = 51433, p < .01$. Männer gaben an, häufiger ungeschützten Sexualverkehr zu haben als Frauen $MW = 1.71, SD = 1.23, MD = 1$ vs. $MW = 1.58, SD = 1.25, MD = 1, W = 51433, p = .02$. Von 241 homo- oder bisexuellen Männern gaben 91 (38%) an, zumindest einmal im letzten Jahr ungeschützten Sex praktiziert zu haben, bei heterosexuellen Männer waren das 39 von 171 (23%). Von 110 homo- oder bisexuellen Frauen gaben 29 (26%) an, zumindest einmal im letzten Jahr ungeschützten Sex praktiziert zu haben, bei heterosexuellen Frauen waren das 13 von 89 (15%). Anzumerken ist, dass ungeschützter Sexualverkehr zwischen Frauen meist weniger riskant ist als ungeschützter heterosexueller Verkehr.

2.6.9 Alter der Mutter

Zweifaktorielle Varianzanalysen ergaben für das Alter der Mutter bei der Geburt der Befragten keine Unterschiede bezüglich sexueller Orientierung und Geschlecht, soweit keine Interaktionseffekte. Die Mütter der TeilnehmerInnen waren zum Zeitpunkt ihrer Geburt im Schnitt 27.62 ($SD = 6.26$) Jahre alt. Von 5 Befragten (1%) fehlen die Altersangaben zur Mutter.

2.7 Soziodemografische Variablen, psychische Gesundheit und Suizidalität

Im Folgenden soll geprüft werden, inwieweit soziodemografische Merkmale mit den Indikatoren für psychische Gesundheit und Suizidalität zusammenhängen. Als Indikatoren für psychische Gesundheit werden dabei die aktuelle Depressivität und die Häufigkeit anderer psychischer Symptome verwendet, für Suizidalität werden als Indikatoren ernsthafte Suizidgedanken (z.T. mit konkreten Plänen) im letzten Jahr, und jemals durchgeführte Suizidversuche herangezogen.

Neben dem jeweiligen Risikofaktor wird auch die sexuelle Orientierung, das Geschlecht, und alle möglichen Interaktionsterme mitberechnet. Fanden sich in einer ersten Analyse keine signifikanten Interaktionseffekte, wurden die Ergebnisse noch einmal ohne die Interaktionsterme gerechnet, um die statistische Power zu erhöhen. Bei den Suizidalitätsvariablen sind die Zellenbesetzungen oft klein, sodass kaum Interaktionseffekte aufgedeckt werden können. Für die intervallskalierten Variablen Depressivität und andere psychische Symptome werden dazu zweifaktorielle Varianzanalysen oder multiple Regressionen gerechnet, für die ordinal skalierte Variable Suizidgedanken Proportionale-Odds-Modelle, und für jemals durchgeführte Suizidversuche binäre logistische Regressionen.

Geschlecht

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht statistisch signifikant in der Depressivität ($F(1, 620) = 1.14, p = .29$) und bei anderen psychischen Symptomen ($F(1, 356) = 0, p = .95$). Es finden sich auch keine signifikanten Interaktionseffekte.

Suizidgedanken sind zwischen Männern und Frauen nicht signifikant unterschiedlich gehäuft ($\chi^2(2, 621) = 0.03, p = .86$), ebenso jemals durchgeführten Suizidversuche ($\chi^2(1, 625) = 1.38, p = .24$). Die in der Literatur üblicherweise gefundene gehäufte Rate an Suizidversuchen bei Frauen konnte hier nicht repliziert werden. Für die genannten Suizidindikatoren fanden sich keine Interaktionseffekte.

Alter

Mit dem Alter sinkt die Depressivität ($\beta = -.03, t = -2.33, p = .02, r^* = -.05$), aber unterschiedlich stark, je nach sexueller Orientierung ($\beta = -.04, t = -2.04, p = .04$), d.h. das Alter korreliert bei homo- od. bisexuellen TeilnehmerInnen praktisch nicht ($\rho = .01$), bei heterosexuellen mit $\rho = -.15$ mit der Depressivität.

Für andere psychische Symptome ist der Zusammenhang mit dem Alter ebenfalls signifikant ($\beta = -.28, t = -2.99, p < .01, r^* = -.13$), der Interaktionsterm ist nicht signi-

fikant, weist aber eine ähnliche Form auf wie jener bei der Depressivität: Das Alter korreliert bei homo- od. bisexuellen TeilnehmerInnen nicht signifikant mit anderen psychischen Symptomen ($\rho = -.06$), jedoch bei heterosexuellen TeilnehmerInnen ($\rho = -.26$).

Der Zusammenhang des Alters mit Suizidgedanken ($\chi^2(1, 619) = 0.28, p = .60$), ist nicht statistisch signifikant, und es fanden sich keine Interaktionseffekte. Einzig der Zusammenhang mit der Rate an jemals durchgeführten Suizidversuchen ist knapp statistisch signifikant ($\chi^2(1, 622) = 4.36, p = .04$), allerdings ist der Effekt klein ($r^* = -.09$), d.h. TeilnehmerInnen, die einen Suizidversuch berichteten, waren geringfügig jünger. Auch hier fand sich kein Interaktionseffekt mit der sexuellen Orientierung.

Familienstand und Partnerschaftsstatus

Mittels einfaktoriellen Varianzanalysen konnten statistisch signifikante Unterschiede in der Depressivität ($F(3, 616) = 4.09, p < .01$) und anderen psychischen Symptomen ($F(3, 616) = 7.55, p < .01$) in Abhängigkeit vom Familienstand, gefunden werden, aber keine signifikanten Interaktionseffekte. Post-Hoc-Tukey-Einzelvergleiche zeigten, dass ledige depressiver sind als verheiratete TeilnehmerInnen ($t = -3.38, p < .01$), und geschiedene depressiver als verheiratete Befragte. Bei anderen psychischen Symptomen zeigten Post-Hoc-Tests ähnliche Unterschiede (verheirateten vs. ledig, $t = -4.74, p < .01$; verheirateten vs. geschiedenen, $t = -2.50, p = .04$). Der Zusammenhang des Familienstandes mit Suizidgedanken ist nicht statistisch signifikant ($\chi^2(3, 621) = 2.23, p = .36$), auch nicht für jemals durchgeführte Suizidversuche ($\chi^2(3, 625) = 3.08, p = .38$).

Neben dem Familienstand soll auch der Einfluss des Partnerschaftsstatus erhoben werden. Dazu wird der Partnerschaftsstatus in "alleine lebend" vs. "in Partnerschaft lebend" dichotomisiert, d.h. es wird nicht unterschieden, ob es sich um gleich- oder verschiedengeschlechtliche PartnerInnen handelt. Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Depressivität $F(1, 618) = 21.11, p < .01, r^* = .18$, d.h. alleine lebende Personen sind geringfügig depressiver als in Partnerschaft lebende ($M = 8.15, SD = 2.99$ vs. $M = 7.17, SD = 2.25$). Auch bei anderen psychischen Symptomen zeigt sich, dass alleine lebende TeilnehmerInnen höhere Werte haben als jene in einer Partnerschaft ($F(1, 617) = 29.91, p < .01, r^* = .21, M = 24.87, SD = 23.06$ vs. $M = 16.58, SD = 15.00$). Auch Suizidgedanken sind je nach Partnerschaftsstatus unterschiedlich stark ausgeprägt. Ein statistischer Test unter Verwendung der dichotomisierten Variable fällt ebenfalls signifikant aus ($\chi^2(1, 618) = 4.81, p = .03$). Demnach geben 39 von 210 (19%) alleine lebende TeilnehmerInnen - verglichen mit 44 von 408 (11%) TeilnehmerInnen, die in einer Partnerschaft leben - häufiger an, im letzten Jahr an einen Suizidversuch gedacht zu haben. Jemals durchgeführte Suizidversuche hängen signifikant mit dem Partnerschaftsstatus zusammen, $\chi^2(1, 622) = 4.49, p = .03, r^* = .11$. Von den alleine lebenden TeilnehmerInnen berichten 13% über einen Suizidversuch, bei den TeilnehmerInnen in Partnerschaften

6%. Weder für Depressivität und andere psychische Symptome, noch für die Indikatoren für Suizidalität fanden sich Interaktionseffekte mit der sexuellen Orientierung oder mit dem Geschlecht.

Bildungsgrad

Der Bildungsgrad fungiert in dieser Studie als ein Indikator für die soziale Schicht. TeilnehmerInnen mit Lehrabschluss und Pflichtschulabschluss wurden zusammengefasst. Für die Depressivität findet sich kein statistisch signifikanter Haupteffekt ($F(3, 615) = 2.13, p = .10$), jedoch für andere psychische Symptome ($F(3, 615) = 4.20, p < .01$). Post-Hoc-Einzelvergleiche zeigen erhöhte Werte bei TeilnehmerInnen mit maximal Pflicht- oder Lehrabschluss im Vergleich zu jenen mit akademischem Grad ($t = -3.03, p = .01$) und zwischen MaturantInnen und AkademikerInnen ($t = -2.92, p = .01$). Für andere psychische Symptome war auch ein signifikanter Interaktionseffekt mit der sexuellen Orientierung zu finden ($F(3, 615) = 6.12, p < .01$). Wie aus Abbildung 2.16 ersichtlich ist, weisen homo- und bisexuelle Personen mit Pflichtschul-, Lehr- oder Fachschulabschluss mehr psychische Symptome auf als vergleichbare heterosexuelle Personen. Bei den höher gebildeten TeilnehmerInnen finden sich diese Unterschiede nicht.

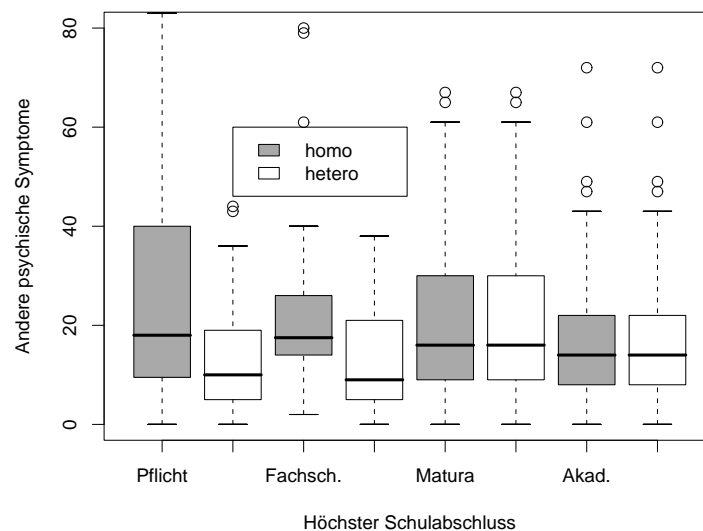


Abbildung 2.16. Höchster Schulabschluss und der Zusammenhang mit anderen psychischen Symptomen.

Es finden sich keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der Suizidgedanken in Abhängigkeit vom Bildungsgrad ($\chi^2(3, 620) = 4.57, p = .21$), und auch nicht bezüglich

jemals durchgeführter Suizidversuche ($\chi^2(3, 624) = 1.45, p = .69$). Interaktionen mit dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung fanden sich, mit Ausnahme der anderen psychischen Symptome nicht.

Einkommen

Das Einkommen ist neben der Bildung der zweite Indikator für die Schichtzugehörigkeit. Die Ergebnisse sind ähnlich wie bei der Bildung. Je nach Einkommen sind die Depressivität ($F(4, 598) = 3.21, p = .01$) und andere psychische Symptome unterschiedlich ($F(4, 598) = 8.34, p < .01$, s. Abb. 2.17).

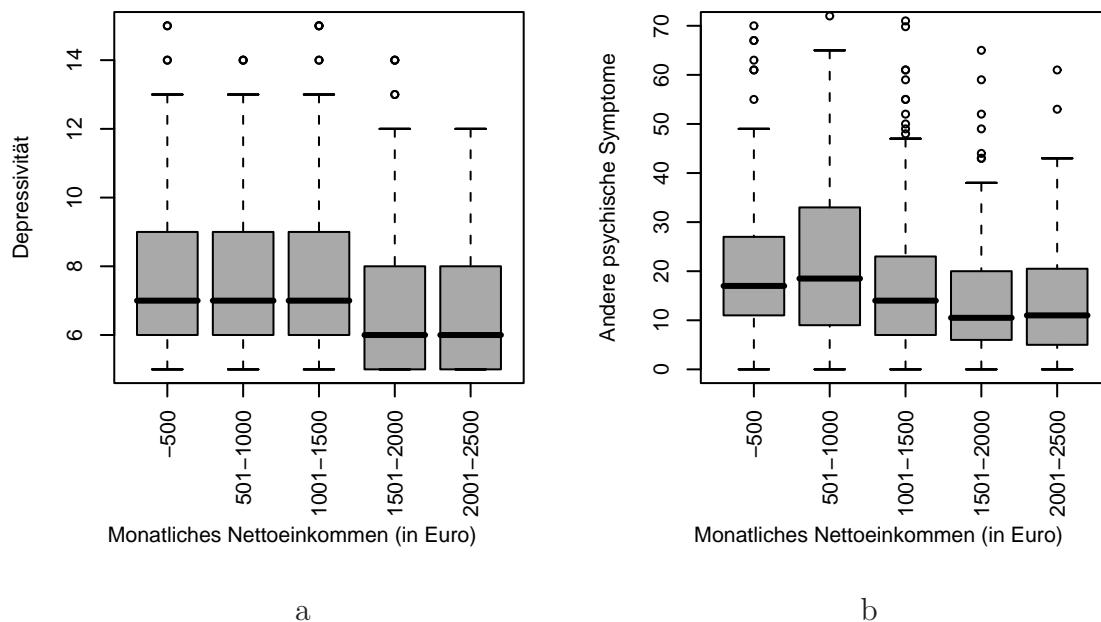


Abbildung 2.17. Monatliches Netto-Einkommen und der Zusammenhang mit Depressivität (a) und anderen psychischen Symptomen (b) (Gesamte Stichprobe)

Es finden sich keine signifikanten Interaktionseffekte. Post-hoc-Vergleiche deuten darauf hin, dass die Depressivität in der höchsten Einkommensschicht (> 2500 Euro) weniger stark ausgeprägt ist, im Vergleich zur niedrigsten (bis 500 Euro), ($t = -2.88, p = .03$), und im Vergleich zur Einkommensklasse von 1501-2000 Euro, ($t = -2.70, p = .05$).

Bezüglich anderer psychischer Symptome zeigt sich in den Post-hoc-Tests, dass die höchste Einkommensschicht weniger Symptome aufweist im Vergleich zur niedrigsten Einkommensschicht ($t = -2.11, p < .01$) und zur zweitniedrigsten Einkommensschicht (500-1000 Euro), $t = -4.05, p < .05$. TeilnehmerInnen mit einem Einkommen von 2000-

2500 Euro haben weniger psychische Symptome im) Vergleich zu den am wenigsten ($t = -3.46, p < .01$) und am zweitwenigsten ($t = -3.57, p < .01$) verdienenden TeilnehmerInnen.

Suizidgedanken sind je nach Einkommen unterschiedlich stark ausgeprägt, $\chi^2(4, 601) = 11.25, p = .02$. Einzelvergleiche zeigen, dass am wenigsten verdienende Gruppe (bis 500 Euro Netto-Monatseinkommen) mehr Suizidgedanken haben als die Gruppe der Personen, die zwischen 1501-2000 Euro verdient ($OR = 2.38, CI = 1.20 - 4.74$). Gleiches gilt für die Gruppe der zwischen 501-1000 Euro verdienenden Personen ($OR = 2.08, CI = 1.11 - 3.90$). Der Zusammenhang mit jemals durchgeführten Suizidversuchen ist nicht signifikant ($\chi^2(4, 605) = 6.00, p = .20$).

Weder für die Depressivität und andere psychische Symptome, noch für Suizidalität fanden sich Interaktionen des Einkommens mit dem Geschlecht und/oder der sexuellen Orientierung.

Beschäftigungsstand

Es zeigte sich zwar kein Haupteffekt für den Beschäftigungsstand auf die Depressivität, jedoch ein Interaktionseffekt mit der sexuellen Orientierung ($F(3, 615) = 3.01, p = .03$), d.h. in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung der TeilnehmerInnen war der Zusammenhang zwischen Beschäftigungsstand und Depressivität verschieden, wie in Abbildung 2.18a ersichtlich ist.

Für andere psychische Symptome findet sich ein Haupteffekt für den Beschäftigungsstand $F(4, 615) = 3.44, p < .05$, und ein Interaktionseffekt, ähnlich wie vorhin geschildert bei der Depressivität (s. Abb. 2.18b). Post-hoc-Einzelvergleiche zeigen nur einen signifikanten Unterschied zwischen erwerbstätigen und arbeits- oder erwerbslosen TeilnehmerInnen ($t = -3.14, p < .01$).

Für die Häufigkeit von ernsthaften Suizidgedanken im letzten Jahr fand sich kein Unterschied je nach Beschäftigungsstand. Jedoch ist der Effekt des Beschäftigungsstandes auf jemals durchgeführte Suizidversuche signifikant, $\chi^2(3, 619) = 8.43, p = .04$. Einzelvergleiche mit Erwerbstätigen als Referenzkategorie zeigen, dass arbeitslose Personen mehr über Suizidgedanken berichten ($OR = 3.03, CI = 1.16 - 7.91$).

Stadt/Land

Für diese Variable fanden sich keine Unterschiede in der Depressivität, anderen psychischen Symptomen, und allen Indikatoren für Suizidalität. Außerdem waren alle Interaktionseffekte mit dem Geschlecht und/oder der sexuellen Orientierung nicht signifikant.

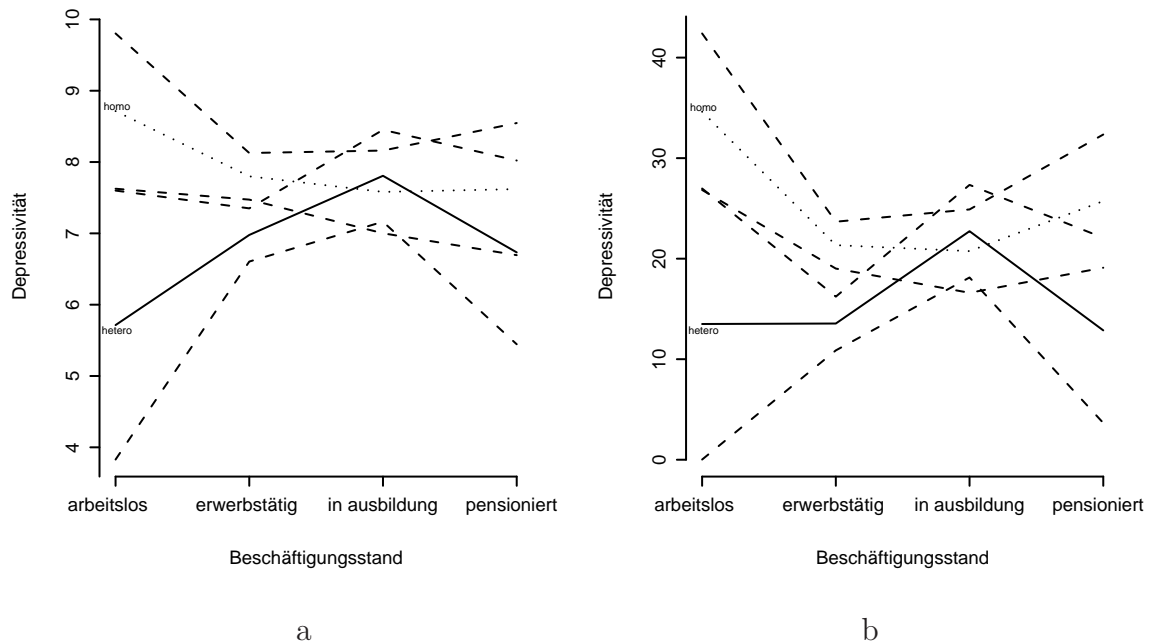


Abbildung 2.18. Beschäftigungsstand und Depressivität (a) bzw. anderen psychische Symptome (b) in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung. Die vollen Linien sind die Ergebnisse für homo- und bisexuelle, die punktierten Linien für heterosexuelle TeilnehmerInnen. Die Konfidenzintervallgrenzen sind strichliert gezeichnet

Bundesland

Zweifaktorielle Varianzanalysen ergaben, dass die salzburger Befragten der Untersuchungs- und der Kontrollgruppe geringfügig weniger depressiv sind verglichen mit TeilnehmerInnen anderer Bundesländer, $MW = 7.24, SD = 2.37$ vs. $MW = 7.79, SD = 2.73$, $F(1, 620) = 7.20, p < .01, r^* = .11$. Es fanden sich keine signifikanten Effekte für das Geschlecht und keine Interaktionseffekte mit dem Geschlecht und/oder der sexuellen Orientierung.

Mit den anderen psychischen Symptomen verhält es sich ebenso: nicht-salzburger haben geringfügig höhere Werte als salzburger TeilnehmerInnen, $MW = 21.29, SD = 19.96$ vs. $MW = 17.86, SD = 17.20$, $F(1, 620) = 5.42, p = .02, r^* = .09$.

Für die Suizidalitätsvariablen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen salzburger und anderen TeilnehmerInnen, und keine Interaktionseffekte mit dem Geschlecht und/oder der sexuellen Orientierung.

Muttersprache

Keine signifikanten Haupt- und Interaktionseffekte erschienen für Depressivität, andere psychische Symptome und Suizidgedanken im letzten Jahr. Jedoch fand sich ein signifikanter Zusammenhang mit jemals durchgeführten Suizidversuchen $\chi^2(1, 625) = 4.66, p = .03$. Um den Einfluss eines möglichen Doppelstigmas auf Suizidversuche abzuschätzen, wurde eine getrennte Analyse für jene Personen mit deutscher und nicht-deutscher Muttersprache gerechnet. Homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen mit deutscher Muttersprache hatten signifikant häufiger Suizidversuche durchgeführt (43 von 347, 12%) als heterosexuelle TeilnehmerInnen mit deutscher Muttersprache (4 von 263, 2%), $OR = 8.82, CI = 3.50 - 30.24$. Homo- und bisexuelle TeilnehmerInnen mit nicht-deutscher Muttersprache hatten ebenfalls häufig Suizidversuche durchgeführt (4 von 11, 36%). Weil keine heterosexuellen TeilnehmerInnen mit nichtdeutscher Muttersprache einen Suizidversuch durchführten, kann keine Analyse gerechnet werden. Da nur sehr wenige TeilnehmerInnen mit nichtdeutscher Muttersprache in der Stichprobe sind, geht die Variable "Muttersprache" nicht in die nachfolgenden Analysen ein. Dass 36% der nichtdeutschsprachigen homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen einen Suizidversuch berichteten, ist besorgniserregend, und sollte Anlass für weiterführende Untersuchungen sein.

Glaubensgemeinschaft

Depressivität und andere psychische Symptome hingen nicht mit der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft zusammen. Ebenso nicht Suizidgedanken, jedoch konnte für jemals durchgeführte Suizidversuche ein Zusammenhang gefunden werden, $\chi^2(1, 625) = 11.66, p < .01$. Verglichen mit römisch-katholischen haben gegenwärtig evangelische TeilnehmerInnen weniger, aber nicht statistisch signifikant weniger Suizidversuche durchgeführt $OR = 0.31, CI = 0.04 - 2.40$. TeilnehmerInnen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören ($OR = 2.12, CI = 1.14 - 3.96$) oder einer anderen als der evangelischen oder katholischen ($OR = 5.97, CI = 1.35 - 26.44$) haben statistisch signifikant gehäuft Suizidversuche angegeben.

2.8 Spezifische Risikofaktoren, psychische Gesundheit und Suizidalität

Die Zusammenhänge zwischen den spezifischen Risikofaktoren, die nur bei den homo- und bisexuellen Befragten vorkommen können, und der Depressivität, anderen psychischen Symptomen, und Indikatoren für Suizidalität sind in Tabelle 2.50 abgebildet. Signifikante Interaktionen mit dem Geschlecht sind mit "G" gekennzeichnet, Interaktionen mit der

sexuellen Orientierung (homo- vs. bisexuell) mit “O”, Interaktionen mit dem Risikofaktor mit “RF”.

Depressivität

Statistisch signifikante Zusammenhänge mit der Depressivität fanden sich für die Faktoren Offenheit im sozialen Netz, Offenheit gegenüber dem Vater, der Familie und gegenüber den FreundInnen. Die Richtung des Zusammenhangs war derart, dass die TeilnehmerInnen weniger depressiv waren, je offener sie (bezüglich ihrer sexuellen Orientierung) lebten.

Es fanden sich einige Interaktionseffekte, d.h. die Depressivität war bezüglich der Offenheit im sozialen Netz verschieden stark ausgeprägt, in Abhängigkeit von der sexuellen Orientierung und teilweise des Geschlechts. Für die Offenheit im gesamten angegebenen sozialen Netz zeigte sich eine Dreifach-Interaktion, d.h. je weniger bisexuelle Frauen geoutet waren, umso depressiver waren sie auch ($\rho = -.40, p < .01$), im Gegensatz zu den homosexuellen Frauen, bei denen sich kein solcher Zusammenhang fand ($\rho = -.03, p = .79$). Dieser Unterschied war bei den Männern nicht vorhanden, d.h. homosexuelle Männer ($\rho = -.10, p < .16$) und bisexuelle Männer ($\rho = -.08, p < .16$) waren kaum depressiver, je weniger geoutet sie waren (s. Tab. 2.49).

Tabelle 2.49. Depressivität in Abhängigkeit von der Offenheit im sozialen Netz, dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung

	df	SS	MS	F	P
Offenheit	1	79.53	79.53	12.36	0.00
Geschlecht	1	17.45	17.45	2.71	0.10
Sex. Orientierung	1	0.11	0.11	0.02	0.90
Offenheit x Geschlecht	1	5.18	5.18	0.81	0.37
Offenheit x Sex. Orientierung	1	4.22	4.22	0.66	0.42
Geschlecht x Orientierung	1	0.55	0.55	0.09	0.77
Offenheit x Geschlecht x Orientierung	1	61.93	61.93	9.62	0.00
Residuals	330	2123.49	6.43		

Für die Offenheit gegenüber dem Vater fand sich ein Interaktionseffekt ($F(1, 251) = 4.41, p = .04$) mit der sexuellen Orientierung, d.h. je weniger bisexuelle TeilnehmerInnen ihrem Vater gegenüber geoutet waren, umso depressiver waren sie ($\rho = -.36, p < .01$), während sich bei homosexuellen kein solcher Zusammenhang fand ($\rho = -.03, p = .67$).

Daneben zeigte sich ein Haupteffekt für die Offenheit ($F(1, 251) = 4.13, p = .04$), jedoch nicht für die sexuelle Orientierung. Der prinzipiell gleiche, knapp nicht signifikante Interaktionseffekt zeigt sich bezüglich Depressivität und Offenheit gegenüber der Familie ($F(1, 309) = 3.14, p = .08$), d.h. bisexuelle Befragte waren umso depressiver, je weniger offen sie gegenüber ihrer Familie waren ($\rho = -.34, p < .01$), während dies bei homosexuellen TeilnehmerInnen nicht der Fall war ($\rho = -.06, p = .381$). Der Haupteffekt für die sexuelle Orientierung war ebenfalls signifikant ($F(1, 309) = 5.44, p = .02$). Schließlich findet sich der Interaktionseffekt auch bei der Offenheit gegenüber den FreundInnen ($F(1, 297) = 5.00, p = .03$), d.h. bisexuelle TeilnehmerInnen waren umso depressiver, je weniger offen sie gegenüber ihren FreundInnen waren ($\rho = -.18, p = .08$), während dies bei homosexuellen TeilnehmerInnen nicht der Fall war ($\rho = .08, p = .27$). Der Haupteffekt für die sexuelle Orientierung war wiederum signifikant ($F(1, 297) = 4.01, p = .05$).

Den stärksten Zusammenhang eines spezifischen Risikofaktors mit Depressivität fand sich für die internalisierte Homophobie ($r = .36$), d.h. je negativer die Befragten gegenüber ihrer eigenen sexuellen Orientierung eingestellt waren, umso depressiver waren sie. Je weniger die TeilnehmerInnen mit ihren homo- oder bisexuellen FreundInnen zufrieden waren, umso depressiver waren sie. Bezüglich Gewalt- und Diskriminierungserlebnissen zeigte sich nur für die familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung ein signifikanter Zusammenhang mit der Depressivität. Bezüglich der sozialen Unterstützung fanden sich signifikante Zusammenhänge für die Faktoren: mit der Mutter und mit der Familie über die sexuelle Orientierung reden können, d.h. je besser über die Homo- oder Bisexualität gesprochen werden konnte, umso weniger depressiv waren die TeilnehmerInnen.

Andere psychische Symptome

Bezüglich anderer psychischer Symptome zeigten sich signifikante Zusammenhänge mit den Faktoren Offenheit im sozialen Netz, gegenüber dem Vater und der Familie (je offener, umso weniger Symptome). Für die internalisierte Homophobie fand sich mit $r = .35$ die höchste Korrelation. Bezüglich der Zufriedenheit mit den homo- oder bisexuellen FreundInnen zeigte sich eine Interaktion mit dem Geschlecht ($F(1, 350) = 7.77, p = .01$): Männer hatten mehr psychische Symptome, je weniger zufrieden sie mit ihren homo- bzw. bisexuellen FreundInnen waren ($\rho = .21, p < .01$), während bei Frauen kein solcher Zusammenhang zu finden war ($\rho = -.02, p = .79$). Der Haupteffekt für die Zufriedenheit war ebenfalls signifikant ($F(1, 350) = 18.43, p < .01$). Signifikante Zusammenhänge fanden sich bezüglich Diskriminierungs- und Gewalterlebnissen und für familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung. Andere psychische Symptome und soziale Unterstützung hingen besonders stark zusammen. So fielen Zusammenhänge mit den folgenden Faktoren signifikant aus: Im gesamt angegebenen sozialen Netz, mit der Mut-

Table 2.50. Zusammenhang spezifischer Risikofaktoren mit Depressivität, anderen psychischen Symptomen und Suizidalität

	Depressivität	Andere Symptome	Suizidgedanken 12 Monate	Suizidversuche Lebenszeit
Geoutet im soz. Netz				
Gesamt	<u>$r(336) = -.19$</u> alle Terme	<u>$r(338) = -.16$</u> $N = 337, \rho = -.13$	$N = 339, \rho = -.04$	
Mutter	$r(293) = -.06$	$N = 295, \rho = -.05$	$\phi(293) = +.05$	
Vater	<u>$r(253) = -.13$</u> RF*O	<u>$r(255) = -.15$</u> $N = 256, \rho = -.20$	$\phi(253) = +.02$	
Familie	<u>$r(311) = -.13$</u> RF*O	<u>$r(312) = -.12$</u> $N = 313, \rho = -.15$	$N = 314, \rho = +.05$	
Freunde	<u>$r(299) = -.12$</u> O,RF*O	<u>$r(299) = -.06$</u> $N = 299, \rho = -.17$	$N = 301, \rho = +.01$	
Internalisierte Homophobie	<u>$r(350) = +.36$</u>	<u>$r(351) = -.35$</u> $N = 351, \rho = +.16$	$N = 353, \rho = +.03$	
Alter beim Coming Outs	$r(337) = +.01$	$r(337) = -.05$ $N = 337, \rho = +.07$	$N = 339, \rho = -.07$	
Szeneinvolvertheit	$r(351) = -.08$	$r(352) = -.09$ $N = 352, \rho = -.04$	$N = 354, \rho = -.07$	
Zufriedenheit m. homosex. FreundInnen	<u>$N = 343, \rho = +.15$</u>	$N = 344, \rho = +.11$ $N = 342, \rho = +.11$	$N = 341, \rho = -.04$	

RF*G

Table 2.50. Fortsetzung

	Depressivität		Andere Symptome		Suizidgedanken		Suizidversuche	
					12 Monate	Lebenszeit		
Poppers (Männer)	$N = 357, \rho = -.06$	$N = 358, \rho = -.01$	$N = 242, \rho = -.04$	$N = 241, \rho = +.04$				
Diskriminierung								
Gewalt _a	$r(355) = +.07$	$r(356) = +.11$	$N = 356, \rho = +.09$	$N = 358, \rho = +.15$				
Körperl. Gewalt _a	$r(355) = +.04$	$r(356) = +.05$	$N = 356, \rho = +.06$	$N = 358, \rho = +.03$				
Familiäre Gewalt _a	$r(355) = +.11$	$r(356) = +.13$	$N = 356, \rho = +.07$	$N = 358, \rho = +.12$				
Soz. Unterstützung _a								
Offen reden können								
Gesamt	$r(333) = -.06$	$r(334) = -.13$	$N = 334, \rho = +.03$	$N = 336, \rho = -.01$				
Mutter	$N = 230, \rho = -.17$	$N = 231, \rho = -.17$	$N = 230, \rho = +.01$	$N = 231, \rho = +.08$				
Vater	$N = 170, \rho = -.09$	$N = 171, \rho = -.31$	$N = 171, \rho = -.06$	$N = 171, \rho = +.07$				
Familie	$r(259) = -.14$	$r(260) = -.14$	$N = 261, \rho = +.00$	$N = 262, \rho = +.07$				
Freunde	$r(295) = -.05$	$r(295) = -.13$	$N = 295, \rho = -.08$	$N = 297, \rho = -.07$				

Tabelle 2.50. Fortsetzung

	Depressivität	Andere Symptome	Suizidgedanken 12 Monate	Suizidversuche Lebenszeit
Erste Reaktion^b				
Gesamt	$r(333) = -.08$	$\mathbf{r(334) = -.15}$	$N = 334, \rho = -.01$	$N = 336, \rho = -.07$
Mutter	$N = 227, \rho = -.13$	$N = 227, \rho = -.21$	$N = 226, \rho = -.11$	$N = 227, \rho = -.08$
Vater	$N = 168, \rho = -.10$	$N = 168, \rho = -.19$	$N = 168, \rho = -.08$	$N = 168, \rho = +.00$
Familie	$r(257) = -.13$	$\mathbf{r(258) = -.19}$	$N = 259, \rho = -.11$	$N = 260, \rho = -.04$
Freunde	$r(295) = -.02$	$r(295) = -.07$	$N = 295, \rho = +.00$	$N = 297, \rho = -.10$
Jetzige Reaktion^c				
Gesamt	$r(333) = -.07$	$\mathbf{r(334) = -.12}$	$N = 334, \rho = -.07$	$N = 336, \rho = -.06$
Mutter	$N = 227, \rho = -.10$	$N = 227, \rho = -.23$	$N = 226, \rho = -.10$	$N = 227, \rho = -.05$
Vater	$N = 166, \rho = -.11$	$N = 166, \rho = -.24$	$N = 166, \rho = -.14$	$N = 166, \rho = -.01$
Familie	$r(258) = -.10$	$\mathbf{r(259) = -.15}$	$N = 260, \rho = -.08$	$N = 261, \rho = -.07$
Freunde	$r(295) = -.01$	$r(295) = -.06$	$N = 295, \rho = -.07$	$N = 297, \rho = -.10$

Ann.: ^a bezogen auf die sexuelle Orientierung, ^b bezogen auf das Coming Out, ^c bezogen auf die sexuelle Orientierung

ter, dem Vater, der Familie und den FreundInnen über die sexuelle Orientierung reden können; die erste Reaktion auf das Coming Out des gesamten sozialen Netzes, der Mutter, des Vaters und der Familie, und der jetzigen Reaktion auf die sexuelle Orientierung des gesamten sozialen Netzes, der Mutter, des Vaters und der Familie. Die Reaktionen der FreundInnen waren mit wenigen Ausnahmen sehr positiv, wahrscheinlich deshalb ist der Zusammenhang mit anderen psychischen Symptomen nicht signifikant (Deckeneffekt).

Suizidgedanken

Suizidgedanken im letzten Jahr korrelierten negativ mit den Faktoren Offenheit im sozialen Netz, gegenüber dem Vater, der Familie und den FreundInnen; negativ mit der Zufriedenheit mit den homo- oder bisexuellen FreundInnen, und positiv mit der internalisierten Homophobie.

Jemals durchgeführte Suizidversuche

Signifikante Zusammenhänge fanden sich nur für die Faktoren Diskriminierung/Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung und familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung.

Bewertung der spezifischen Risikofaktoren

Auffallend ist, dass die internalisierte Homophobie am höchsten mit den Indikatoren für psychische Gesundheit und Suizidalität korreliert.

Die jetzige familiäre Reaktion und die Offenheit gegenüber der Familie korreliert mit anderen psychischen Symptomen und der derzeitigen Suizidversuchsgefährdung. Dies ist insofern interessant, als dass die meisten TeilnehmerInnen (68%) mindestens 30 Jahre alt sind, und man annehmen könnte, dass viele nicht mehr in der Ursprungsfamilie leben. Auffallend ist auch, dass bezüglich der Offenheit gegenüber den Eltern nur Zusammenhänge mit dem Vater statistisch signifikant sind. Die Beziehung mit dem Vater könnte demnach viel Einfluss auf das gesamte Klima in der Familie haben.

Für einige in der Literatur beschriebene Faktoren konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden: Alter des Coming Out, Szeneinvolviertheit und Gebrauch von Poppers,

2.9 Allgemeine Risikofaktoren, psychische Gesundheit und Suizidalität

In den folgenden Abschnitten wird der Zusammenhang der Risikofaktoren mit Depressivität, anderen psychischen Symptomen, Suizidgedanken und jemals durchgeführten Suizidversuchen untersucht und für jede dieser Variablen tabellarisch dargestellt (z.B. 2.51). In der zweiten Spalte wird angegeben, ob für den jeweiligen Risikofaktor die Stresshypothese bestätigt (+) oder nicht bestätigt (-) ist. Bestätigt ist die Stresshypothese dann, wenn der Risikofaktor in der Gruppe der homo bzw. bisexuellen TeilnehmerInnen stärker ausgeprägt ist, bzw. wenn ein Schutzfaktor weniger stark ausgeprägt ist. In der dritten Spalte wird der Haupteffekt für den Risikofaktor angegeben, und zwar nur dann, wenn sich ein statistisch signifikanter Effekt zeigte. Dabei wurde in einem ersten Schritt ein saturiertes Modell des Risikofaktors gemeinsam mit der sexuelle Orientierung und dem Geschlecht gerechnet. Nicht signifikante Terme wurden schrittweise aus dem Modell genommen, und das Modell wurde neu gerechnet. In der vierten und fünften Spalte sind die Korrelationskoeffizienten für die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe angegeben, um einerseits die Größe des Zusammenhanges mit dem Risikofaktors und andererseits Interaktionseffekte sichtbar zu machen. Ist der Interaktionseffekt Risikofaktor x Sexuelle Orientierung statistisch signifikant, ist er in der letzten Spalte angegeben. Ist die Korrelationen des Risikofaktors bei homo- oder bisexuellen Befragten größer als bei heterosexuellen TeilnehmerInnen, stützt dies die Vulnerabilitätshypothese. Statistisch signifikante Interaktionen waren eher selten, vor allem bei den Suizidalitätsvariablen, obwohl die Korrelationen zum Teil stark unterschiedlich sind. Ein möglicher Grund ist, dass Suizidalität in der Kontrollgruppe eher rar ist, d.h., dass die Zellenbesetzung zu klein ist. Deshalb wurde in der letzten Spalte der Tabelle mit einem “+” angedeutet, dass die Korrelationen in der Untersuchungsgruppe mindestens zweimal so groß ist wie in der Kontrollstichprobe, und zumindest eine Korrelation statistisch signifikant ist, d.h., wenn die Ergebnisse zumindest tendenziell für die Vulnerabilitätshypothese sprechen. Korrelationsunterschiede gegen die Vulnerabilitätshypothese wurden mit einem “-” vermerkt.

2.9.1 Depressivität

Zunächst werden die Interaktionseffekte diskutiert, um die Verschiedenartigkeit des Einflusses eines Risikofaktors in den unterschiedlichen Gruppen zu verdeutlichen.

Für die Geschlechtsrolle fand sich ein Interaktionseffekt mit dem Geschlecht ($F(3, 606) = 5.86, p < .01$), der in Abbildung 2.19 ersichtlich ist. Konforme Männer waren weniger depressiv als konforme Frauen, nonkonforme Männer waren depressiver als nonkonforme

Tabelle 2.51. Allgemeine Risikofaktoren und Depressivität

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH _c (Interaktion)
Diskriminierung/Gewalt		$F(1, 621) = 5.19^*$	$r(357) = .07$	$r(267) = .11$	
Körperliche Gewalt		–	$r(357) = .02$	$r(267) = .04$	
Familiäre Gewalt		$F(1, 620) = 12.31^{**}$	$r(357) = .11^*$	$r(267) = .18^{**}$	
Soziale Unterstützung	+	$F(1, 597) = 31.26^{**}$	$r(339) = -.22^{**}$	$r(262) = -.20^{**}$	
Soziale Unterstützung Mutter	+	$F(1, 533) = 11.17^{**}$	$r(301) = -.18^{**}$	$r(236) = -.03$	+
Soziale Unterstützung Vater	++	$F(1, 466) = 11.17^{**}$	$r(260) = -.17^{**}$	$r(209) = -.16^*$	
Soziale Unterstützung Familie	++	$F(1, 558) = 27.59^{**}$	$r(314) = -.24^{**}$	$r(248) = -.13^*$	
Soziale Unterstützung Freunde		$F(1, 513) = 12.70^{**}$	$r(306) = -.15^{**}$	$r(211) = -.17^*$	
Maskulinität		$F(1, 618) = 56.85^{**}$	M: $r(242) = -.23^{**}$ F: $r(114) = -.35^{**}$	$r(177) = -.22^{**}$ $r(89) = -.14$	+
Feminität	IG _b		M: $r(242) = .04$ F: $r(114) = .03$	$r(177) = -.12$ $r(89) = -.18$	
Geschlechtsrolle	+	$F(3, 613) = 4.58^{**}$	–	–	
HIV-Status	+	$F(2, 613) = 3.70^*$	–	–	
Suizidversuche im soz. Netz	+		$\rho(350) = .03$	$\rho(265) = .14^*$	– $F(1, 611) = 5.40^*$
Suizide im sozialen Netz			$\rho(350) = .01$	$\rho(266) = .15^*$	– $F(1, 612) = 4.87^*$
Suizidversuche Nahestehender	+		$\rho(350) = .01$	$\rho(265) = .17^{**}$	– $F(1, 611) = 5.80^*$

Tabelle 2.51. Fortsetzung

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH _c (Interaktion)
Suizide von Nahestehenden			$\rho(350) = . - 03$	$\rho(266) = .17^{**}$	$- F(1, 612) = 11.90^{**}$
Existenzielle Motivation	+	$F(1, 620) = 435.42^{**}$	$r(357) = -.68^{**}$	$r(267) = -.56^{**}$	
Hoffnungslosigkeit	+	$F(1, 619) = 234.08^{**}$	$r(356) = .58^{**}$	$r(267) = .39^{**}$	
Selbstwert	+	$F(1, 620) = 269.63^{**}$	$r(357) = -.57^{**}$	$r(267) = -.49^{**}$	
Alkoholkonsum		$F(1, 620) = 1.78$	$\rho(357) = .09$	$\rho(267) = .14^*$	$- F(1, 620) = 4.27^*$
Tranquilizer	+	$F(1, 620) = 27.08^{**}$	$\rho(357) = .17^{**}$	$\rho(267) = .14^*$	
Sexuelle Inaktivität (12mon)		$F(1, 615) = 7.55^{**}$	$\rho(355) = -.13^*$	$\rho(267) = .03$	$+ F(1, 615) = .09$
Anzahl Sexualpartner (12mon)	++		$\rho(356) = .00$	$\rho(266) = .08$	
Schwierig. b. Partnerfindung	+	$F(1, 596) = 37.88^{**}$	$\rho(349) = -.26^{**}$	$\rho(251) = -.12^{**}$	$+$
Ungeschützter Sexualverkehr	+		$\rho(349) = .07$	$\rho(260) = .02$	
Alter der Mutter			$\rho(356) = .03$	$\rho(263) = .00$	
Suizidversuche (jemals)	+	$F(1, 621) = 36.17^{**}$	$\rho(357) = .22^{**}$	$\rho(260) = .10$	$+$

Anm.: ^aEin Plus steht für die Bestätigung der Stresshypothese für den Risikofaktor. Im Falle von kategorialen Variablen mit mehr als drei Stufen stellen die Plus/Minuszeichen keine Effektstärken dar, sondern nur, dass ein signifikanter Effekt vorliegt. ^bInteraktionseffekt mit dem Geschlecht. ^cEin Plus steht für die Bestätigung der Vulnerabilitätshypothese, d.h. der Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Depressivität ist bei homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen höher als bei heterosexuellen Befragten. M: Männliche TeilnehmerInnen, F: weibliche TeilnehmerInnen.

Frauen, unabhängig von der sexuellen Orientierung. Einzelvergleiche ergeben signifikante Unterschiede zwischen androgynen und undifferenzierten Befragten ($t = -3.23, p < .01$) und knapp nicht signifikante Unterschiede zwischen konformen und undifferenzierten TeilnehmerInnen ($t = -2.46, p = .06$), wobei jeweils die undifferenzierten TeilnehmerInnen die höchsten Depressivitätswerte zeigten (Abb. 2.19).

Die Befragten gaben je nach HIV-Status unterschiedliche Depressivitätswerte an, wie in Abbildung 2.20 zu sehen ist, wiederum unabhängig von der sexuellen Orientierung. Ein Post-Hoc-Einzelvergleichstest zeigt nur einen signifikanten Unterschied zwischen TeilnehmerInnen mit einem HIV-negativen und einem unbekanntem HIV-Status ($t = -2.45, p = .03$). Aufgrund der wenigen TeilnehmerInnen, die einen positiven HIV-Status angaben, ist es nicht verwunderlich, dass die Unterschiede in den Einzelvergleichen zwischen HIV-positiven und HIV-negativen TeilnehmerInnen nicht statistisch signifikant sind, obwohl die Depressivität bei HIV-positiven TeilnehmerInnen am höchsten ist.

Für Suizidversuche im sozialen Netz zeigte sich eine Interaktion entgegen der Vulnerabilitätshypothese, d.h. heterosexuelle Befragte waren depressiver, je mehr Suizidversuche oder je mehr Suizide im sozialen Netz durchgeführt wurden, bei homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen fand sich kein solcher Zusammenhang. Bei den Suiziden und Suizidversuchen im sozialen Netz fanden sich die gleichen Effekte. Die existentielle Motivation korreliert je nach Geschlecht geringfügig unterschiedlich stark mit der Depressivität $F(1, 616) = 7.06, p < .01$, und zwar bei Männern mit $r = -.64$, bei Frauen mit $r = -.67$. Für den Alkoholkonsum im letzten Monat zeigte sich ebenfalls eine Interaktion entgegen der Vulnerabilitätshypothese, d.h. je mehr Alkohol heterosexuelle Befragte tranken, umso ausgeprägter waren die Depressivitätswerte, bei homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen fand sich kein solcher Zusammenhang. Für die sexuelle Inaktivität findet sich ein knapp nicht statistisch signifikanter Interaktionseffekt, der die Vulnerabilitätshypothese bestätigt, d.h. während bei sexuell inaktiv und aktiv lebenden heterosexuellen TeilnehmerInnen die Depressivitätswerte in etwa gleich hoch sind, finden sich bei homo- und bisexuellen Befragten höhere Depressivitätswerte bei den sexuell inaktiv lebenden.

Die Vulnerabilitätshypothese wird durch die Ergebnisse für die Risikofaktoren soziale Unterstützung durch die Mutter, Femininität (bei den Frauen), sexuelle Inaktivität, Schwierigkeiten in der PartnerInnenfindung, und jemals durchgeführte Suizidversuche bestätigt, weil sich hier größere Zusammenhänge bei homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen finden als bei heterosexuellen TeilnehmerInnen. Umgekehrte Zusammenhänge, d.h. eine Schwächung der Vulnerabilitätshypothese, ergaben sich für die Suizidalität im sozialen Netz und Alkoholkonsum.

Für einige Faktoren fand sich eine Bestätigung der Stress- *und* der Vulnerabilitätshypothese, d.h. der Risikofaktor war bei homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen ausgeprägter als bei heterosexuellen, und der Zusammenhang des Risikofaktors mit De-

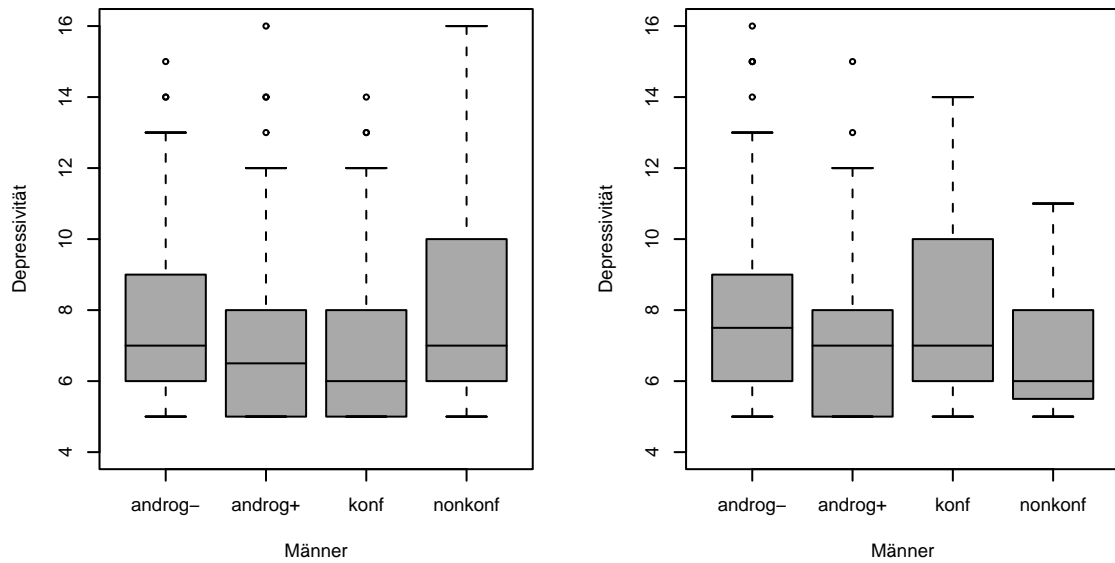


Abbildung 2.19. Depressivität in Abhängigkeit von der Geschlechtsrolle bei Männern (a) und Frauen (b) (gesamte Stichprobe). Mit “androg-” sind undifferenzierte TeilnehmerInnen gemeint.

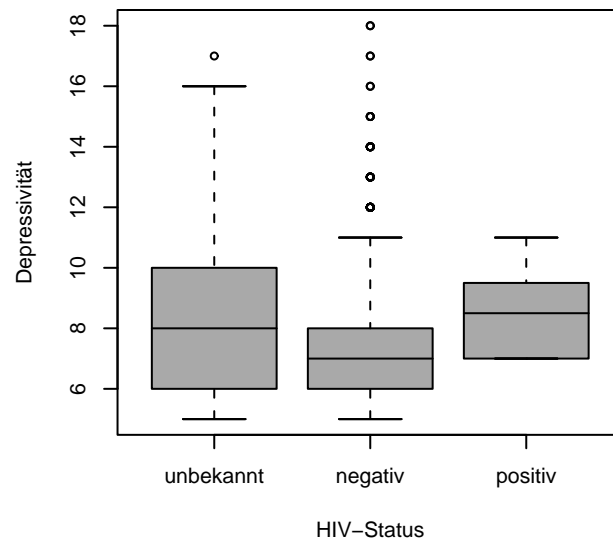


Abbildung 2.20. Depressivität in Abhängigkeit vom HIV-Status (Gesamte Stichprobe)

pressivität war in der Untersuchungsgruppe ebenfalls ausgeprägter. Risikofaktoren mit stärkerer Ausprägung und - bei kausaler Interpretation - stärkerem Einfluss auf die psychische Gesundheit sind von besonderem Interesse. Dies war für die Faktoren soziale Unterstützung durch die Mutter, Schwierigkeit bei der PartnerInnenfindung und Suizidversuche der Fall. Umgekehrt war für einige Faktoren zwar die Stresshypothese gestützt, die Vulnerabilitätshypothese aber geschwächt. Es handelt sich also um Risikofaktoren mit stärkerer Ausprägung aber - bei kausaler Interpretation - geringerem Einfluss auf die psychische Gesundheit bei homo- oder bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Befragten, also um eine gewisse Resilienz für die negative Wirkung von Stress. Dies war bei den Faktoren Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen der Fall.

2.9.2 Andere psychische Symptome

Die Zusammenhänge von anderen psychischen Symptomen mit den allgemeinen Risikofaktoren sind in Tabelle 2.52 dargestellt. Für Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen fand sich eine knapp nicht signifikante Interaktion mit der sexuellen Orientierung entgegen der Vulnerabilitätshypothese, d.h. der Zusammenhang zwischen psychischen Symptomen und Gewalt war bei heterosexuellen TeilnehmerInnen höher als bei homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen. Es gab auch eine knapp nicht statistisch signifikante Interaktion mit dem Geschlecht ($F(1, 616) = 3.77, p = .05$); die sich durch die etwas stärkeren Korrelationen bei Frauen als bei Männern ergibt. Auch die dreifach-Interaktion Symptome x Geschlecht x sexuelle Orientierung ist signifikant ($F(1, 616) = 4.55, p = .03$), vermutlich deshalb, weil die Unterschiede der Korrelationen zwischen homo- und heterosexuellen Männern stärker sind als zwischen homo- und heterosexuellen Frauen (s. Tab. 2.52). Eine Dreifachinteraktion fand sich auch für die körperlichen Gewalterfahrungen ($F(1, 616) = 10.96, p < .01$), d.h. der Zusammenhang zwischen körperlicher Gewalt und anderen psychischen Symptomen ist abhängig von der sexuellen Orientierung und vom Geschlecht, wie die vier verschiedenen Korrelationen in Tabelle 2.52 andeuten. Für die Maskulinität fand sich ein knapp nicht statistisch signifikanter Interaktionseffekt mit dem Geschlecht, d.h. der Zusammenhang zwischen Maskulinität und psychischen Symptomen war bei Männern geringer als bei Frauen ($F(1, 617) = 20.03, p < .01, r = -.26$ vs. $r = -.37$). Für die Femininität ergab sich ein knapp statistisch signifikanter Interaktionseffekt, d.h. der Zusammenhang zwischen Femininität und Symptomausprägung war in der Untersuchungsstichprobe größer als in der Kontrollstichprobe. Für die Männer stützt dies die Vulnerabilitätshypothese, nicht jedoch für die Gruppe der Frauen. Für die Geschlechtsrolle fand sich ein Interaktionseffekt mit dem Geschlecht ($F(3, 614) = 7.68, p < .01$), der in Abbildung 2.21 ersichtlich ist. Konforme Männer hatten weniger psychische Symptome als konforme Frauen, nonkonforme Männer hatten

weniger Symptome als nonkonforme Frauen. Einzelvergleiche ergeben signifikante Unterschiede zwischen androgynen und undifferenzierten TeilnehmerInnen ($t = -2.91, p = .02$) und knapp nicht signifikante Unterschiede zwischen konformen und undifferenzierten Befragten ($t = -2.39, p = .07$), wobei jeweils die undifferenzierten TeilnehmerInnen die ausgeprägtesten psychischen Symptome zeigten (Abb. 2.21).

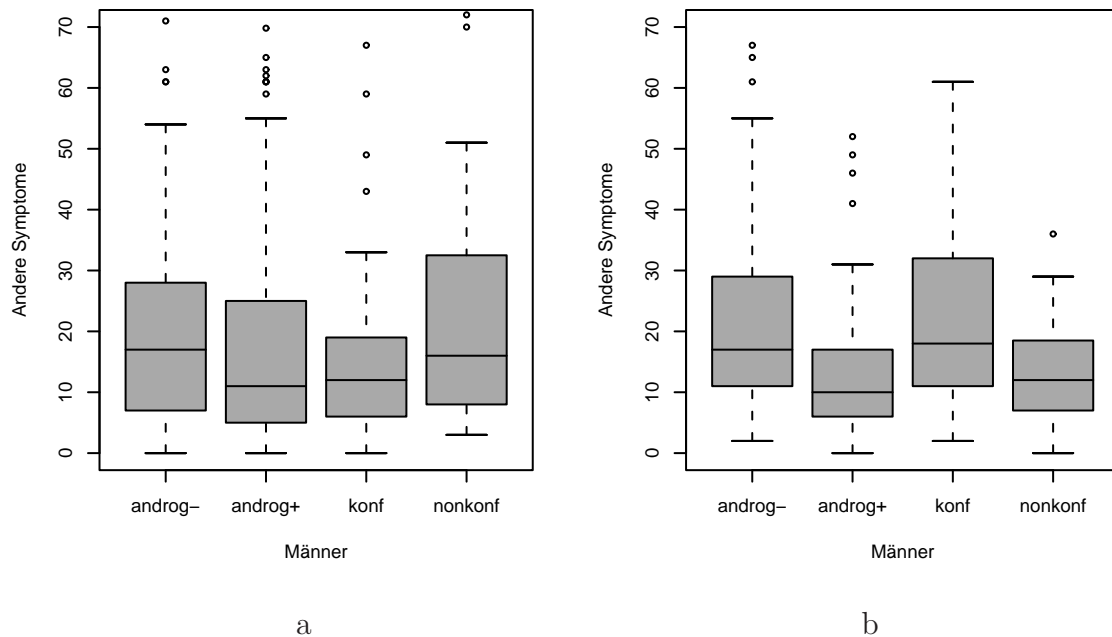


Abbildung 2.21. Andere psychische Symptome in Abhängigkeit von der Geschlechtsrolle bei Männern (a) und bei Frauen (b) *Anm.:* Mit “androg-” sind undifferenzierte TeilnehmerInnen gemeint.

Die TeilnehmerInnen gaben je nach HIV-Status unterschiedlich häufig psychische Symptome an, wie in Abbildung 2.22 zu sehen ist. Post-Hoc-Einzelvergleichstests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen Befragten mit einem HIV-negativen und einem unbekanntem HIV-Status ($t = -2.76, p = .01$) und zwischen HIV-negativen und HIV-positiven TeilnehmerInnen ($t = -2.55, p = .01$).

Für die Suizidversuche und Suizide zeigten sich Interaktionseffekte, die gegen die Vulnerabilitätshypothese sprechen. Sie sind ähnlich gerichtet wie jene bei der Depressivität, d.h. je mehr Suizide/Suizidversuche im sozialen Netz von heterosexuellen TeilnehmerInnen gemacht wurden, umso mehr psychische Symptome wurden angegeben. Bei den homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen fand sich dieser Zusammenhang nicht. Ähnlich zeigt sich auch für den Zusammenhang zwischen Symptomhäufigkeit und Alkoholkonsum, der bei heterosexuellen Befragten stärker ausgeprägt ist als bei homo- und bisexuellen. Dies spricht gegen die Vulnerabilitätshypothese.

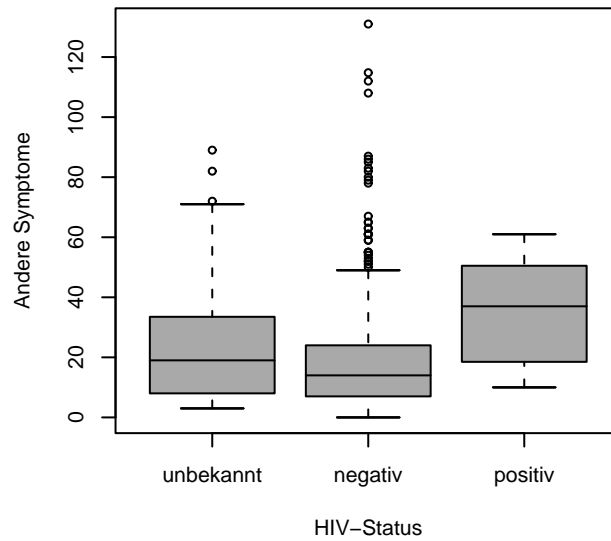


Abbildung 2.22. Symptommhäufigkeit in Abhängigkeit vom HIV-Status

Zusammenfassend lässt sich schließen, dass die Vulnerabilitätshypothese durch die Risikofaktoren Diskriminierung/Gewalt, Femininität (nur bei Männern) und ungeschützter Sexualverkehr gestützt wird, und durch die Faktoren körperliche Gewalt, familiäre Gewalt, Suizide und Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen geschwächt wird.

Für die Faktoren Femininität (nur bei Männern) und ungeschützter Sexualverkehr war die Vulnerabilitäts- und Stresshypothese bestätigt. Eine höhere Resilienz der homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen im Vergleich zu den heterosexuellen TeilnehmerInnen fand sich für die Faktoren Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen.

Tabelle 2.52. Allgemeine Risikofaktoren und andere Psychische Symptome (SCL-90)

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH (Interaktion)
Diskriminierung/Gewalt		$F(1, 616) = 20.61^{**}$	M: $\rho(244) = .15^*$ F: $\rho(114) = .20^*$	$\rho(176) = .24^{**}$ $\rho(176) = .26^*$	+ $F(1, 616) = 3.10^+$
Körperliche Gewalt		$F(1, 616) = 10.30$	M: $r(244) = .09$ F: $r(114) = .09$	$r(176) = .15^+$ $r(90) = .25^{**}$	-
Familiäre Gewalt		$F(1, 621) = 19.25^{**}$	$r(358) = .12^*$	$r(266) = .27^{**}$	-
Soziale Unterstützung	+	$F(1, 598) = 69.62^{**}$	$r(340) = -.30^{**}$	$r(261) = -.33^{**}$	
Soziale Unterstützung Mutter	+	$F(1, 534) = 17.23^{**}$	$r(302) = -.16^{**}$	$r(235) = -.15^{**}$	
Soziale Unterstützung Vater	++	$F(1, 466) = 33.81^{**}$	$r(261) = -.22^{**}$	$r(208) = -.22^{**}$	
Soziale Unterstützung Familie	++	$F(1, 559) = 41.13^{**}$	$r(315) = -.23^{**}$	$r(247) = -.24^{**}$	
Soziale Unterstützung Freunde		$F(1, 513) = 27.41^{**}$	$r(306) = -.20^{**}$	$r(210) = -.27^{**}$	
Maskulinität		$F(1, 617) = 61.33^{**}$	M: $r(243) = -.22^{**}$ F: $r(114) = -.39^{**}$	$r(176) = -.20^{**}$ $r(89) = -.35^{**}$	
Femininität	M + _b		M: $r(243) = .17^{**}$ F: $r(114) = -.02$	$r(176) = -.05$ $r(89) = -.09$	+ $F(1, 615) = 4.17^*$
Geschlechtsrolle	+	$F(4, 606) = 17.55^{**}$	-	-	
HIV-Status	+	$F(2, 613) = 6.99^{**}$	-	-	
Suizidversuche im soz. Netz	+		$\rho(351) = -.02$	$\rho(264) = .11$	- $F(1, 611) = 5.40^*$

Tabelle 2.52. Fortsetzung

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r_{SLB}	r_{HES}	VH (Interaktion)
Suicide im sozialen Netz			$\rho(351) = .00$	$\rho(265) = .14^*$	$- F(1, 611) = 4.84^*$
Suizidversuche Nahestehenden	+	$F(1, 612) = 4.82^{**}$	$\rho(351) = .01$	$\rho(264) = .08$	$- F(1, 612) = 5.78^*$
Suicide von Nahestehenden			$\rho(351) = -.01$	$\rho(266) = .10$	$- F(1, 612) = 11.90^{**}$
Existenzielle Motivation	+	$F(1, 620) = 474.75^{**}$	$r(358) = -.65^{**}$	$r(266) = -.62^{**}$	
Hoffnungslosigkeit	+	$F(1, 619) = 251.15^{**}$	$r(357) = .57^{**}$	$r(266) = .42^{**}$	
Selbstwert	+	$F(1, 620) = 313.14^{**}$	$r(358) = -.56^{**}$	$r(266) = -.59^{**}$	
Alkoholkonsum			$\rho(358) = .12^*$	$\rho(266) = .17^{**}$	$- F(1, 620) = 3.41^+$
Tranquilizer	+	$F(1, 620) = 38.36^{**}$	$\rho(358) = .26^{**}$	$\rho(266) = .21^*$	
Sexuelle Inaktivität (12mon)		$F(1, 615) = 11.10^{**}$	$\rho(356) = -.11^*$	$\rho(263) = -.11$	
Anzahl Sexualpartner (12mon)	++	$F(1, 620) = 4.95^*$	$\rho(357) = .09$	$\rho(266) = .05$	
Schwierigk. b. Partnerfindung	+	$F(1, 596) = 56.58^{**}$	$\rho(350) = -.29^{**}$	$\rho(250) = -.23^{**}$	
Ungeschützter Sexualverkehr	+		$\rho(351) = .13^*$	$\rho(259) = .-02$	+
Alter der Mutter			$\rho(357) = .04$	$\rho(262) = .03$	
Suizidversuche (jemals)	+	$F(1, 621) = 28.21^{**}$	$\rho(358) = .18^{**}$	$\rho(266) = .15^*$	

2.9.3 Ernsthafte Suizidgedanken im letzten Jahr

In Tabelle 2.53 finden sich die Zusammenhänge der allgemeinen Risikofaktoren mit den ernsthaften Suizidgedanken im letzten Jahr, bei denen z.T. an konkrete Pläne gedacht wurde.

Für die Geschlechtsrolle zeigen sich Unterschiede in den Suizidgedanken. Im Vergleich zu undifferenzierten TeilnehmerInnen hatten androgyne signifikant ($OR = .52, CI = 0.27 - 0.98$) und konforme Befragte knapp nicht signifikant ($OR = .56, CI = 0.27 - 0.98$) weniger Suizidgedanken. Dies entspricht den Vorhersagen des Geschlechtsrollenkonzeptes von Alfermann (1989).

Signifikante Interaktionen zeigten sich für die Suizidversuche und Suizide im sozialen Netz mit der sexuellen Orientierung, d.h. je häufiger sich jemand im sozialen Netz suizidierte bzw. dies versuchte, umso mehr Suizidgedanken hatten die heterosexuellen TeilnehmerInnen. Bei den homo- bzw. bisexuellen TeilnehmerInnen fand sich kein derartiger Zusammenhang.

Die Vulnerabilitätshypothese wird bestätigt für die Risikofaktoren Diskriminierung/ Gewalt, körperliche Gewalt, soziale Unterstützung (gesamt), soziale Unterstützung durch Familie und Freunde, Maskulinität (bei den Männern), Femininität (bei den Männern), existentielle Motivation, Selbstwert, Tranquilizer-Gebrauch und jemals durchgeführte Suizidversuche. Bei diesen Faktoren fanden sich stärkere Zusammenhänge mit den Suizidgedanken bei homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Befragten.

Effekte gegen die Vulnerabilitätshypothese fanden sich bezüglich der Risikofaktoren familiäre Gewalt, Suizide und Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen im sozialen Netz. Bei diesen Faktoren fanden sich stärkere Zusammenhänge mit den Suizidgedanken bei homo- und bisexuellen im Vergleich zur heterosexuellen Personen.

Für einige Risikofaktoren war die Stress- und die Vulnerabilitätshypothese bestätigt: soziale Unterstützung (gesamt), soziale Unterstützung durch die Familie, Femininität (bei Männern), existentielle Motivation, Selbstwert, Tranquilizer-Gebrauch und jemals durchgeführte Suizidversuche.

Für einige Faktoren war zwar die Stresshypothese bestätigt, aber die Vulnerabilitätshypothese geschwächt: Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen. Dies deutet auf eine höhere Resilienz bei homo- und bisexuellen Personen für diese Risikofaktoren hin.

Tabelle 2.53. Allgemeine Risikofaktoren und Suizidgedanken im letzten Jahr

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH (Interaktion)
Diskriminierung/Gewalt		$\chi^2(1, 621) = 9.39^{**}$	$\rho(356) = .18^{**}$	$\rho(265) = -.01$	+
Körperliche Gewalt		$\chi^2(1, 621) = 8.00^{**}$	$\rho(356) = .17^{**}$	$\rho(265) = -.02$	+
Familiäre Gewalt		$\chi^2(1, 621) = 6.81^{**}$	$\rho(356) = .08$	$\rho(265) = .16^*$	-
Soziale Unterstützung	+	$\chi^2(1, 600) = 7.26^{**}$	$\rho(339) = -.13^*$	$\rho(261) = -.05$	+
Soziale Unterstützung Mutter	+		$\rho(301) = -.07$	$\rho(235) = .01$	
Soziale Unterstützung Vater	++	$\chi^2(1, 469) = 4.66^*$	$\rho(261) = -.10$	$\rho(208) = -.11$	
Soziale Unterstützung Familie	++		$\rho(314) = -.11$	$\rho(247) = .00$	+
Soziale Unterstützung Freunde			$\rho(304) = -.11$	$\rho(210) = .05$	+
Maskulinität		$\chi^2(1, 619) = 19.24^{**}$	M: $\rho(241) = -.17^{**}$	$\rho(176) = -.06$	+
Feminität	IG		F: $\rho(114) = -.25^{**}$	$\rho(88) = -.19$	+
			M: $\rho(241) = -.17^{**}$	$\rho(176) = -.06$	+
			F: $\rho(114) = -.25^{**}$	$\rho(88) = -.19^{**}$	
Geschlechtsrolle	+		-	-	
HIV-Status	+		-	-	
Suizidversuche i. soz. Netz	+		$\rho(349) = .01$	$\rho(264) = .13^*$	- $\chi^2(1, 613) = 3.72^+$
Suizide im sozialen Netz		$\chi^2(2, 614) = 6.58^*$	$\rho(349) = .00$	$\rho(265) = .18$	- $\chi^2(1, 613) = 4.35^*$
Suizidversuche Nahestehender	+		$\rho(349) = .04$	$\rho(264) = .13^*$	-

Tabelle 2.53. Fortsetzung

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH (Interaktion)
Suizide von Nahestehender			$\rho(349) = .05$	$\rho(265) = .12$	-
Depressivität	+	$\chi^2(1, 620) = 75.67^{**}$	$\rho(355) = .39^{**}$	$\rho(265) = .24^{**}$	
Andere psychische Symptome	+	$\chi^2(1, 620) = 71.37^{**}$	$\rho(356) = .38^{**}$	$\rho(264) = .23^{**}$	
Existenzielle Motivation	+	$\chi^2(1, 621) = 91.01^{**}$	$\rho(356) = -.46^{**}$	$\rho(265) = -.23^{**}$	+
Hoffnungslosigkeit	+	$\chi^2(1, 620) = 76.93^{**}$	$\rho(355) = .40^{**}$	$\rho(265) = .23^{**}$	
Selbstwert	+	$\chi^2(1, 621) = 84.39^{**}$	$\rho(356) = -.43^{**}$	$\rho(265) = -.25^{**}$	+
Alkoholkonsum			$\rho(356) = .03$	$\rho(265) = .06$	
Tranquilizer	+	$\chi^2(1, 621) = 19.49^{**}$	$\rho(356) = .23^{**}$	$\rho(265) = .11$	+
Sexuelle Inaktivität (12mon)		$\chi^2(1, 616) = 4.21^*$	$\rho(354) = -.09$	$\rho(262) = -.07$	
Anzahl Sexualpartner (12mon)	++		$\rho(355) = .00$	$\rho(265) = .09$	
Schwierigk. b. Partnerfindung	+	$\chi^2(1, 597) = 15.28^{**}$	$\rho(348) = -.17^{**}$	$\rho(249) = -.16^*$	
Ungeschützter Sexualverkehr	+		$\rho(349) = .02$	$\rho(258) = -.07$	
Alter der Mutter			$\rho(355) = .04$	$\rho(261) = .02$	
Gegenwärtige Suizidalität	+	$\chi^2(1, 619) = 89.97^{**}$	$\rho(354) = .50^{**}$	$\rho(265) = .31^{**}$	
Abgebrochene Suizidversuche	+	$\chi^2(1, 620) = 70.78^{**}$	$\rho(355) = -.51^{**}$	$\rho(265) = -.34^{**}$	
Jemals durchgeführte Suizidversuche	+	$\chi^2(1, 621) = 15.98^{**}$	$\rho(356) = .20^{**}$	$\rho(265) = .09$	+

2.9.4 Suizidversuche

Die Zusammenhänge der jemals durchgeführten Suizidversuche mit den Risikofaktoren sind in Tabelle 2.54 dargestellt.

Für Gewalt- und Diskriminierungseffekte zeigte sich ein Haupt- und ein Interaktionseffekt. Der Interaktionseffekt spricht gegen die Vulnerabilitätshypothese, d.h. je mehr frühere Gewalterfahrungen heterosexuelle TeilnehmerInnen machten, umso höher war die Suizidversuchsrate; bei homo- od. bisexuellen Befragten fand sich dieser Zusammenhang nicht so stark ausgeprägt.

Die meisten angegebenen Suizidversuche wurden vor dem letzten Jahr durchgeführt. Wäre ein Suizidversuch nur ein Ausdruck einer schwierigen Phase, so dürften sich keine Zusammenhänge mit Risikofaktoren, die gegenwärtig erhoben werden, finden. Wie in Tabelle 2.54 ersichtlich ist, finden sich jedoch viele statistisch signifikante Zusammenhänge, vor allem bei homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen. Es scheint daher so zu sein, dass TeilnehmerInnen, die einen Suizidversuch verübt haben, auch längerfristig ausgeprägtere Werte bei vielen Risikofaktoren haben.

Für Maskulinität fand sich ein gerade nicht signifikanter Haupt-, aber ein Interaktionseffekt mit dem Geschlecht. Ein Blick auf die Korrelationen zeigt, dass die Suizidversuchsrate von homo- oder bisexuellen Frauen bei steigender Maskulinität sinkt.

Durch die geringe absolute Anzahl an Suizidversuchen in der heterosexuellen Kontrollstichprobe ist es naheliegend, dass viele Interaktionseffekte nicht signifikant ausfallen haben können. Bei einem deskriptiven Vergleich der Korrelationskoeffizienten der Untersuchungs- und Kontrollstichprobe für jene Risikofaktoren, die mit der Suizidversuchsrate signifikant zusammenhängen, bestätigt sich die Vulnerabilitätshypothese zumindest tendenziell für die Risikofaktoren Gewalt im letzten Jahr, körperliche Gewalt im letzten Jahr, Maskulinität (nur bei Frauen), Depressivität, existentielle Motivation, Hoffnungslosigkeit, Selbstwert, Schwierigkeit in der PartnerInnenfindung, Suizidgedanken im letzten Jahr und abgebrochene Suizidversuche im letzten Jahr. Gegen die Vulnerabilitätshypothese sprechen die Ergebnisse für den Tranquilizer-Gebrauch im letzten Jahr.

Die homo- oder bisexuellen TeilnehmerInnen hatten erhöhte Werte und höhere Zusammenhänge mit Suizidversuchen bezüglich der Risikofaktoren Depressivität, existentielle Motivation, Hoffnungslosigkeit, Selbstwert, Schwierigkeiten in der PartnerInnenfindung, Suizidgedanken und abgebrochene Suizidversuche im letzten Jahr.

Für den Tranquilizer-Gebrauch war dieser Effekt umgekehrt, d.h. obwohl homo- und bisexuelle Befragte mehr Tranquilizer gebrauchen, hing der Substanzgebrauch nur in der heterosexuellen Stichprobe signifikant mit der Suizidversuchsrate zusammen.

Tabelle 2.54. Allgemeine Risikofaktoren und jemals durchgeführte Suizidversuche

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH (Interaktion)
Diskriminierung/Gewalt		$\chi^2(1, 625) = 14.32^{**}$	$\rho(358) = .15^{**}$	$\rho(267) = -.01$	+
Diskriminierung/Gewalt - früher	IG _b	$\chi^2(1, 625) = 15.14^{**}$	$\rho(358) = .12^*$	$\rho(267) = .18^{**}$	$\chi^2(1, 625) = 4.39^*$
Körperliche Gewalt		$\chi^2(1, 625) = 13.74^{**}$	$\rho(358) = .20^{**}$	$\rho(267) = -.04$	+
Körperliche Gewalt - früher	IG	$\chi^2(1, 625) = 5.15^*$	$\rho(358) = .08$	$\rho(267) = .14^*$	
Familiäre Gewalt		$\chi^2(1, 625) = 13.03^{**}$	$\rho(358) = .14^{**}$	$\rho(267) = .18^{**}$	
Soziale Unterstützung	+	$\chi^2(1, 602) = 4.47^*$	$\rho(340) = -.11^*$	$\rho(262) = -.10$	
Soziale Unterstützung Mutter	+		$\rho(302) = -.07$	$\rho(236) = -.06$	
Soziale Unterstützung Vater	++	$\chi^2(1, 470) = 4.60^*$	$\rho(261) = -.10$	$\rho(209) = -.14$	
Soziale Unterstützung Familie	++		$\rho(315) = -.07$	$\rho(248) = -.13^*$	
Soziale Unterstützung Freunde			$\rho(306) = -.11^*$	$\rho(211) = -.07$	
Maskulinität		$\chi^2(1, 623) = 5.71^+$	M: $\rho(243) = .01$ F: $\rho(114) = -.23^{**}$	$\rho(177) = .00$ $\rho(89) = -.06$	+
Femininität	IG		M: $\rho(243) = .06$ F: $\rho(114) = .03$	$\rho(177) = .00$ $\rho(89) = -.02$	
Geschlechtsrolle	+		-	-	
HIV-Status	+		-	-	
Suizidversuche i. soz. Netz	+	$\chi^2(1, 616) = 6.64^*$	$\rho(351) = .09$	$\rho(265) = .12$	
Suizide im sozialen Netz			$\rho(351) = .07$	$\rho(266) = .08$	

Tabelle 2.54. Fortsetzung

Risikofaktor	SH _a	Haupteffekt	r _{SLB}	r _{HES}	VH (Interaktion)
Suizidversuche Nahestehender	+	$\chi^2(1, 616) = 12.39^{**}$	$\rho(351) = .13^*$	$\rho(265) = .19^{**}$	
Suizide Nahestehender		$\chi^2(1, 617) = 5.42^*$	$\rho(351) = .11^*$	$\rho(266) = .09$	
Depressivität	+	$\chi^2(1, 624) = 23.07^{**}$	$\rho(357) = .22^{**}$	$\rho(267) = .09$	+
Andere psychische Symptome	+	$\chi^2(1, 624) = 14.44^{**}$	$\rho(358) = .18^{**}$	$\rho(266) = .15^*$	
Existenzielle Motivation	+	$\chi^2(1, 625) = 18.01^{**}$	$\rho(358) = -.23^{**}$	$\rho(267) = -.10$	+
Hoffnungslosigkeit	+	$\chi^2(1, 624) = 12.761^{**}$	$\rho(357) = .18^{**}$	$\rho(267) = .08$	+
Selbstwert	+	$\chi^2(1, 625) = 13.39^{**}$	$\rho(358) = -.18^{**}$	$\rho(267) = -.09$	+
Alkoholkonsum			$\rho(358) = -.02$	$\rho(267) = .06$	
Tranquilizer	+		$\rho(358) = .08$	$\rho(267) = .20^{**}$	-
Sexuelle Inaktivität (12mon)			$\rho(356) = -.04$	$\rho(267) = .-.04$	
Anzahl Sexualpartner (12mon)	++		$\rho(357) = .05$	$\rho(267) = .03$	
Schwierigk. b. Partnerfindung	+	$\chi^2(1, 601) = 4.25^*$	$\rho(350) = -.12^*$	$\rho(251) = .00$	+
Ungeschützter Sexualverkehr	+		$\rho(351) = .07$	$\rho(260) = .06$	
Alter der Mutter			$\rho(357) = -.04$	$\rho(263) = -.02$	
Suizidgedanken	+	$\chi^2(1, 621) = 19.08^{**}$	$\rho(356) = .20^{**}$	$\rho(265) = .09$	+
Abgebrochene Suizidversuche	+	$\chi^2(1, 621) = 17.23^{**}$	$\rho(355) = -.25^{**}$	$\rho(266) = .01$	+
Gegenwärtige Suizidalität	+	$\chi^2(1, 622) = 15.85^{**}$	$\rho(356) = .19^{**}$	$\rho(266) = .16^{**}$	

2.9.5 Multivariate Regressionsanalysen

Um feststellen zu können, ob Risikofaktoren unabhängig von anderen signifikant mit der psychischen Gesundheit bzw. Suizidalität zusammenhängen, werden multivariate Analysen gerechnet. Ein weiterer Grund für den Einsatz multivariater Regressionen ist, dass geklärt werden kann, inwieweit die Unterschiede in der psychischen Gesundheit und Suizidalität zwischen homo- bzw. bi- und heterosexuellen Personen aufrecht bleiben, nachdem statistisch für die Risikofaktoren kontrolliert wird.

Harrell (2001) empfiehlt eine maximale Anzahl von $N/10 - N/20$ von Parametern in multiplen Regressionen, das ergibt für die gesamte Stichprobe 31 - 63 Prädiktoren, für die Untersuchungsstichprobe 18 - 36 Prädiktoren. Insgesamt wurden 74 verschiedene Prädiktoren erhoben, davon 28 spezifische und 27 unspezifische Prädiktoren, (s. Tab. 2.50, 2.52), und 9 soziodemografische Variablen.

Aufgrund der niedrigen Zellenbesetzungen in manchen Kategorien werden folgende sieben spezifische Risikofaktoren nicht in der Regressionsanalyse berücksichtigt: Offenheit im gesamten sozialen Netz, Offenheit gegenüber den FreundInnen, über die sexuelle Orientierung reden können (gesamtes soziales Netz und FreundInnen), erste und jetzige Reaktion auf das Coming Out von FreundInnen, und jetzige Reaktion des gesamten sozialen Netzes. Bei diesen Variablen war ein "Deckeneffekt" beobachtbar, d.h. fast alle TeilnehmerInnen erreichten die maximal mögliche Ausprägung. Weiters werden, was die soziale Unterstützung und die Offenheit betrifft, nur die Werte für die Familie und die FreundInnen verwendet, da es bei den Werten für die Väter und Mütter viele fehlende Daten gibt. Schließlich wird der Risikofaktor "körperliche Gewalt" nicht verwendet, da er im Faktor "Gewalt" inkludiert ist und sehr stark mit ihm korreliert ($r = .85$). Somit bleiben 12 spezifische Prädiktoren übrig.

Die Abhängigkeiten zwischen den Variablen ist mittels einer hierarchischen Cluster-Analyse ersichtlich (s. Abb. 2.23). Als Ähnlichkeitsmaß wurde dabei die quadrierte Spearman-Rangkorrelation verwendet. Die Suizidalitäts-Variablen und die familiäre Reaktion auf die sexuelle Orientierung bilden je ein Cluster.

Die Variablen Hoffnungslosigkeit, existentielle Motivation und Selbstwert korrelieren ebenfalls hoch untereinander. Sie werden deshalb mittels der "Principal-Component-Analysis" faktorenanalytisch zusammengefasst, wie Harrell (2001) vorschlägt. Diese Analyse schlägt eine zwei-Komponentenlösung vor. Die erste Komponente wird im folgenden mit PC1 abgekürzt, die zweite mit PC2.

Fehlende Daten: In Abbildung 2.24 ist der Anteil fehlender Daten grafisch für die allgemeinen Risikofaktoren (Untersuchungs- und Kontrollgruppe, $N = 625$), und für die spezifischen Risikofaktoren (Kontrollgruppe, $N = 358$) dargestellt. Für die allgemeinen Risikofaktoren fehlen in der gesamten Stichprobe nur für die später verwendete Variable

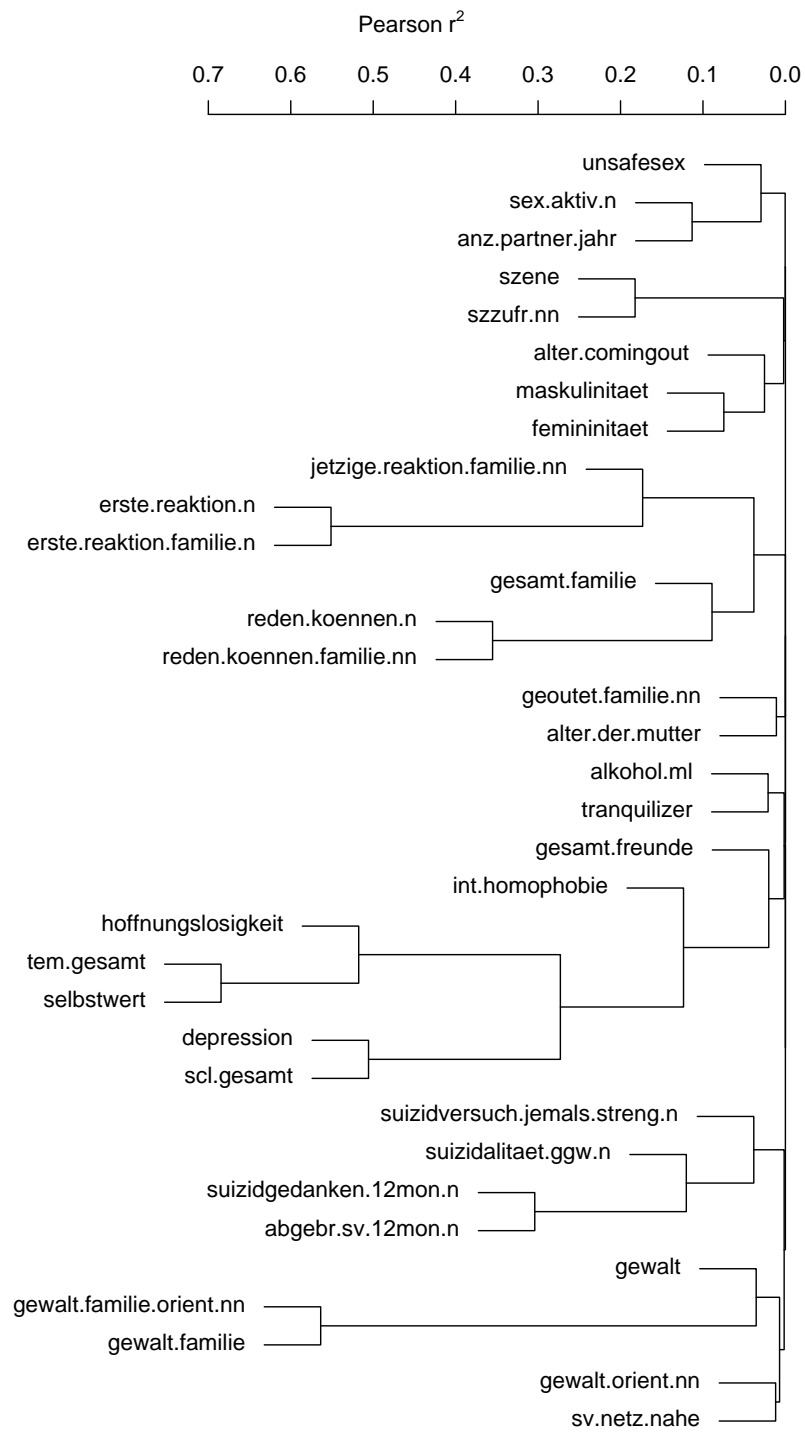


Abbildung 2.23. Clusteranalyse über die verwendeten Variablen

“Soziale Unterstützung durch die Familie” mehr als 10% der Werte. Für die spezifischen Risikofaktoren in der Untersuchungsgruppe fehlen für die Variablen “erste Reaktion auf das Coming Out”, “jetzige Reaktion auf die sexuelle Orientierung” und “in der Familie über die sexuelle Orientierung reden können” mehr als 25%, für die Variable “Offenheit in der Familie” mehr als 10%. Deshalb ist für die spezifischen Risikofaktoren entscheidend, wie mit den fehlenden Werten umgegangen wird. Es ist auffällig, dass für die Variablen, die das soziale Netz betreffen, viele Werte fehlen. Die TeilnehmerInnen haben entweder überhaupt keine Angaben gemacht, oder nur Personen aus dem Freundeskreis oder nur aus der Familie genannt.

Die fehlenden Werte wurden mit Regressionsmodellen unter Verwendung der anderen Variablen als Prädiktoren ersetzt. Dazu wurde die **R**-Funktion `transcan` verwendet. Für die Variablen mit den fehlenden Werten konnten Modelle mit einer relativ hohen Passung gefunden werden, d.h. die fehlenden Werte konnten durchwegs sehr gut durch die anderen Variablen vorhergesagt werden (Tab. 2.55).

Tabelle 2.55. Modellpassung (R^2) zur Schätzung der fehlenden Daten

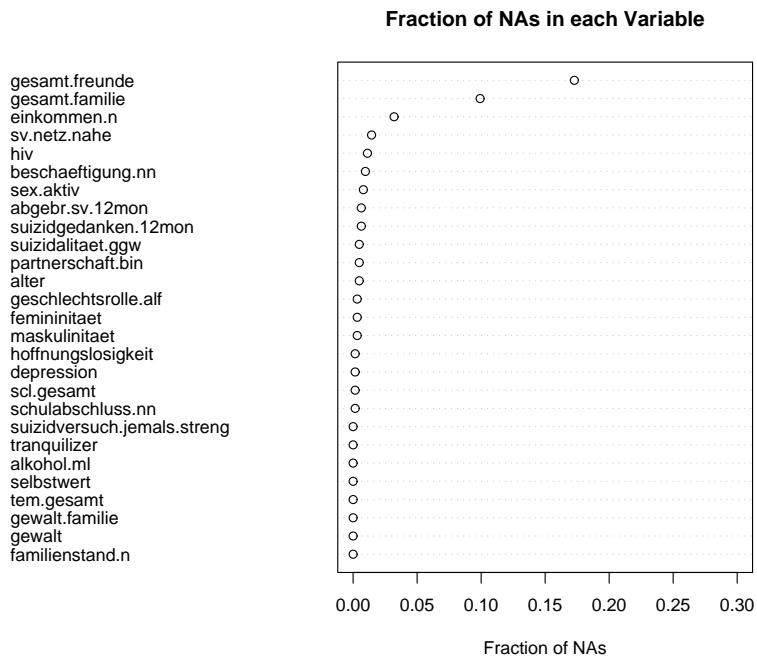
Variable	R^2
Soziale Unterstützung durch die FreundInnen	.25
Soziale Unterstützung durch die Familie	.64
Einkommen	.25
Erste Reaktion der Familie auf Coming Out	.73
Jetzige Reaktion der Familie	.61
In der Familie über die sexuelle Orientierung reden können	.56
In der Familie geoutet sein	.30
Erste Reaktion auf das Coming Out (gesamtes soziales Netz)	.83
Im gesamten sozialen Netz über die sexuelle Orientierung reden können	.69
Alter beim Coming Out	.40

Die Analysen folgen für jede Kriteriumsvariable nach dem gleichen Prinzip:

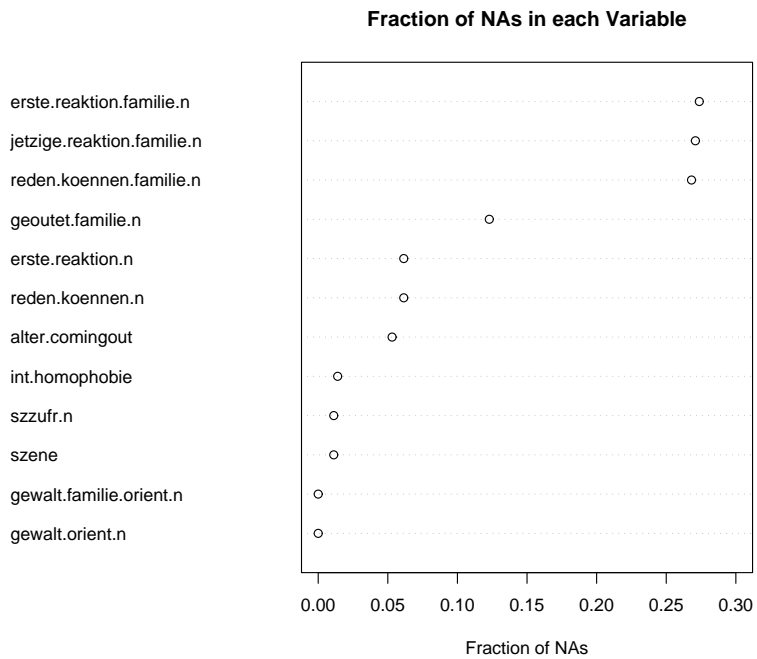
- Es gehen nur Variablen ein, die in univariaten Analysen signifikant mit der abhängigen Variable zusammenhängen.
- Zunächst wird nur die Untersuchungsstichprobe betrachtet. In einem ersten Schritt wird überprüft, inwieweit soziodemografische Variablen Varianz aufklären. In einem zweiten Schritt werden allgemeine Risikofaktoren eingeführt. Im dritten Schritt

werden noch zusätzlich die spezifischen Risikofaktoren in das Modell inkludiert.

- Außerdem wird überprüft, wie gut die spezifischen Risikofaktoren Varianz aufklären können (nach Kontrolle für die soziodemografischen Variablen).
- Die Modelle werden mit Bootstrap-Methoden validiert um zu prüfen, ob Modell-Annahmen nicht zu grob verletzt sind.
- Partielle-Multiple-Korrelationen werden berichtet, um die Prädiktive Kraft der einzelnen Risikofaktoren zu beurteilen. Um die besonders prädiktiven Risikofaktoren herauszufiltern, werden auch “step-down”-Regressionen gerechnet. Wenn gewisse Variablen dann aus dem Modell herausgefallen sind, heißt das jedoch nicht, dass sie überhaupt nicht mit dem Kriterium multivariat zusammenhängen (Harrell, 2001).
- Am Ende wird die gesamte Stichprobe, d.h. die Untersuchungs- und die Kontrollgruppe multivariat untersucht. Dazu wird wieder in einem ersten Schritt die soziodemografischen Variablen eingeführt, dann die allgemeinen Risikofaktoren. In einem letzten Schritt wird überprüft, ob die sexuelle Orientierung noch signifikant Varianz aufklären kann.



a



b

Abbildung 2.24. Anteil fehlender Werte bei allgemeinen (a) und spezif. Risikofaktoren (b)

2.9.6 Multivariate Analyse: Psychische Symptome

Für die Depressivität und für andere psychische Symptome fanden sich sehr ähnliche Zusammenhänge mit den Risikofaktoren. Dies ist nicht verwunderlich, da Depressivität und andere psychische Symptome mit $r = .73$ in der Untersuchungs- und mit $r = .67$ in der Kontrollstichprobe sehr hoch korrelieren. Aufgrund der besseren Reliabilität der Skala werden nur andere psychische Symptome, und nicht die Skala Depressivität, als Indikator für psychische Gesundheit in der multivariaten Regression herangezogen.

Untersuchungsgruppe

Die soziodemografischen Variablen Alter, Partnerschaftsstatus, Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus haben einen multiplen Korrelationskoeffizienten von $R^2 = .07$, $R^2_{corr} = .05$, wobei nur der Partnerschaftsstatus unabhängig von den anderen Variablen signifikant viel Varianz aufklärt.

Mit den allgemeinen Risikofaktoren, die zusätzlich eingeführt werden, können gut 40% der Varianz aufgeklärt werden $R^2 = .41$, $R^2_{corr} = .38$. Partialkorrelationen sind in Abbildung 2.25a, die Ergebnisse der Backward-Regressionsanalyse in Tabelle 2.56 ersichtlich. Prädiktoren, die unabhängig voneinander signifikant Varianz aufklären können sind das Alter, der Bildungsgrad, familiäre Gewalt, soziale Unterstützung durch die Familie, Tranquilizer-Gebrauch und vor allem der aus den Variablen Hoffnungslosigkeit, Selbstwert und existentielle Motivation gebildete Faktor (PC1).

Die spezifischen Risikofaktoren klären, gemeinsam mit den soziodemografischen Merkmalen, 18% der Varianz auf, $R^2 = .18$, $R^2_{corr} = .14$. Unabhängig von den anderen Faktoren klären dabei die Faktoren Partnerschaftsstatus, Bildungsgrad, Einkommen, internalisierte Homophobie, familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung und über die sexuelle Orientierung in der Familie reden können, signifikant Varianz auf.

Ein Modell mit den spezifischen und unspezifischen Risikofaktoren klärt 42% der Varianz auf $R^2 = .42$, $R^2_{corr} = .37$. Dieses Modell ist nicht besser als jenes mit den allgemeinen Risikofaktoren alleine. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.58 und Abbildung 2.26b ersichtlich. Die Faktoren Alter, Bildungsgrad, familiäre Gewalt, soziale Unterstützung durch die Familie, Tranquilizer-Gebrauch und vor allem der Faktor PC1 klären unabhängig voneinander Varianz auf.

Der Faktor Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung ist knapp nicht signifikant. Interessant ist, dass internalisierte Homophobie nicht mehr signifikant zur Varianzaufklärung beiträgt, obwohl sie im vorigen Modell hochsignifikant mit den psychischen Symptomen korrelierte.

Tabelle 2.56. Allgemeine Risikofaktoren und der Zusammenhang mit psychischen Symptomen in der Untersuchungsgruppe

	β	SE	t	P
(Intercept)	3.09	0.52	5.94	.00
Alter	-0.24	0.12	-2.03	.04
Bildung	0.06	0.03	1.97	.05
Familiäre Gewalt	0.08	0.03	2.36	.02
Soz.Unterstützung d. Familie	-0.15	0.06	-2.71	.01
PC1	0.91	0.07	12.97	.00
Tranquilizer-Gebrauch	-0.23	0.10	-2.30	.02

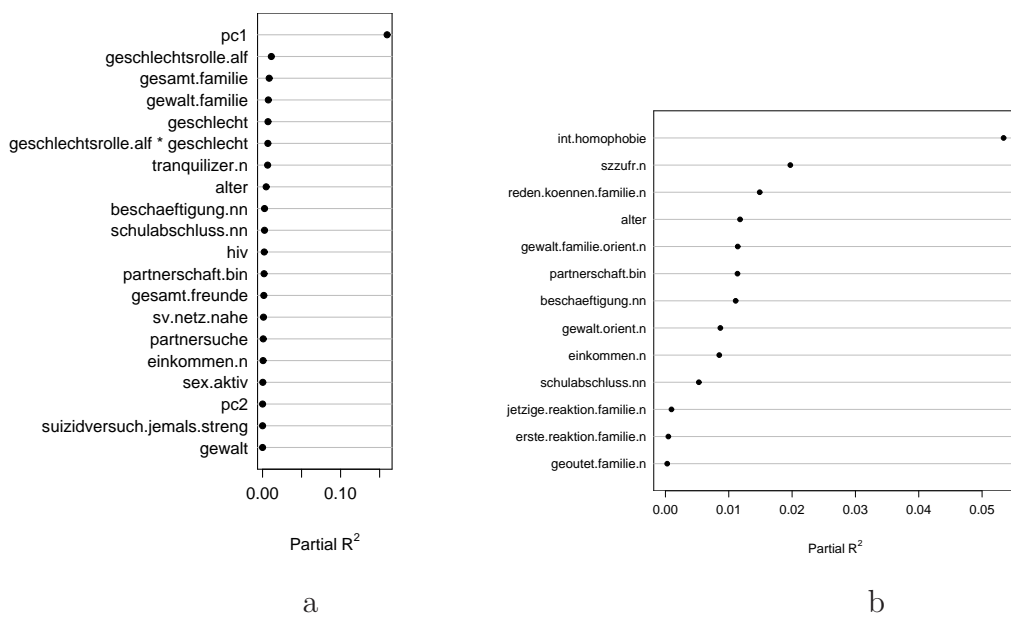


Abbildung 2.25. Partial-R² der allgemeinen (a) und spezifischen (b) Risikofaktoren für psychische Symptome in der Untersuchungsgruppe

Tabelle 2.57. Spezifische Risikofaktoren und der Zusammenhang mit psychischen Symptomen in der Untersuchungsgruppe

	β	SE	t	P
(Intercept)	2.07	0.68	3.03	.00
Alter	-0.26	0.16	-1.63	.10
Partnerschaftsstatus	-0.21	0.09	-2.29	.02
Bildungsgrad	0.07	0.04	1.20	.05
Einkommen	-0.09	0.05	-2.06	.04
Internalisierte Homophobie	0.62	0.13	4.82	.00
Keine vs. neg. SLB-Freund.	0.11	0.27	0.41	.68
Keine vs. pos. SLB-Freund.	-0.25	0.24	-1.03	.30
Gewalt aufgr. der sex. Orient.	-0.05	0.02	-1.89	.06
Familiäre Gewalt aufgr. der sex. Orient.	0.13	0.05	2.36	.02
In Familie über sex. Orient. reden	0.24	0.09	2.61	.01

Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Ein Modell mit den soziodemografischen Variablen und den allgemeinen Risikofaktoren klärt 45% der Varianz auf $R^2 = .45$, $R^2_{corr} = .43$. Wird im zweiten Schritt die sexuelle Orientierung in das Modell genommen, so ändert sich die Varianzaufklärung auf 46%, $R^2 = .46$, $R^2_{corr} = .43$. Der Unterschied ist signifikant $F(3, 596) = 8.43$, $p < .01$.

Auch bei einer Eliminierung weniger signifikanter Prädiktoren mittels Backward-Regression bleibt die sexuelle Orientierung im Modell (s. Tab. 2.59), d.h. dass die erwähnten Risikofaktoren die Unterschiede zwischen homo-/bisexuellen und heterosexuellen TeilnehmerInnen bezüglich ihrer psychischen Symptome nicht vollständig erklären konnten.

Table 2.58. General and specific risk factors and their relationship with psychological symptoms in the study group

	β	SE	t	P
(Intercept)	3.03	0.58	5.24	.00
Alter	-0.30	0.12	-2.49	.01
Bildung	0.05	0.03	1.76	.08
Familiäre Gewalt	0.07	0.03	2.03	.04
Soz. Unterstütz. durch Familie	-0.15	0.06	-2.71	.01
PC1	0.85	0.08	11.21	.00
Tranquilizer-Gebrauch	-0.24	0.10	-2.38	.02
Internalisierte Homophobie	0.17	0.11	1.48	.14
Gewalt aufgr. der sex. Orient.	-0.04	0.02	-1.85	.07

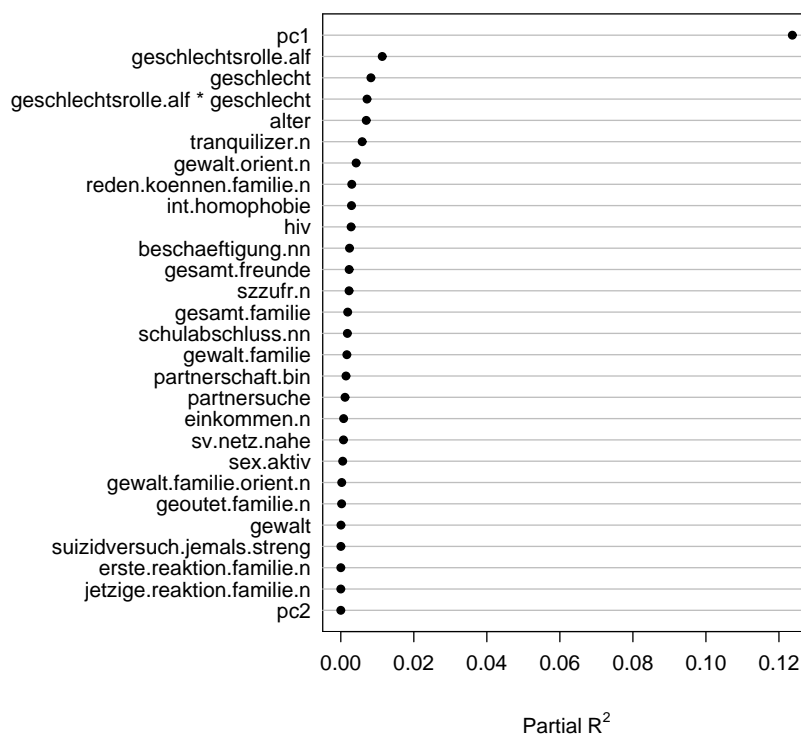


Figure 2.26. Partial-R² of general and specific risk factors for psychological symptoms in the study group

Table 2.59. Effekt für die sexuelle Orientierung auf die Symptommhäufigkeit nach Kontrolle für die allgemeinen Risikofaktoren

	β	SE	t	P
(Intercept)	4.16	0.48	8.74	.00
Alter	-0.45	0.10	-4.35	.00
Erwerbstätig vs. in Ausbildung	0.07	0.13	0.53	.60
Erwerbstätig vs. Pensioniert	0.19	0.14	1.36	.18
Erwerbstätig vs. Arbeitslos	0.37	0.17	2.14	.03
Familiäre Gewalt	0.08	0.03	3.07	.00
Soz.Unterstützung d. Familie	-0.12	0.05	-2.45	.01
Soz.Unterstützung d. Freunde	-0.17	0.07	-2.29	.02
PC1	0.95	0.06	16.02	.00
Tranquilizer Gebrauch	-0.29	0.09	-3.36	.00
Sexuelle Orientierung	0.20	0.06	3.41	.00

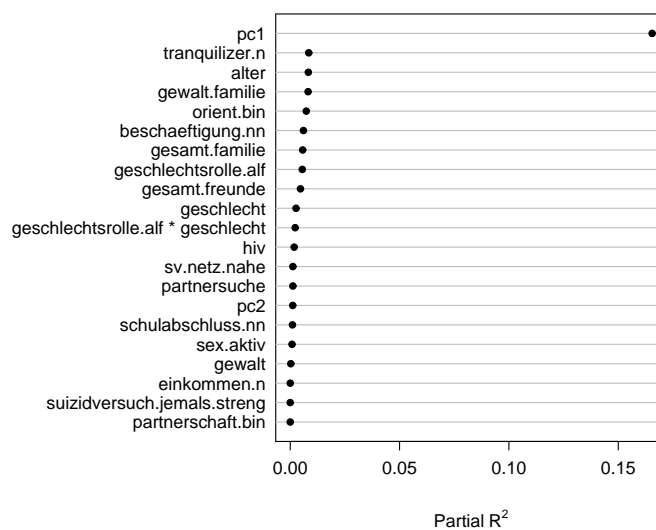


Abbildung 2.27. Partial- R^2 der allgemeinen Risikofaktoren und der sexuellen Orientierung für psychische Symptome

2.9.7 Multivariate Analyse: Suizidgedanken im letzten Jahr

Untersuchungsgruppe

Die soziodemografischen Variablen Alter, Partnerschaftsstatus, Bildung und Einkommen als Prädiktoren erzielen einen multiplen Korrelationskoeffizienten von $R^2 = .03$, $R_{corr}^2 = .02$, wobei nur das Einkommen unabhängig von den anderen Variablen signifikant viel Varianz aufklärt.

Mit den allgemeinen Risikofaktoren, die zusätzlich eingeführt werden, können knapp 40% der Varianz aufgeklärt werden ($R^2 = .39$, $R_{corr}^2 = .31$), wobei die Bootstrap-Validierung die Varianzaufklärung auf 31% reduziert. Odds-Raten sind in Abbildung 2.28a, die Ergebnisse der Regressionsanalyse in Tabelle 2.60 ersichtlich. Es wurde keine Backward-Regression gerechnet, da die abhängige Variable ordinal-skaliert ist. Die Faktoren Gewalt/Diskriminierung, Depressivität, PC1, und Tranquilizer-Gebrauch klären unabhängig voneinander Varianz auf.

Tabelle 2.60. Allgemeine Risikofaktoren und der Zusammenhang mit den Suizidgedanken im letzten Jahr in der Untersuchungsgruppe

	β	SE	z	P
Partnerschaftsstatus	0.24	0.40	0.61	.45
Einkommen	-0.17	0.16	-1.08	.28
Diskriminierung/Gewalt	0.26	0.13	2.09	.04
Familiäre Gewalt	0.01	0.14	-0.06	.96
Soziale Unterstützung (gesamt)	-0.03	0.32	-0.10	.92
Maskulinität	0.39	0.25	1.58	.11
Femininität	-0.25	0.29	-0.86	.39
Depressivität	1.31	0.67	1.97	.05
Suizide im sozialen Netz	-0.16	0.18	-0.90	.37
PC1	2.87	0.59	4.86	.00
PC2	0.09	0.27	0.37	.75
Tranquilizer-Gebrauch	-1.07	0.35	-3.01	.00
Sexuelle Inaktivität	-0.11	0.55	-0.21	.84
Schwierigkeiten bei Partnersuche	0.11	0.22	0.53	.60
Suizidversuch (jemals)	0.54	0.42	1.32	.19

Die spezifischen Risikofaktoren klären, gemeinsam mit den soziodemografischen Merkmalen, 10% der Varianz auf, $R^2 = .10$, $R^2_{corr} = .07$; wobei die Bootstrap-Validierung die Varianzaufklärung auf 7% reduziert. Die Faktoren Einkommen, internalisierte Homophobie klären unabhängig voneinander Varianz auf.

Tabelle 2.61. Spezifische Risikofaktoren und der Zusammenhang mit Suizidgedanken im letzten Jahr

	β	SE	z	P
Partnerschaftsstatus	-0.33	0.29	-1.16	.24
Einkommen	-0.26	0.13	-2.02	.04
Offenheit gegenüber der Familie	0.11	0.22	0.52	.61
Internalisierte Homophobie	0.89	0.40	2.24	.03
Keine vs. Unzufriedenh. mit homosex. Freund.	-0.07	0.69	-0.11	.91
Keine vs. Zufriedenh. mit homosex. Freund.	-1.16	0.63	-1.85	.07

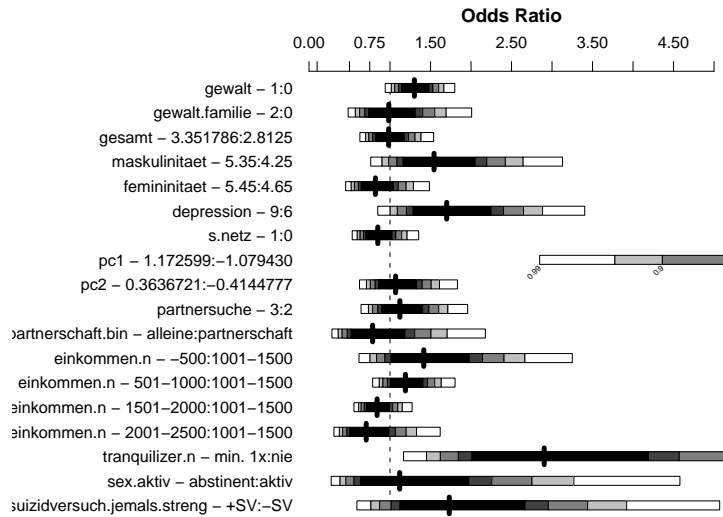
Ein Modell mit den spezifischen und unspezifischen Risikofaktoren klärt 40% der Varianz auf $R^2 = .40$, $R^2_{corr} = .28$, also nicht mehr als ein Modell mit den allgemeinen Risikofaktoren alleine. Wieder zeigt sich durch die Modellvalidierung eine Reduktion der Varianzaufklärung (auf 28%). Die Ergebnisse sind in Tabelle 2.62 ersichtlich. Die Faktoren Diskriminierung/Gewalt, Depressivität, PC1 und Tranquilizer-Gebrauch tragen dabei unabhängig von den anderen Risikofaktoren zur Varianzaufklärung der Suizidgedanken bei.

Untersuchungs- und Kontrollgruppe

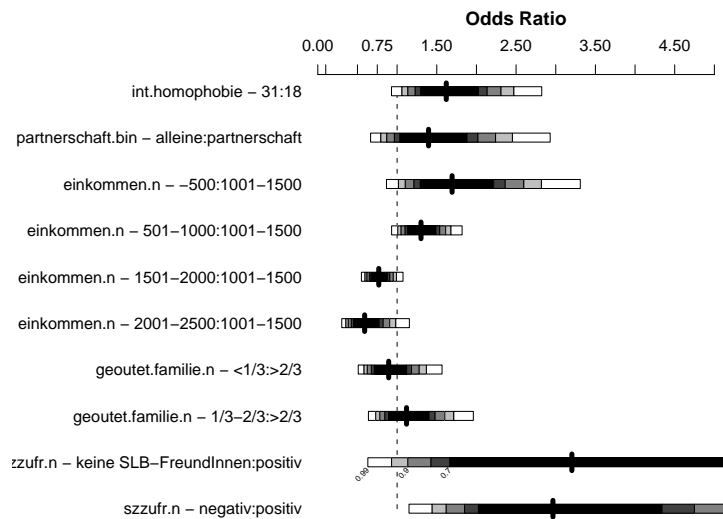
Ein Modell mit den soziodemografischen Variablen und den allgemeinen Risikofaktoren klärt 36% der Varianz der gegenwärtigen Suizidversuchsgefährdung auf $R^2 = .36$, $R^2_{corr} = .31$. Wird im zweiten Schritt die sexuelle Orientierung in das Modell genommen, so ändert sich die Varianzaufklärung kaum, $R^2 = .37$, $R^2_{corr} = .30$. Der Unterschied ist knapp nicht statistisch signifikant $\chi^2(1, 625) = 3.37, p = .07$ (s. Tab. 2.63).

Tabelle 2.62. Allgemeine und spezifische Risikofaktoren und der Zusammenhang mit den Suizidgedanken im letzten Jahr

	β	SE	z	P
Partnerschaftsstatus	0.21	0.40	0.52	.60
Einkommen	-0.16	0.16	-0.98	.33
Diskriminierung/Gewalt	0.26	0.13	2.07	.04
Familiäre Gewalt	-0.03	0.14	-0.19	.85
Soziale Unterstützung (gesamt)	-0.03	0.33	-0.08	.93
Maskulinität	0.42	0.25	1.67	.09
Femininität	-0.25	0.29	-0.87	.38
Depressivität	1.30	0.67	1.93	.05
Suizide im sozialen Netz	-0.15	0.18	-0.84	.40
PC1	2.91	0.60	4.83	.00
PC2	0.10	0.27	0.36	.72
Tranquilizer-Gebrauch	-1.10	0.36	-3.50	.00
Sexuelle Inaktivität	0.04	0.60	0.07	.95
Schwierigkeiten bei der Partnersuche	0.14	0.22	0.64	.52
Suizidversuch (jemals)	0.56	0.43	1.31	.19
Offenheit gegenüber der Familie	0.24	0.25	0.95	.34
Internalisierte Homophobie	-0.27	0.48	-0.55	.58
Keine vs. Unzufriedenh. mit homosex. Freund.	-0.77	0.88	-0.88	.38
Keine vs. Zufriedenh. mit homosex. Freund.	-0.93	0.84	-1.11	.27



a



b

Abbildung 2.28. Vertrauensintervalle für die Interquartil Odds-Raten bzw. einfache Odds-Raten für kategoriale Prädiktoren. Die Nummern bei den Faktoren bedeuten oberes Quartil : unteres Quartil, für kategoriale Variablen die Kategorie 1 : Kategorie 2. Die Balken repräsentieren 70, 80, 90, 95 und 99% Konfidenzintervalle für die Odds-Raten. Abbildung a.) bezieht sich auf allgemeine, Abbildung b.) auf spezifische Risikofaktoren für Suizidgedanken im letzten Jahr in der Untersuchungsgruppe

Tabelle 2.63. Risikofaktoren für die Suizidgedanken im letzten Jahr in der Untersuchungs- und Kontrollstichprobe

	β	SE	z	P
Partnerschaftsstatus	0.41	0.34	1.23	.22
Einkommen	-0.18	0.13	-1.33	.18
Diskriminierung/Gewalt	0.11	0.11	1.00	.32
Familiäre Gewalt	0.09	0.11	0.78	.44
Soziale Unterstützung (gesamt)	0.11	0.29	0.37	.71
Maskulinität	0.50	0.22	2.25	.02
Femininität	-0.09	0.25	-0.37	.71
Depressivität	1.44	0.53	2.70	.01
Suizide im sozialen Netz	0.03	0.15	0.21	.83
PC1	3.01	0.52	5.79	.00
PC2	-0.03	0.23	-0.15	.88
Tranquilizer-Gebrauch	-0.95	0.32	-2.98	.00
Sexuelle Inaktivität	-0.01	0.45	-0.01	.99
Schwierigkeiten bei der Partnersuche	-0.03	0.18	-0.18	.86
Suizidversuche (jemals)	0.37	0.39	0.97	.33
Sexuelle Orientierung	0.60	0.33	1.83	.07

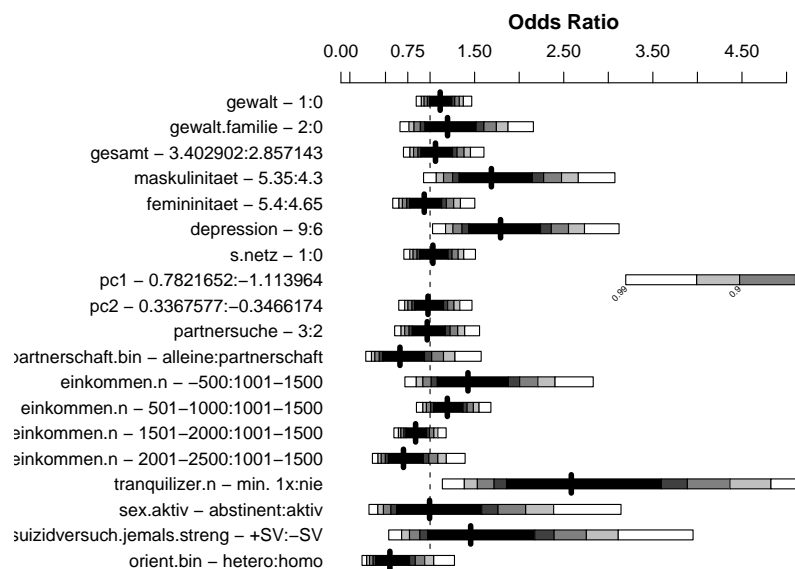


Abbildung 2.29. Odds-Raten der Risikofaktoren für Suizidgedanken im letzten Jahr in der Gesamtstichprobe

2.9.8 Multivariate Analyse: Suizidversuche

Untersuchungsgruppe

Als abhängige Variable wurden jemals durchgeführte Suizidversuche verwendet. Die soziodemografischen Variablen Alter, Partnerschaftsstatus, und Beschäftigung haben einen multiplen Korrelationskoeffizienten von $R^2 = .08$, $R_{corr}^2 = .02$, wobei nur der Beschäftigungsstand (erwerbstätig vs. arbeitslos) unabhängig von den anderen Variablen signifikant viel Varianz aufklärt. Der Partnerschaftsstatus ist knapp an der Signifikanzgrenze.

Mit den allgemeinen Risikofaktoren, die zusätzlich eingeführt werden, kann knapp 30% der Varianz aufgeklärt werden ($R^2 = .27$, $R_{corr}^2 = .12$), wobei die Bootstrap-Validierung die Varianzaufklärung auf 12% reduziert. Partialkorrelationen sind in 2.30a, die Ergebnisse der Backward-Regressionsanalyse in Tabelle 2.64 ersichtlich. Die Faktoren Gewalterfahrungen, Depressivität, Suizidversuche im sozialen Netz und Suizidgedanken im letzten Jahr klären unabhängig voneinander Varianz bezüglich der jemals durchgeführten Suizidversuche auf.

Tabelle 2.64. Allgemeine Risikofaktoren und der Zusammenhang mit jemals durchgeführten Suizidversuchen

	β	SE	z	P
(Intercept)	-1.24	2.82	-0.44	.66
Alter	-0.95	0.56	-1.69	.09
Diskriminierung/Gewalt	0.37	0.12	3.10	.00
Soziale Unterstützung	-0.59	0.36	-1.62	.10
Depressivität	1.38	0.59	2.33	.02
Suizidversuche von nahestehenden Pers.	0.81	0.24	3.35	.00
Suizidgedanken im letzten Jahr	0.55	0.22	2.52	.01

Die spezifischen Risikofaktoren erklären, gemeinsam mit den soziodemografischen Merkmalen, 10% der Varianz auf, $R^2 = .10$, $R_{corr}^2 = .05$. Die Bootstrap-Validierung reduziert die Varianzaufklärung auf 5%. Nur der Beschäftigungsstand und die Diskriminierungs-/ Gewalterfahrungen aufgrund der sexuellen Orientierung klären unabhängig signifikant Varianz bezüglich jemals durchgeführten Suizidversuchen auf.

Ein Modell mit den spezifischen und unspezifischen Risikofaktoren klärt knapp 30% der Varianz auf $R^2 = .28$, $R_{corr}^2 = .12$. Das ist nicht mehr als ein Modell mit den allgemeinen Risikofaktoren alleine. Wieder zeigt sich durch die Modellvalidierung, dass die

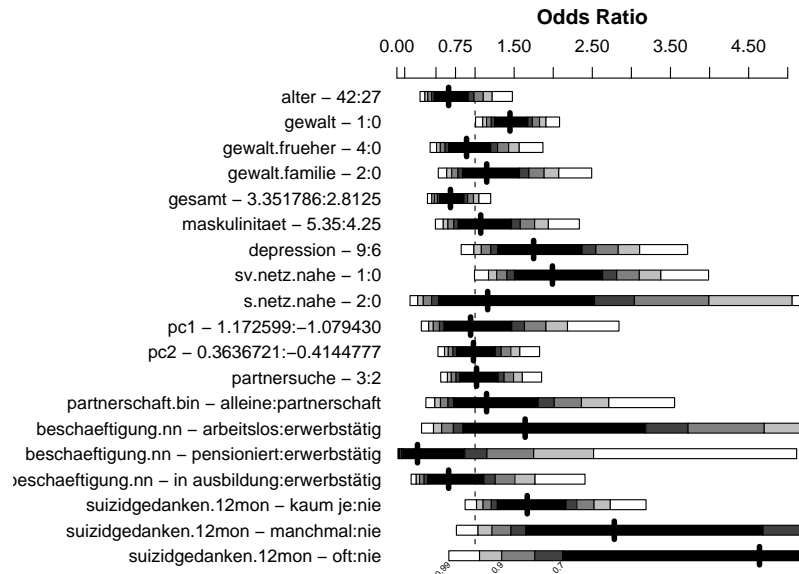
Tabelle 2.65. Spezifische Risikofaktoren und der Zusammenhang mit jemals durchgeführten Suizidversuchen

	β	SE	z	P
(Intercept)	3.80	2.19	1.73	.08
Alter	-0.94	0.59	-1.59	.11
Partnerschaftsstatus	-0.55	0.33	-1.69	.09
Beschäftigung Erwerbstätig vs. arbeitslos	1.20	0.53	-2.29	.02
Beschäftigung Erwerbstätig vs. pensioniert	-1.28	1.08	-1.19	.23
Beschäftigung Erwerbstätig vs. in Ausbildung	-0.39	0.45	-0.87	.39
Gewalt aufgr. der sexuellen Orientierung	-0.19	0.08	-2.29	.02

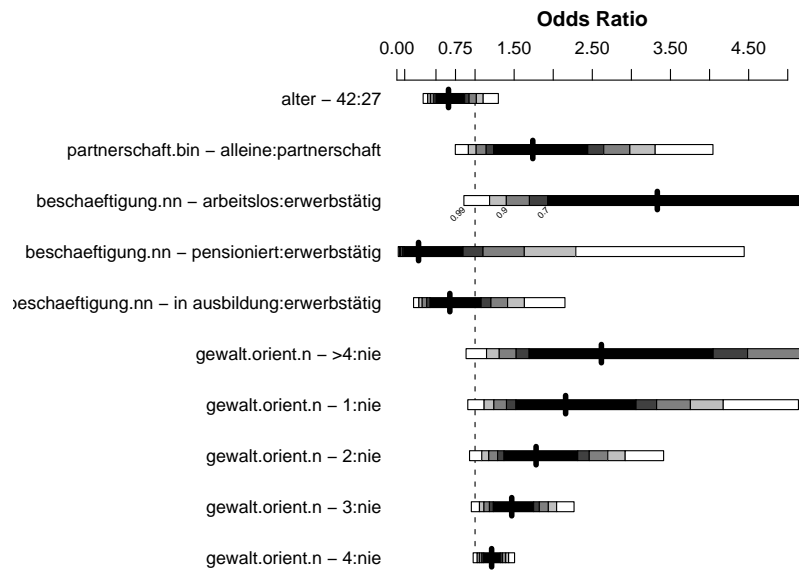
Varianzaufklärung nur 12% beträgt. Die Ergebnisse der stufenweisen-Regression sind in Tabelle 2.66 ersichtlich. Die Faktoren Gewalt, Depressivität, Suizidversuche von nahestehenden Personen und Suizidgedanken im letzten Jahr tragen voneinander unabhängig signifikant zur Varianzaufklärung bei.

Tabelle 2.66. Allgemeine und spezifische Risikofaktoren und der Zusammenhang mit jemals durchgeführten Suizidversuchen

	β	SE	z	P
(Intercept)	-1.24	2.82	-0.44	.66
Alter	-0.95	0.56	-1.69	.09
Diskriminierung/Gewalt	0.37	0.12	3.10	.00
Soziale Unterstützung (gesamt)	-0.59	0.36	-1.62	.10
Depressivität	1.38	0.59	2.33	.02
Suizidversuche von nahestehenden Personen	0.81	0.24	3.35	.00
Suizidgedanken im letzten Jahr	0.54	0.22	2.52	.01



a



b

Abbildung 2.30. Vertrauensintervalle für die Interquartil Odds-Raten bzw. einfache Odds-Raten für kategoriale Prädiktoren. Abbildung a.) bezieht sich auf allgemeine, Abbildung b.) auf spezifische Risikofaktoren für einen jemals durchgeführten Suizidversuch in der Untersuchungsgruppe

Untersuchungs- und Kontrollgruppe

Ein Modell mit den soziodemografischen Variablen und den allgemeinen Risikofaktoren klärt 26% der Varianz der jemals durchgeführten Suizidversuche auf $R^2 = .26$, $R^2_{corr} = .14$. Wird im zweiten Schritt die sexuelle Orientierung in das Modell genommen, so ändert sich die Varianzaufklärung, $R^2 = .33$, $R^2_{corr} = .20$. Der Unterschied ist statistisch signifikant, $\chi^2(1, 625) = 13.90$, $p < .01$.

Auch bei einer Eliminierung weniger signifikanter Prädiktoren mittels Backward-Regression bleibt die sexuelle Orientierung im Modell und klärt neben Gewalterfahrungen, Depressivität, Suizidversuchen im sozialen Netz und Suizidgedanken signifikant viel Varianz der jemals durchgeführten Suizidversuche auf. (s. Tab. 2.67).

Tabelle 2.67. Effekt der sexuellen Orientierung auf die jemals durchgeführten Suizidversuche nach Kontrolle allgemeiner Risikofaktoren

	β	SE	z	P
(Intercept)	-3.27	2.58	-1.27	.21
Alter	-0.94	0.52	-1.80	.07
Diskriminierung/Gewalt	0.30	0.11	2.67	.01
Soziale Unterstützung (gesamt)	-0.63	0.34	-1.84	.07
Depressivität	1.486	0.554	2.68	.01
Suizidversuche von nahestehenden Personen	0.68	0.21	3.26	.00
Suizidgedanken im letzten Jahr	0.45	0.20	2.22	.03
Sexuelle Orientierung	2.17	0.56	3.92	.00

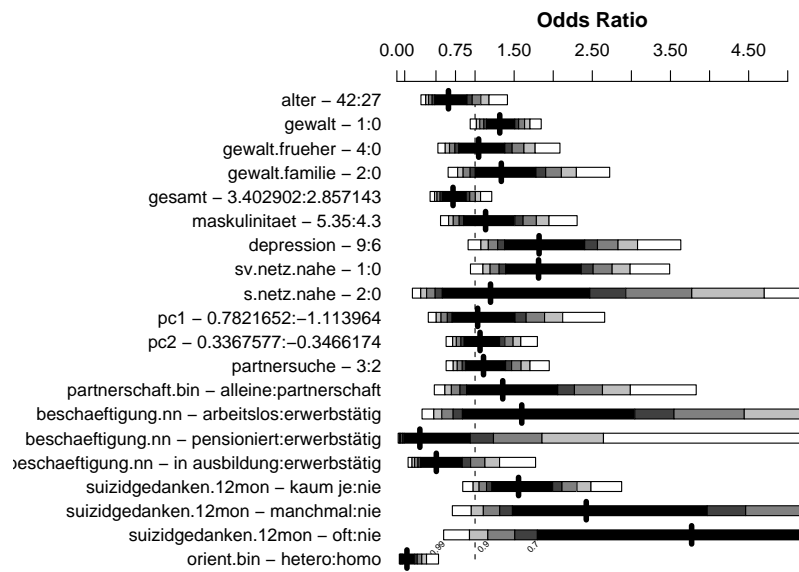


Abbildung 2.31. Odds-Raten der Risikofaktoren für gegenwärtige Suizidversuchgefährdung in der Gesamtstichprobe

Kapitel 3

Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

3.1 Beschreibung der Stichproben

Die Untersuchungsgruppe, bestehend aus $N = 358$ homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen wurde zum Großteil über die Adresslisten der Homosexuelleninitiativen in Salzburg, Linz und Graz rekrutiert. Der Frauenanteil betrug 32%. Ein gleich hoher Frauen- wie Männeranteil wäre natürlich wünschenswert gewesen. Es ist jedoch so, dass weniger Frauen als Männer Mitglieder von Homosexuelleninitiativen sind. Der Rücklauf von 45% in der Untersuchungs- und 36% in der Kontrollgruppe war in Anbetracht der Länge des Fragebogens hoch. Fraglich ist, inwieweit sich TeilnehmerInnen, die einen Fragebogen zurückschickten, von jenen unterscheiden, die keinen Fragebogen zurücksandten. Dies könnte zu einer Unter- oder Überschätzung z.B. der Suizidversuchsraten führen.

Von den Männern der Untersuchungsgruppe konnten 78% als homosexuell, die restlichen als bisexuell kategorisiert werden. Bei den Frauen wurden 54% als homosexuell kategorisiert. Die meisten TeilnehmerInnen (37%) der Untersuchungsgruppe sind im Bundesland Salzburg wohnhaft. Acht Prozent haben eine andere als die österreichische Nationalität.

Die Kontrollstichprobe, bestehend aus heterosexuellen TeilnehmerInnen, wurde bezüglich des Geschlechts, des Alters und des Bildungsgrades an die Untersuchungsgruppe angepasst, war aber um 25% verkleinert worden ($N = 267$).

Die Untersuchungsgruppe enthält im Vergleich zur Kontrollgruppe prozentuell weniger römisch-katholische Personen und mehr Personen, die keiner Glaubensgemeinschaft angehören. Sie enthält außerdem weniger verheiratete und mehr ledige Personen, weniger Personen, die in einer Partnerschaft leben, mehr Personen, die in größeren Städten leben.

Die Untersuchungsgruppe enthält im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung prozentuell mehr MaturantInnen, FachhochschülerInnen oder AkademikerInnen, weniger unter 19-jährige und weniger über 60-jährige Personen, weniger römisch-katholische Personen und mehr Personen ohne ein Glaubensbekenntnis, weniger verheiratete und mehr ledige Personen, mehr städtische Personen, mehr Personen, die sich der Grünen Partei nahe stehend fühlen, und weniger, die der ÖVP, SPÖ oder FPÖ nahestehen.

In der Untersuchungsgruppe waren die Männer im Vergleich zu den Frauen weniger häufig geschieden. Dies zeigte sich auch in der klassischen Untersuchung von Bell and Weinberg (1974/ 1978). Unabhängig von der sexuellen Orientierung waren die Männer etwas älter als die Frauen und hatten ein höheres Einkommen.

Aufgrund des im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung höheren Bildungsgrades könnte darauf geschlossen werden, dass die TeilnehmerInnen aus sozial höheren Schichten stammen. Dies ist insofern relevant, als dadurch die Suizidalität im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe vermutlich unterschätzt wird (Kerkhof, 2002).

Religiosität ist ein protektiver Faktor für Suizidalität (Neeleman, z.n. Eagles et al.,

2003). Die homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen in dieser Stichprobe gehören jedoch weniger häufig einer Glaubensgemeinschaft an, und es zeigte sich, dass diese Personen gehäuft einen Suizidversuch angaben. Es könnte allerdings sein, dass die Zugehörigkeit zu Religionsgemeinschaften für homo- oder bisexuelle Personen sogar ein Risikofaktor ist, denn die internalisierte Homophobie stieg mit der Stärke der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft. Dieser Effekt könnte darin gründen, dass homophobe Einstellungen der Religionsgemeinschaften umso stärker übernommen/internalisiert werden, je enger die Bindung an diesen Gemeinschaften ist.

Im Folgenden werden die Fragestellungen und Ergebnisse dieser Arbeit diskutiert werden. Die Nummerierung entspricht dabei jener der Fragen auf den Seiten 100 ff.

3.2 Suizidalität

1. *Alle* Indikatoren für Suizidalität, d.h. Ruhewünsche, Suizidgedanken ohne Absicht, ernsthafte Suizidgedanken, abgebrochene Suizidversuche, Suizidversuche, und die gegenwärtige Suizidversuchsgefährdung, waren bei homo- und bisexuellen Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen ausgeprägter. Homo- oder bisexuelle Probandinnen hatten zum Beispiel im letzten Jahr 2.3-fach gehäufte, in der Zeit davor 2.7-fach gehäufte ernsthafte Suizidgedanken, und hatten eine ca. 7-fach höhere Rate an jemals durchgeführten Suizidversuchen (12 vs. 2% bei den Männern, 17 vs. 1% bei den Frauen). Auffallend ist auch, dass sich die Unterschiede zwischen homo- oder bisexuellen und heterosexuellen Personen mit dem Schweregrad der Suizidalität verstärken.

Die erhöhte Suizidversuchsrate bei homo- bzw. bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Personen bleibt auch dann statistisch signifikant, wenn ein strengeres Kriterium für Suizidversuche verwendet wird und/oder ein Vergleich mit den Ergebnissen einer anderen Zufallsstichprobe gezogen wird, bei der nicht nach der sexuellen Orientierung unterschieden wurde, und bei der ein höherer Prozentsatz an Suizidversuchen vorlag (Weissman et al., 1999).

Für alle Indikatoren der Suizidalität finden sich bei einer getrennten Betrachtung von Frauen und Männern ebenfalls erhöhte Werte bei homo- oder bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Personen.

- (a) Der Suizidversuchsratenunterschied zwischen homo- oder bisexuellen und heterosexuellen Männern ist höher als jener, der aufgrund der Ergebnisse einer Metaanalyse zu erwarten gewesen wäre (für Frauen wurde aufgrund der

wenigen Studien keine Metaanalyse gerechnet). Dies könnte auf die problematischere Situation für homo- oder bisexuelle Menschen in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern hinweisen. Allerdings wurde in der vorliegenden Untersuchung keine Zufallsstichprobe verwendet, und es könnte sich um eine selektive, die Ergebnisse verzerrende Stichprobe handeln. Gegen eine Überschätzung der Suizidversuchsrate spricht, dass Mitglieder von Homosexuellenorganisationen psychisch weniger Probleme hatten als nicht-Mitglieder (Lewis et al., 2001). Dagegen spricht auch, dass sich in der hier verwendeten Stichprobe für keinen Indikator der psychischen Gesundheit und der Suizidalität ein signifikanter Zusammenhang mit der Szenezugehörigkeit zeigte. In einer aktuell von mir durchgeführten Studie wurden bisher 631 Personen über den Familien- und Bekanntenkreis von Studierenden rekrutiert. Die als homo- oder bisexuell klassifizierten (9%) hatten im Vergleich zu heterosexuellen Personen eine signifikant höhere Rate an Suizidversuchen (11% vs. 4%). Als Suizidversuch wurden nur tatsächlich durchgeführte Versuche mit einer vorhandenen Absicht zu sterben gewertet (Plöderl & Fartacek, 2005). Es handelt sich dabei zwar nicht um eine Zufallsstichprobe, doch wurden die homo- und bisexuellen Personen nicht über die Szene rekrutiert. Trotzdem ist die Suizidversuchsrate, ähnlich wie in dieser Arbeit, bei homo- und bisexuellen Männern und Frauen erhöht.

Auch wenn eine gewisse Nicht-Repräsentativität vorliegt, bleibt es sehr bedenklich, dass 12% der Männer und 17% der Frauen in der Untersuchungsgruppe bereits versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Selbst wenn man dieses Ergebnis "nur" auf die Mitglieder von Homosexuellenorganisationen generalisierte, bestünde meines Erachtens dringender Handlungsbedarf. Generalisiert man das Ergebnis auf die gesamte Bevölkerung, so würde das bedeuten, dass 23% der Suizidversuche von homo- oder bisexuellen Personen verübt werden (bei einer Vorkommenshäufigkeit von Homo- bzw. Bisexualität von 6%). Suizidversuche sind prädiktiv für spätere Suizide. Aus Studien ist bekannt, dass ca. 10% bis 15% der Personen, die einen Suizidversuch gemacht haben, sich später umbringen werden, vor allem im ersten halben Jahr nach dem Suizidversuch (Überbl. in Kerkhof, 2002; Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003).

- (b) Werden falsch positive Suizidversuche herausgerechnet, so sinkt die Suizidversuchsrate bei den homo- oder bisexuellen Männern auf 11.6%, bei der Verwendung eines strengeren Kriteriums auf 8.7%. Bei den Frauen sinkt die Rate auf 16.7%, mit dem strengen Kriterium auf 12.3%. Diese Raten sind dann im Vergleich zur heterosexuellen Kontrollgruppe immer noch statistisch si-

gnifikant erhöht. Die Rate an falsch positiven Suizidversuchen ist geringer als jene, die Savin-Williams (2001) gefunden hat. Die Validität der Fragen von Paykel et al. (1974) sollte dennoch genauer überprüft werden. Außerdem entspricht die Frage zum Suizidversuch in Paykels Instrument nicht unbedingt den heute gängigen Standards (G. K. Brown, k.D.). Die in dieser Untersuchung verwendete Definition eines Suizidversuches entspricht den Kriterien der WHO (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2004). Andere Autoren fordern aber eine Nomenklatur, in der Suizidversuche von instrumentellen Suizidversuchen (“Hilfeschreie”) unterschieden werden sollte (O’Carroll et al., 1996). Dazu muss bei den Suizidversuchen auch der Wunsch zu sterben miterfasst werden. Nur wenn ein gewisser Wunsch zu sterben vorhanden ist, darf von einem Suizidversuch gesprochen werden, ansonsten von einem instrumentellen suizidalen Verhalten. Für künftige Untersuchungen sollte daher der Wunsch zu sterben und zusätzlich der Schweregrad der Verletzung und die Lethalität der Methode miterfasst werden, um mehrere Definitionen von “Suizidversuch” anwenden zu können.

- (c) Für keinen Indikator der Suizidalität fanden sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. In der Allgemeinbevölkerung berichteten Frauen mehr Suizidversuche als Männer (Kerkhof, 2002). Zumindest tendenziell findet sich dieser Geschlechtsunterschied auch in der Untersuchungsgruppe.
- (d) Bisexuelle Männer hatten im Vergleich zu homosexuellen Männern signifikant häufiger im letzten Jahr einen Suizidversuch abgebrochen und geben häufiger an, gegenwärtig suizidversuchsgefährdet zu sein. Tendenzuell finden sich bei bisexuellen Männern und Frauen im Vergleich zu homosexuellen auch höhere Werte für Suizidgedanken. Bei der Häufigkeit durchgeführter Suizidversuche unterscheiden sich bisexuelle und homosexuelle Männer und Frauen nicht signifikant. Allerdings beziehen sich die Vergleiche auf nicht-parallelisierte Stichproben. Es scheint sich, zumindest tendenziell, der in Jorm et al. (2002) gefundene Effekt zu replizieren, nachdem bisexuelle Personen in einer schlechteren psychischen Verfassung sind als homosexuelle.
- (e) In dieser Studie zeigte sich der bekannte Effekt, dass mit dem Alter der Personen die Rate an jemals durchgeführten Suizidversuchen abnahm. Entweder wird das, was einmal als Suizidversuch betrachtet wurde, uminterpretiert oder einfach vergessen. Es könnte auch sein, dass sich Personen einige Zeit nach einem Suizidversuch tatsächlich suizidierten, sodass in älteren Kohorten wirklich weniger Personen enthalten sind, die jemals einen Suizidversuch

beginnen.²¹

- (f) Bei dem in dieser Untersuchung verwendeten Indikator für die sexuelle Orientierung würde sich bei einer Änderung des “Schwellenwertes” für Bisexualität nicht viel in der Suizidversuchsrate ändern. Anders wäre dies jedoch bei der Dimension “gleichgeschlechtliche Sexualkontakte” und “sexuelle Attraktion”.

2. Die Stresshypothese, nach der Risikofaktoren für Suizidalität in der Gruppe der homo- und bisexuellen Personen ausgeprägter sind, konnte für die Risikofaktoren frühere Diskriminierung/Gewalt, frühere körperliche Gewalt (nur bei Frauen), soziale Unterstützung (gesamte, durch die Mutter, den Vater, und die Familie), Geschlechtsrolle (nur bei Männern), HIV-Status, Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen, Depressivität, andere psychische Symptome, existenzielle Motivation, Hoffnungslosigkeit, Selbstwert, Tranquilizer-Gebrauch und Anzahl der SexualpartnerInnen bestätigt werden.

Für die Risikofaktoren frühere Diskriminierung/Gewalt und frühere körperliche Gewalt zeigte sich bei den Männern ein Ergebnis konträr zur Stresshypothese, da heterosexuelle Männer über mehr frühere (körperliche) Diskriminierung/Gewalt berichteten. Allerdings berichten homo- und bisexuelle Männer über mehr erzwungene Sexualkontakte, die wiederum mit psychischen Problemen (u.a. Suizidalität) einhergehen (Coxell, King, Mezey, & Gordon, 1999).

Keine unterschiedliche Ausprägung zwischen der Untersuchungs- und Kontrollgruppe fanden sich für die Faktoren soziale Unterstützung durch die FreundInnen, Maskulinität, Suizide im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen, Alkoholkonsum und sexuelle Inaktivität.

- (a) Es fanden sich signifikante Zusammenhänge von Suizidalität mit folgenden spezifischen Risikofaktoren:

Suizidgedanken im letzten Jahr korrelierten mit den spezifischen Risikofaktoren Offenheit im sozialen Netz (Gesamt, Mutter, Vater, FreundInnen), internalisierte Homophobie und der Zufriedenheit mit homosexuellen FreundInnen. Abgebrochene Suizidversuche im letzten Jahr korrelierten mit der Offenheit gegenüber FreundInnen und familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung.

Die gegenwärtige Suizidversuchsgefährdung hing mit den Faktoren Offenheit (Gesamt, Vater, Familie, FreundInnen), internalisierte Homophobie, Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung, erste Reaktion der Mutter beim Coming

²¹ Danke an Mag. Verena Thaler für diese Überlegung.

Out und die jetzige Reaktion auf die sexuelle Orientierung (Gesamt, Mutter, Vater, Familie) zusammen.

Die Rate an jemals durchgeführten Suizidversuchen korrelierte nur mit der familiären Gewalt - und der Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung.

- (b) Personen, die ihr Coming-Out bereits in jüngeren Jahren hatten, waren nicht suizidaler; auch nicht, wenn sie zum Zeitpunkt der Befragung ebenfalls jung waren, d.h. wenn das Coming-Out noch nicht weit zurück lag. Dies spricht gegen die in der Literatur beschriebenen Ergebnisse (Remafedi, 1991; Wichstrøm & Hegna, 2003). Ein Grund dafür könnte sein, dass die Personen in dieser Untersuchung ihr Coming Out später hatten (im Schnitt mit über 20 Jahren) als die Personen in den genannten Studien. Vielleicht ist die Reaktion des sozialen Umfeldes nach der Schulzeit positiver, oder die Personen haben bis zu ihrem Coming Out bessere Coping-Strategien entwickelt.
- (c) Bisexuelle hatten im Vergleich zu homosexuellen und heterosexuellen Personen ausgeprägtere Werte in den Indikatoren für psychische Probleme, nämlich in der Depressivität, bei anderen psychischen Symptomen, Hoffnungslosigkeit und beim Selbstwert. Wie bereits erwähnt, ist hier zu beachten, dass sich die Vergleiche auf nicht-parallelisierte Stichproben beruhen.

Bisexuelle Personen wiesen außerdem höhere Werte in der internalisierten Homophobie auf, waren weniger in die Szene involviert und hatten eine geringere soziale Unterstützung (Mutter, Familie). Diese Ergebnisse decken sich aber auch mit jenen anderer Studien: Die Probandinnen, die sich in Lewis et al. (2001) als *vorwiegend* homosexuell definierten, gaben an, mehr Probleme mit der sexuellen Orientierung zu haben als ausschließlich homosexuelle Personen. Die bisexuellen Personen in Jorm et al. (2002) wiesen ebenfalls eine schlechtere psychische Verfassung auf als homo- und heterosexuelle. Vielleicht ist es schwieriger, eine bisexuelle Identität zu entwickeln und diese zu leben, oder eine bisexuelle Identifikation ist Ausdruck einer inneren Unsicherheit bezüglich der Identität und den damit verbundenen Problemen.

3. Die Vulnerabilitätshypothese besagt, dass die gleiche Ausprägung von Risikofaktoren bei homo- und bisexuellen Personen zu stärkerer Suizidalität führt als bei heterosexuellen. Bezüglich der gegenwärtigen Suizidversuchsgefährdung konnte dies für die Risikofaktoren Diskriminierungs-/Gewalterlebnisse, soziale Unterstützung durch die Mutter, den Vater und die Familie, Suizide im sozialen Netz, Depressivität, andere psychische Symptome, existentielle Motivation, Hoffnungslosigkeit, Selbstwert, sexuelle Inaktivität, Suizidgedanken und abgebrochene Suizidversuche im letzten Jahr bestätigt werden.

Es zeigten sich aber auch Ergebnisse konträr zur Vulnerabilitätshypothese, d.h. die Zusammenhänge des Risikofaktors mit der Suizidalität war bei den heterosexuellen Personen höher, und zwar für die Faktoren Suizidversuche im sozialen Netz und bei nahestehenden Personen und Tranquilizer-Gebrauch. Suizidversuche im sozialen Netz sind häufiger bei homo- und bisexuellen Personen als bei heterosexuellen. Trotzdem entwickeln homo-/bisexuelle Personen nicht mehr Suizidalität, je mehr Suizidversuche im sozialen Netz verübt worden sind. Es könnte sein, dass hier eigene Schutzmechanismen aufgebaut worden sind.

Für jemals durchgeführte Suizidversuche wurde die Vulnerabilitätshypothese (zumindest tendenziell) für die folgenden Risikofaktoren bestätigt: Frühere Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse und solche im letzten Jahr, körperliche Gewalterlebnisse im letzten Jahr, Maskulinität (nur bei Männern), Depressivität, existenzielle Motivation, Hoffnungslosigkeit, Selbstwert, Schwierigkeit bei der PartnerInnenfindung, Suizidgedanken und abgebrochene Suizidversuche. Gegen die Vulnerabilitätshypothese spricht das Ergebnis für den Tranquilizer-Gebrauch.

4. Multivariate Analysen

- (a) Für ernsthafte Suizidgedanken im letzten Jahr klärte ein Modell mit den allgemeinen Risikofaktoren und den soziodemografischen Variablen ca. 40% der Varianz auf. Allerdings sinkt diese Varianzaufklärung nach einer Bootstrap-Modellvalidierung auf 31%. Mit den spezifischen Risikofaktoren und den soziodemografischen Variablen konnten nur 20% der Varianz aufgeklärt werden (28% nach der Validierung). Ein Modell mit spezifischen und allgemeinen Risikofaktoren klärt also nicht mehr Varianz auf als ein Modell mit den allgemeinen Risikofaktoren alleine. Die allgemeinen Risikofaktoren Selbstwert, Hoffnungslosigkeit, existenzielle Motivation korrelieren sehr hoch untereinander, sodass sie zu einem Faktor zusammengefasst wurden.

Unabhängig von anderen Risikofaktoren klärten Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen, Depressivität, Tranquilizer-Gebrauch, aber vor allem der zusammengesetzte Faktor aus existentieller Motivation, Hoffnungslosigkeit und Selbstwert Varianz der ernshaften Suizidgedanken im letzten Jahr auf.

Für jemals durchgeführte Suizidversuche konnte ein Modell mit den allgemeinen Risikofaktoren und den soziodemografischen Variablen 27% (12% nach Bootstrap-Korrektur) der Varianz aufklären. Ein Modell mit den spezifischen Risikofaktoren und soziodemografischen Variablen klärt nur 10% (5% nach der

Korrektur) der Varianz auf. Ein Modell mit den spezifischen und den allgemeinen Risikofaktoren klärt wiederum nicht mehr Varianz auf als ein Modell mit den allgemeinen Risikofaktoren alleine.

Unabhängig von anderen Faktoren klärten folgende Risikofaktoren Varianz in der Rate jemals durchgeführter Suizidversuche auf: Diskriminierungs- /Gewalterlebnisse, Depressivität, Suizidversuche bei nahestehenden Personen und Suizidgedanken im letzten Jahr.

Die Faktoren Depressivität, Selbstwert, Hoffnungslosigkeit und existentielle Motivation korrelierten uni- und multivariat am höchsten mit Suizidalität. Diese Zusammenhänge sind auch schon in der Literatur beschrieben. Bemerkenswert ist, dass die Suizidalität im sozialen Netz und Diskriminierungs- bzw. Gewalterlebnisse auch nach Kontrolle anderer Faktoren signifikant Varianz aufklären, obwohl sie univariat eher gering mit der Suizidalität korrelierten. Umgekehrt ist dies für die internalisierte Homophobie der Fall. Obwohl sie univariat hoch mit Suizidalität korreliert, klärt sie multivariat nicht signifikant Varianz auf.

Die trotz der Vielzahl an erfassten Risikofaktoren eher geringe Varianzaufklärung könnte vermutlich durch nicht-lineare Regressions-Modelle und zusätzliche Interaktionsterme erhöht werden. Die zum Teil beträchtlich gesunkene Varianzaufklärung nach der Bootstrap-Validierung spricht für eine solche Vorgehensweise. Komplexere Modelle würden aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

- (b) Auch nach Kontrolle der soziodemografischen Variablen und der allgemeinen Risikofaktoren klärt die sexuelle Orientierung bezüglich den ernsthaften Suizidgedanken im letzten Jahr knapp signifikant, bezüglich der jemals durchgeführten Suizidversuche statistisch hochsignifikant Varianz auf. Dies ist insofern bemerkenswert, da eine Vielzahl von Risikofaktoren erhoben wurde.

Vielleicht fehlt ein kritischer Risikofaktor, der noch zusätzlich Varianz aufklären könnte. Ein potentieller Kandidat könnte Geschlechtsrollenkonformität in der Kindheit sein (Harry, 1983). In einer derzeit laufenden Studie wird von mir erhoben, inwieweit Geschlechtsrollenkonformität in der Kindheit indirekt über damit verbundene Diskriminierungserlebnisse mit Suizidalität zusammenhängt. Erste Ergebnisse unterstützen diese Hypothese teilweise (Plöderl, Fartacek, & Tremblay, n.d.). Es könnte allerdings auch sein, dass auch mit den in dieser Untersuchung berücksichtigten Variablen unter Verwendung von nicht-linearen Regressionsmodellen mit Interaktionstermen der Effekt der se-

xuellen Orientierung “erklärt” werden könnte. Vermutlich handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel vieler Einflussfaktoren, das sich nicht einfach empirisch prüfen lässt.

3.3 Psychische Gesundheit

1. Die Indikatoren für psychische Störungen (Depressivität und andere psychische Symptome) sind bei homo- und bisexuellen TeilnehmerInnen im Vergleich zu heterosexuellen Personen geringfügig stärker ausgeprägt.
2. Die Bestätigung der Stresshypothese ist im Punkt Suizidalität beschrieben, da es sich um die gleichen Risikofaktoren handelt (s.o.).

- (a) Folgende spezifischen Risikofaktoren korrelieren signifikant mit der Depressivität: Offenheit im sozialen Netz, gegenüber dem Vater, der Familie und den FreundInnen, internalisierte Homophobie (hier fand sich die höchste Korrelation), Zufriedenheit mit den homo- bzw. bisexuellen FreundInnen, familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung und über die sexuelle Orientierung mit der Mutter und mit der Familie sprechen können.

Für andere psychische Symptome fanden sich signifikante Korrelationen mit: Offenheit im sozialen Netz, gegenüber dem Vater und der Familie internalisierte Homophobie (hier fand sich die höchste Korrelation), Zufriedenheit mit den homo- bzw. bisexuellen FreundInnen, Diskriminierung/Gewalt und familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung, über die sexuelle Orientierung sprechen können (gesamtes soziales Netz, Mutter, Vater, Familie, FreundInnen), erste Reaktion auf das Coming Out (gesamtes soziales Netz, Mutter, Vater, Familie) und jetzige Reaktion (gesamtes soziales Netz, Mutter, Vater, Familie).

- (b) Diskriminierungs- und Viktimisierungserfahrungen, die aufgrund der sexuellen Orientierung motiviert waren, hingen nicht stärker mit der Depressivität zusammen, als allgemeine Viktimisierungserfahrungen und Diskriminierungserfahrungen, die nicht unbedingt aufgrund der sexuellen Orientierung motiviert waren. Für andere psychische Symptome fanden sich geringfügig höhere Zusammenhänge, jedoch nicht bei körperlicher und familiärer Gewalt.

3. Die Vulnerabilitätshypothese ist bezüglich der Depressivität für folgende Risikofaktoren bestätigt: Soziale Unterstützung durch die Mutter, sexuelle Inaktivität, Schwierigkeiten in der PartnerInnenfindung und niemals durchgeführte Suizidversuche. Ergebnisse gegen die Vulnerabilitätshypothese finden sich für die Suizidalität

im sozialen Netz und im Alkoholkonsum.

Für andere psychische Symptome ist die Vulnerabilitätshypothese für folgende Faktoren bestätigt: Diskriminierung/Gewalt, Femininität (bei Männern) und ungeschützter Sexualverkehr. Gegen die Vulnerabilitätshypothese sprechen die Ergebnisse für Suizidalität im sozialen Netz und Alkoholkonsum.

4. Multivariate Analysen:

- (a) Ein multivariates Modell mit den soziodemografischen Variablen und den allgemeinen Risikofaktoren klärt ca. 40% der Varianz psychischer Symptome auf. Nach der Bootstrap-Korrektur verringert sich die Varianzaufklärung nur geringfügig auf 38%. Wieder zeigt sich, dass spezifische Risikofaktoren weniger stark Varianz aufklären können (18%, bzw. 14% nach Korrektur), und dass ein Modell mit spezifischen und allgemeinen Risikofaktoren nicht besser ist als eines mit den allgemeinen Risikofaktoren alleine.

Unabhängig von anderen Risikofaktoren klären das Alter, der Bildungsgrad, familiäre Gewalt, soziale Unterstützung durch die Familie, Gebrauch von Tranquilizern und vor allem der aus Hoffnungslosigkeit, existentieller Motivation und Selbstwert extrahierte Faktor.

- (b) Selbst nach Kontrolle für allgemeine Risikofaktoren und für soziodemografische Variablen klärt die sexuelle Orientierung noch signifikant viel Varianz bezüglich psychischer Symptome auf.

3.4 Internalisierte Homophobie

1. Es zeigte sich, dass das Ausmaß an internalisierter Homophobie signifikant mit einigen aus der Allgemeinbevölkerung bekannten Faktoren für Homophobie zusammenhing, und zwar mit dem Alter (je älter umso homophober), Geschlecht (Männer sind homophober als Frauen), der Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft (je stärker die Zugehörigkeit umso homophober) und Parteizugehörigkeit (ÖVP/FPÖ-SympathisantInnen sind homophober als SympathisantInnen der SPÖ/Grünen). Keine signifikanten Zusammenhänge fanden sich mit dem Bildungsgrad, der Urbanität und der Nationalität.
2. Personen mit stärkerer internalisierter Homophobie weisen auch einen niedrigeren Selbstwert auf. Es könnte der Fall sein, dass internalisierte Homophobie zu einer generellen Abwertung der eigenen Person führt. Die Kausalrichtung könnte aber auch umgekehrt sein.

3.5 Zusätzliche, nicht aus dem Theorieteil ableitbare Hypothesen

1. Die Schwierigkeit, PartnerInnen zu finden, hing bei homo- und bisexuellen Personen nicht signifikant mit dem Alter zusammen. Werden Frauen und Männer getrennt betrachtet, so fand sich bei den Männern ein knapp nicht signifikanter Zusammenhang, d.h. je älter die Männer waren, umso schwieriger war es für sie, einen Partner zu finden.
2. Die Schwierigkeit, PartnerInnen zu finden, hängt mit der psychischen Gesundheit und der Suizidalität (mit Ausnahme durchgeführter Suizidversuche) zusammen, und zwar unabhängig von der sexuellen Orientierung, d.h. je schwieriger es ist PartnerInnen zu finden, umso schlechter ist die psychische Verfassung.

Kritisch ist anzumerken, dass es unklar war, was unter "Partner" zu verstehen ist. Es könnte sich um LebenspartnerInnen oder um SexualpartnerInnen handeln.

3. Vier von 11 homo- oder bisexuellen Personen (36%) mit nichtdeutscher Muttersprache versuchten sich, das Leben zu nehmen. Dieses besorgniserregendes Ergebnis stützt die Hypothese, dass Personen mit einem Doppelstigma (Homosexualität und kultureller Minoritätenstatus) besonders gefährdet sind. Es bedarf weiterer Studien mit einer größeren Anzahl an Mitgliedern von kulturellen Minoritäten.

3.6 Zusätzliche Ergebnisse

Geschlechtsunterschiede: In der niederländischen Zufallsstichprobe von Sandfort et al. (2003) fanden sich keine Unterschiede in der Lebensqualität von homo- und heterosexuellen Frauen. Dieses Ergebnis konnte mit der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden. Sowohl homo-/bisexuelle Männer als auch homo-/bisexuelle Frauen hatten - im Vergleich zu ihren heterosexuellen GeschlechtsgenossInnen - negativere Werte in der psychischen Gesundheit und der Suizidalität.

Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse: Generell berichten die Männer mehr über Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen als die Frauen, unabhängig von der sexuellen Orientierung. Ein überraschendes Ergebnis war, dass heterosexuelle Männer in der Vergangenheit mehr Diskriminierungserlebnisse hatten als homo- oder bisexuelle Männer, bei Frauen war dies umgekehrt der Fall. Vielleicht erlebten homosexuelle Männer weniger Gewalt, weil sie sich aufgrund weniger geschlechtsrollentypischen Interessen weniger in gefährlichere Situationen (z.B. Schlägereien) begaben. Bei den homo-

und bisexuellen Frauen ist der Effekt umgekehrt, was mit dem gleichen Argument erklärt werden könnte, falls die Frauen in ihrer Kindheit jungentypischere Interessen hatten.

Aufgrund der sexuellen Orientierung wurden 30% der Männer und 20% der Frauen verbal bedroht, 15% der Männer und 9% der Frauen wurden schon einmal körperlich bedroht. 14% der Männer sind aufgrund ihrer sexuellen Orientierung schon einmal gestoßen oder geschlagen worden, bei den Frauen war dies bei 4% der Fall. 20% der homo- oder bisexuellen Männer wurden aufgrund ihrer sexuellen Orientierung sexuell belästigt, und ebensoviele hatten unfreiwillige Sexualkontakte. Bei den Frauen war dies in 10% bzw. 1% der Fall. Es ist unklar, ob damit sexueller Missbrauch in der Kindheit oder ein späterer Vorfall gemeint war. Es könnte sein, dass Personen am Beginn ihrer Identitätsfindung gegen ihren Willen Sexualkontakte eingegangen sind. Innerhalb der Familie wurden 13% der Männer und 11% der Frauen wegen ihrer sexuellen Orientierung angeschrien oder beschimpft. 14% der Männer und 11% der Frauen wurden von ihren KollegInnen wegen ihrer sexuellen Orientierung unfair behandelt, 8% bzw. 5% von den Vorgesetzten.

Gewalterfahrungen, die aufgrund der sexuellen Orientierung passierten, wurden von 46% der Personen nicht der Polizei gemeldet, vor allem aus Angst oder Scham, oder weil der Schaden zu geringfügig war.

Kritisch an der vorliegenden Untersuchung ist, dass subtilere Formen von Diskriminierung, nicht erfasst wurden (z.B. Kontaktvermeidung, Gerüchte, nonverbale Diskriminierung, etc.). Vielleicht sind dies die heute üblicheren Methoden der Unterdrückung.

Soziale Unterstützung: Ein Muster findet sich durchgängig für alle Indikatoren der sozialen Unterstützung, nämlich, dass die Väter am wenigsten unterstützend/akzeptierend beurteilt wurden, gefolgt von den Müttern, den Geschwistern und den FreundInnen (in dieser Reihenfolge). Ähnlich wie in anderen Studien (Ben-Ari, 1995; Cramer, 1988) verbesserte sich nach dem Coming Out die Beziehung zu den Eltern, aber viele Väter (27%) und Mütter (19%) reagierten auch nach dem Coming-Out noch negativ oder sehr negativ auf die sexuelle Orientierung. Im Vergleich dazu reagierten "nur" 11% der gesamten Familie (Eltern und Geschwister), und nur 1% der FreundInnen gegenwärtig negativ auf die Homo- oder Bisexualität.

In anderen Studien zeigt sich, dass Geschwister bezüglich der sozialen Unterstützung eher hinter den Eltern rangieren, vor allem hinter der Mutter (Griffith, 1985; Nestmann & Schmerl, 1992; Wellman, 1992). Die Personen dieser Untersuchung schätzten jedoch die Unterstützung durch die Geschwister eindeutig positiver ein als jene durch die Eltern. Eine Erklärung könnte sein, dass Geschwister weniger Erwartungen bezüglich einer erwünschten sexuellen Orientierung ihrer Geschwister haben, im Gegensatz zu den Eltern. Auch Jones (z.n. Strommen, 1989) fand, dass die Geschwister im Gegensatz zu den Eltern weniger mit Schuld und Schamgefühlen auf das Coming-Out reagieren.

Die von den Personen angegebenen Gründe zur Verhinderung der Suizidversuche fallen ebenfalls in den Bereich soziale Unterstützung. So hatten nur zwei Personen auf ausgeprägte Formen der Diskriminierung hingewiesen. Die Gründe, die den/die Suizidversuch(e) verhindert hätten, waren laut Angaben der Personen, die einen Suizidversuch verübten: Verständnis, Akzeptanz und/oder Toleranz und Gespräche, mehr Selbstbewusstsein, mehr Unterstützung in bzw. weniger Probleme mit der Familie, FreundInnen und Therapien. Am dritthäufigsten wurde geäußert, und das ist bedenklich, dass "nichts" geholfen hätte. Diese genannten Gründe könnten Hinweise dafür sein, dass die Personen weniger durch das Vorhandensein von offensichtlichen Formen der Diskriminierung bzw. Gewalt ihre "Lebensgrundlage" verlieren, sondern durch die Abwesenheit von Akzeptanz, Toleranz und Verständnis. Ein Indiz für eine in Österreich eher schwierige Situation für schwule, lesbische und bisexuelle Personen ist das - im Vergleich zu anderen Ländern - relativ hohe Alter bei den ersten gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten.

Für Präventions- und Interventionsprojekte lassen sich daraus zwei Folgerungen ziehen: erstens sollten bei der Beratung und der Krisenintervention FreundInnen und Geschwister eher zur Mithilfe herangezogen werden als Eltern, weil mehr Akzeptanz von ihnen erwartet werden kann. Zweitens sollten Eltern dazu angeregt werden, sich mit der sexuellen Orientierung Ihrer Kinder *vor* dem Coming Out auseinanderzusetzen, denn das Coming Out erfolgt meist in einer ohnehin durch Konflikte geprägten Zeit. Familiäre Unterstützung war auch für zum Zeitpunkt der Befragung ältere TeilnehmerInnen dieser Studie ein Prädiktor für die psychische Gesundheit und die Suizidalität.

3.7 Persönliches Resümee

Die gefundenen Ergebnisse können und sollen kritisch betrachtet werden. Man könnte die gefundene höhere Rate an Suizidversuchen bei den homo- bzw. bisexuellen TeilnehmerInnen auf methodische Probleme zurückführen. Man könnte und sollte als nächsten Schritt die Suizidversuchsraten an einer österreichischen und deutschen Zufallsstichprobe validieren. Einen ersten Schritt in diese Richtung habe ich kürzlich gemacht, indem ich StudienteilnehmerInnen über das soziale Netzwerk von Studierenden rekrutiert hatte. 9% konnten als homo- oder bisexuell klassifiziert werden, und diese hatten deutlich höhere Raten an Suizidversuchen, "wahren" Suizidversuchen, und solchen bei denen der Wunsch zu sterben vorhanden war (Plöderl & Fartacek, 2005). Meines Wissens wurden derart strenge Kriterien für Suizidversuche in keiner publizierten Studie verwendet. Trotzdem zeigten sich Unterschiede zwischen homo- bzw. bisexuellen und heterosexuellen Personen. Es ist daher sehr unwahrscheinlich, dass bei repräsentativen Untersuchungen die Problematik nicht replizierbar ist.

Für die Validität von selbstberichteter Suizidalität spricht auch die Studie von Qin et al. (2003). Es hat sich gezeigt, dass selbst in Dänemark und bei homosexuellen Personen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften die Suizid(!)raten eindeutig erhöht sind.

Daher sollten bereits jetzt zur Suizid(versuchs)prävention bei homo- und bisexuellen Menschen Maßnahmen gesetzt werden. Diese sollten einerseits bei homo- und bisexuellen Personen selbst ansetzen, z.B. in Form von Peer-Hilfsnetzwerken. Andererseits ist es auch nötig, dass bestehende Hilfseinrichtungen über die spezifischen Bedürfnisse und Probleme homo- und bisexueller Personen Bescheid wissen. Es gibt Hinweise, dass dieses Wissen nicht vorhanden ist. Kaum jemand von 129 im Gesundheitsbereich mit Jugendlichen arbeitenden Professionellen in London wusste, dass schwule Jugendliche ein höheres Risiko für suizidales Verhalten haben (Crawford, Geraghty, Street, & Simonoff, 2003), und HBS Personen mit einer chronischen psychischen Störung waren deutlich weniger mit Gesundheitseinrichtungen zufrieden als vergleichbare heterosexuelle Personen (Avery, Hellman, & Sudderth, 2001). Anzumerken ist hier auch, dass in Publikationen oftmals vorhandene Studien über das Suizidalitätsproblem in der homo- und bisexuellen Population nicht zitiert oder bagatellisiert werden (z.B. Catalan, 2000; Evans, Hawton, & Rodham, 2004; Muehrer, 1995). Andererseits sollte auch bei heterosexuellen Personen (Familien, SchülerInnen etc.) und auf der institutionalen Ebene angesetzt werden, z.B. durch - meines Erachtens längst überfällige - rechtliche Gleichstellungen. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass die erhöhte Suizidalität von homo- und bisexuellen Menschen eine Folge gesellschaftlicher Diskriminierung bzw. Nicht-Akzeptanz auf institutioneller und individueller Ebene ist. Dabei sind nicht nur homo- und bisexuelle Menschen betroffen. Auch heterosexuelle Menschen leiden unter homophober Diskriminierung; sie sind im Vergleich zu homo- und bisexuellen Menschen sogar in der Mehrzahl, wie aus den Ri-

sikoverhaltensstudien an Jugendlichen bekannt ist (Reis & Saewyc, 1999). Jugendliche, die sich als heterosexuell bezeichneten, die aber von anderen homophob diskriminiert wurden, hatten gleich hohe Suizidversuchsrate wie homo- und bisexuelle Jugendliche. Darüber hinaus sind die Konsequenzen einer homophoben Gesellschaft für die individuelle Entwicklung - unabhängig von der sexuellen Orientierung - möglicherweise fatal, wenn Intimität zwischen gleichgeschlechtlichen Menschen ausgeklammert werden muss.

Anhang

Legende für die Variablen

abgebr.sv.12mon	Abgebrochene Suizidversuche in den letzten 12 Monaten
alkohol.ml	Mindestmenge an reinem Alkoholkonsum im letzten Monat
anz.partner.jahr	Anzahl der SexualpartnerInnen im letzten Jahr
erste.reaktion	Erste Reaktion auf das Coming Out
geoutet.familie	Offenheit bezüglich der sexuellen Orientierung der Familie gegenüber
gesamt.familie	Beurteilung der sozialen Unterstützung durch die Familie
gewalt.orient	Familiäre Gewalt aufgrund der sexuellen Orientierung
int.homophobie	Internalisierte Homophobie
jetzige.reaktion	Derzeitige Reaktion der Familie auf die sexuelle Orientierung
orient.bin	sexuelle Orientierung (binär, d.h. homo/bi- vs. heterosexuell)
pc1	Kombinierter Faktor aus Hoffnungslosigkeit, Selbstwert und existentieller Motivation
scl.gesamt	Gesamtwert in der Symptomcheckliste
sex.aktiv	Sexuelle Aktivität (ja / nein)
suizidalitaet.ggw	Gegenwärtige Suizidversuchgefährdung
suizidversuch.jemals.streng	“Wahre” Suizidversuche
s.netz.nahe	Suizide im sozialen Netz
sv.netz.nahe	Suizidversuche im sozialen Netz
szene	Involviertheit in die Homosexuellen-Szene
szzufr	Zufriedenheit mit den homosexuellen FreundInnen
tem.gesamt	Gesamtwert bei der Skala zur existentiellen Motivation
tranquilizer	Tranquilizer-Gebrauch im letzten Jahr
unsafesex	Anzahl der Sexualkontakte mit unsicheren Sexualpraktiken

Literaturverzeichnis

- Adam, B. D. (1978). Inferiorization and "self esteem". *Sociometry*, 41, 47-53. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Adam, B. D. (1992). The construction of a sociological homosexual in Canadian textbooks. In W. R. Dynes & S. Donaldson (Eds.), *Sociology of homosexuality* (Vol. XIII). New York: Garland Publishing. (Reprinted from an unpublished M.A. Thesis, University of Chicago)
- Adams, H. E., Wright, J. L. W., & Lohr, B. A. (1996). Is homophobia associated with homosexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 440-445.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.
- Alfermann, D. (1989). *Androgynie. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechterrollen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Altemeyer, B. (2001). Changes in attitudes toward homosexuals. *Journal of Homosexuality*, 42, 63-75.
- American Psychiatric Association. (1973). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders - DSM-III* (2 ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders - DSM-III* (3 ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders - DSM-III-R* (3 ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Gay & Lesbian Issues. Fact Sheet*. Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.thebody.com/apa/apafacts.html>.
- American Psychological Association. (2000). *Answers to your questions about sexual orientation and homosexuality*. Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.apa.org/pubinfo/answers.html>.
- Aronson, E. (1994). *Sozialpsychologie*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Avery, A. M., Hellman, R. E., & Sudderth, L. K. (2001). Satisfaction with mental health services among sexual minorities with major mental illness. *American Journal of Public Health*, 91, 990-991.
- Bachmann, I. (1961/2001). Ein Schritt nach Gomorrha. In *Das dreißigste Jahr. Erzählungen* (8 Aufl.). München: Piper.
- Bagemihl, B. (2000). *Biological exuberance. Animal homosexuality and natural diversity*. New York: St. Martin's Press.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (1997). Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males. *Crisis*, 18, 24-34.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (2000). Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *Crisis*, 21, 111-117.

- Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, *31*, 43-55.
- Barber, M. E. (2000). Examining differences in sexual expression and coming out between lesbians and gay men. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, *4*, 167-174.
- Barber, M. E., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (1998). Aborted suicide attempts: A new classification of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 385-389.
- Barber, M. E., Marzuk, P. M., Leon, A. C., & Portera, L. (2001). Gate questions in psychiatric interviewing: the case of suicide assessment. *Journal of Psychiatric Research*, *35*, 67-69.
- Bech, H. (1998). Homosexuelle Politik am *fin de siècle*. Das Verschwinden der Homosexuellen und das "Queere". In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Beck, U. (2003/1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bell, A. P., & Weinberg, M. S. (1974/1978). *Der Kinsey Institut Report über weibliche und männliche Homosexualität*. München: C. Bertelsmann Verlag.
- Bem, D. J. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 155-162.
- Ben-Ari, A. (1995). The discovery that an offspring is gay: Parents', gay men's, and lesbians' perspectives. *Journal of Homosexuality*, *30*, 89-112.
- Bender, R., & Benner, A. (2000). Calculating ordinal regression models in SAS and S-Plus. *Biometrical Journal*, *42*, 677-699.
- Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. (1998). *Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Lage junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin*. (Zugriff am 30.03.2004 auf http://www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/sie_liebt_sie/start.asp)
- Bührmann, A. D. (1998). Die gesellschaftlichen Konsequenzen der Wissensproduktion. Zum Verhältnis von (Sexual-) Wissenschaften und gesellschaftlichen Normalisierungsmechanismen. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Biechele, U. (2001). Schwule Jugendliche: Lebenssituation und psychosozialer Hilfebedarf. In *Beratung von Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII Fachtagung*

- des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland.*
Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Bleibtreu-Ehrenberg, G. (1981). *Homosexualität. Geschichte eines Vorurteils.* Frankfurt: Fischer.
- Bochow, M. (1993). Einstellung und Werthaltungen zu homosexuellen Männern in Ost- und Westdeutschland. In C. Lange (Hrsg.), *Aids. Eine Forschungsbilanz.* Berlin: Edition Sigma.
- Bochow, M. (1998). Zur Situation schwuler Männer in Klein- und Mittelstädten und im ländlichen Raum. Lebensverhältnisse und Bewältigungsstrategien. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart.* Münster: Lit Verlag.
- Bontempo, D. E., & D'Augelli, A. R. (2002). Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health, 30,* 364-374.
- Botnik, M. R., Heath, K. V., Cornelisse, P. G., Strathdee, S. A., Martindale, S. L., & Hogg, R. S. (2002). Correlates of suicide attempts in an open cohort of young men who have sex with men. *Canadian Journal of Public Health, 93,* 59-62.
- Bradford, J., Ryan, C., & Rothblum, E. D. (1994). National lesbian health care survey: Implications for mental health care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 228-242.
- Brown, G. K. (k.D.). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults [online].* Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.nimh.nih.gov/research/adultsuicide.pdf>.
- Brown, L. R. (1995). Lesbian identities: Concepts and issues. In A. R. D'Augelli & C. P. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan. psychological perspectives.* New York: Oxford University Press.
- Bux, D. A. (1996). The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review. *Clinical Psychology Review, 16,* 277-298.
- Carlson, H. M., & Steuer, J. (1985). Age, sex-role categorization, and psychological health in american homosexual and heterosexual men and women. *Journal of Social Psychology, 125,* 203-211.
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality, 4,* 219-235.
- Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *Journal of Homosexuality, 20,* 143-167.
- Catalan, J. (2000). Sexuality, reproductive cycle and suicidal behaviour. In K. Hawton & van Heeringen K. (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted*

- suicide* (2 ed.). New York: Wiley.
- Cato, J. E., & Canetto, S. S. (1993). Attitudes and beliefs about suicidal behavior when coming out is the precipitant of the suicidal behavior. *Sex Roles, 49*, 497-505.
- Chapman, L. J., & Chapman, J. (1971/1982). Test results are what you think they are. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press. (Orig. in *Psychology Today*, Nov. 1971, pp. 18-22, 106-110)
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health, 90*, 573-578.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health service use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 53-61.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 248-255.
- Cole, S. W., Kemeny, E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology, 243-251*.
- Coleman, E. (1982). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality, 7*, 31-43.
- Comstock, G. D. (Ed.). (1991). *Violence against lesbians and gay men*. New York: Columbia University Press.
- Corliss, H. L., Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse & Neglect, 26*, 1165-1178.
- Coxell, A., King, M., Mezey, G., & Gordon, D. (1999). Lifetime prevalences, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: cross sectional survey. *British Medical Journal, 318*, 846-850.
- Cramer, D. W. (1988). Coming out to mom and dad: a study of gay males and their relationships with their parents. *Journal of Homosexuality, 15*, 79-91.
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., & Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 623-633.
- Daly, M., & Wilson, M. (1998). The evolutionary social psychology of family violence. In C. Crawford & D. L. Krebs (Eds.), *Handbook of evolutionary psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dank, B. M. (1992). Coming out in the gay world. In W. R. Dynes & S. Donaldson

- (Eds.), *Sociology of homosexuality* (Vol. XIII). New York: Garland Publishing. (Reprinted from *Psychiatry* 34 (180-197))
- Dannecker, M. (2001). Das verschwundene Problem: Homosexualität und Psychoanalyse. In *Beratung von Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 1008-1027.
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. (2001). Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide and Life Threatening Behavior, 31*, 250-264.
- D'Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youths and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 361-371.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Suicidal behavior. theories and research findings. In D. De Leo, U. Billi-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Definitions of suicidal behavior*. Göttingen: Hogrefe.
- Dennert, G. (2004). *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Herbholzheim: Centaurus Verlag.
- Desroches, F. J. (1992). Tearoom trade: A research update. In W. R. Dynes & S. Donaldson (Eds.), *Sociology of homosexuality* (Vol. XIII). New York: Garland Publishing. (Reprinted from *Qualitative Sociology* 13 (39-61))
- Diaz, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health, 91*, 927-932.
- Dobler, J. (1993). *Antischwule Gewalt in Niedersachsen*. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium.
- Dose, R. (1998). Der wissenschaftlich-homosexuelle Tarnverein im Wandel der Zeit. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Dörner, G., Geier, T., Ahrens, L., Krell, L., Münx, G., Sieler, H., et al. (1980). Prenatal stress as possible aetiological factor of homosexuality in human males. *Endokrinology, 75*, 365-368.
- DuRant, R. H., Krowchuk, D. P., & Sinal, S. H. (1998). Victimization, use of violence, and drug use at school among male adolescents who engage in same-sex sexual behavior. *Journal of Pediatrics, 133*, 113-118.

- Eagles, J. M., Carson, D. P., Begg, A., & Naji, S. A. (2003). Suicide prevention: a study of patients' views. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 261-265.
- Eckhard, P. (2000). *Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Eder, F. X. (1997). Von "Sodomiten" und "Konträrsexuellen". Die Konstruktion des "Homosexuellen" Subjekts im Deutschsprachigen Wissenschaftsdiskurs des 18. und 19. Jahrhunderts. In B. Hey, R. Pallier, & R. Roth (Hrsg.), *Que(e)rdenken. Weibliche männliche Homosexualität und Wissenschaft*. Innsbruck: Studienverlag.
- Elizur, Y., & Mintzer, A. (2001). A framework for the formation of gay male identity: Processes associated with adult attachment style and support from family and friends. *Archives of Sexual Behavior*, *30*, 143-167.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, *24*, 957-979.
- Fassinger, R. E., & Brett, A. M. (1996). Validation of an inclusive model of sexual minority identity formation on a sample of gay men. *Journal of Homosexuality*, *32*, 53-78.
- Faulkner, A. H., & Cranston, K. (1998). Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of massachusetts high school students. *American Journal of Public Health*, *88*, 262-266.
- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K. C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., et al. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, *330*, 396-403.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, *56*, 86-880.
- Ferring, D., & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, *42*, 284-292.
- Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit. Erster Band. Der Wille zum Wissen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fox, J. (2002). *An R and S-Plus companion to applied regression*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fox, R. C. (1995). Bisexual identities. In A. R. D'Augelli & C. P. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan. Psychological perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Fox, R. J., Crask, M. R., & Kim, J. (1988). Mail survey response rate: A meta analysis of selected techniques for inducing response. *Public Opinion Quarterly*, *52*, 467-491.

- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- Garnets, L., Herek, G., & Levy, B. (1990). Violence and victimization of lesbians and gay men: Mental health consequences. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 366-383.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, J., & DuRant, R. H. (1998). The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics, 101*, 895-902.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Lawrence, R., & Wissow, S. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 152*, 487-493.
- Gebhard, P. H. (1972). Incidence of overt homosexuality in the United States and western Europe. In J. M. Livingood (Ed.), *National institute of mental health task force on homosexuality: Final report and background papers*. Washington. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Gentry, C. S. (1987). Social distance regarding male and female homosexuals. *Journal of Social Psychology, 127*, 199-208.
- Gibson, P. (1989). Gay male and lesbian youth suicide. In M. R. Feinlieb (Ed.), *Report of the secretary's task force on youth suicide* (Vol. 3). U.S. Department of Health and Human Services.
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health, 91*, 933-939.
- Goffman, I. (1963/2001). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt / Main: Suhrkamp.
- Gonsiorek, J. C. (1995). Gay male identities: Concepts and issues. In A. R. D'Augelli & C. P. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan. psychological perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Green, D. P., Glaser, J., & Rich, A. (1998). From lynching to gay bashing: The elusive connection between economic conditions and hate crime. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 82-92.
- Green, R. (1987). *The sissy boy syndrome and the development of homosexuality*. New Haven: Yale University Press.
- Greenberg, D. F. (1988). *The Construction of Homosexuality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Griffith, J. (1985). Social support providers: Who are they? where are they met? and the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology, 6*, 41-60.

- Hacking, I. (1992). Making up people. In E. Stein (Ed.), *Forms of desire. sexual orientation and the social constructionist controversy* (chap. 5). New York: Routledge.
- Hacking, I. (1999). *Was heißt soziale Konstruktion. Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. (Deutsche Übers.)*. Frankfurt: Fischer.
- Halpert, S. C. (2002). Suicidal behavior among gay male youth. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 6, 53-79.
- Hark, S. (1998). Umstrittene Wissensterritorien. Feminismus und Queer Theory - Reflexivität als Programm. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Harrell, F. E. (2001). *Regression modeling strategies with applications to linear models, logistic regression, and survival analysis*. New York: Springer.
- Harry, J. (1983). Parasuicide, gender, and gender deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 350-361.
- Harry, J., & Lovely, R. (1979). Gay marriages and communities of sexual orientation. *Alternative Lifestyles*, 2, 177-200. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Haslanger, S. (2003). Social construction: The „debunking“ project. In F. F. Schmitt (Ed.), *Socializing metaphysics. the nature of social reality*. Lanham, MD.: Rowman and Littlefield.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *ADS. Allgemeine Depressions Skala. Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- Hawton, K., & Heeringen, K. van (Eds.). (2002). *Suicide and attempted suicide* (2 ed.). New York: Wiley.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hegener, W. (1998). Von der schwulen Identität, die nicht aufhört, aufzuhören. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Herek, G. M. (1987). Can functions be measured? a new perspective on the functional approach to attitudes. *Social Psychology Quarterly*, 50, 285-303.
- Herek, G. M. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *The Journal of Sex Research*, 25, 451-477.
- Herek, G. M. (1989). Hate crimes against lesbians and gay men: Issues for research and policy. *American Psychologist*, 44, 948-955.
- Herek, G. M. (1991). Stigma, prejudice, and violence against lesbians and gay men. In J. C. Gonsiorek & J. D. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research implications for*

- public policy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Herek, G. M., & Berrill, K. T. (1990). Documenting the victimization of lesbians and gay men. *Journal of Interpersonal Violence*, *5*, 301-315.
- Herell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V. R., Lyons, M., Eisen, S., et al. (1999). Sexual orientation and suicidality. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 867-874.
- Hershberger, S. L., & D'Augelli, A. R. (1995). The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Developmental Psychology*, *31*, 65-74.
- Hewstone, M., Rubin, M., & Willis, H. (2001). Intergroup bias. *Annual Review of Psychology*, *53*, 575-604.
- Hey, B., Pallier, R., & Roth, R. (1997). *Que(e)rdenken. Weibliche männliche Homosexualität und Wissenschaft*. Innsbruck: Studienverlag.
- Hirsch, J. K., & Ellis, J. B. (1998). Reasons for living in homosexual and heterosexual young adults. *Archives of Suicide Research*, *4*, 243-248.
- Hirschfeld, M. (1914). *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes* (3. Aufl.; I. Bloch, Hrsg.). Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung.
- Hofmann, R. (1997). Homophobie und Identität I: Que(e)r Theory. In B. Hey, R. Pallier, & R. Roth (Hrsg.), *Que(e)rdenken. Weibliche / männliche Homosexualität und Wissenschaft*. Innsbruck: Studienverlag.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, *21*, 18-31.
- Humphreys, L. (1970). *Tearoom trade: Impersonal sex in public places*. New York: Aldine Publishing Company.
- Isay, R. (1996). *Becoming gay. The journey to self-acceptance*. New York: Henry Holt and Company.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, A., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *The British Journal of Psychiatry*, *180*, 423-427.
- Katholischer Nachrichtendienst. (2002). *Mitteilung der Kongregation für den Klerus*. (Zugriff am 30.03.2004 auf <http://kath.net/detail.php?id=3945>)
- Kemena, B. (2000). Changing homosexual orientation? considering the evolving activities of change programs in the United States. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, *4*, 85-93.
- Kennedy, H. (2001). *Karl Heinrich Ulrichs. Leben und Werk* (2 Aufl.). Hamburg: MännerschwarmSkript Verlag.
- Kerkhof, A. J. (2002). Attempted suicide: Patterns and trends. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (2

- ed.). New York: Wiley.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. (1953). *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Klein, A. M. (1989). Managing deviance: Hustling, homophobia, and the bodybuilding subculture. *Deviant Behavior*, 10, 11-27.
- Kraemer, H. C. (2004). Reconsidering the odds ratio as a measure of 2 x 2 association in a population. *Statistics in Medicine*, 23, 257-270.
- Krafft-Ebing, v. R. (1886/1993). *Psychopathia Sexualis*. München: Matthes & Seitz. (Nachdruck der deutschen Ausgabe)
- Krampen, G. (1994). *Skalen zur Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-Skalen)*. Deutsche Bearbeitung und Weiterentwicklung von Aaron T. Beck. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kurdek, L. A. (1988). Perceived social support in gays and lesbians in cohabitating relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 504-509.
- Laun, A. (2001). *Homosexualität aus katholischer Sicht*. Eichstätt: Franz Sales Verlag.
- Lautmann, R., Hutter, J., & Koch, V. (1993). Typen des Stigma-Managements und sexuellen Handlungsstils bei homosexuellen Männern. Auswirkung auf die Prävention. In C. Lange (Ed.), *Aids. Eine Forschungsbilanz*. Berlin: Edition Sigma.
- Lautmann, R., & Wienold, H. (1977). Antihomosexualität und demokratische Kultur in der BRD. In R. Lautmann (Ed.), *Seminar: Gesellschaft und Homosexualität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Le Vay, S. (1996). *Queer science: The use and abuse of research into homosexuality*. Cambridge: MIT Press.
- Levine, M. P. (1979). Gay ghetto. In M. P. Levine (Ed.), *Gay men: The sociology of male homosexuality*. New York: Harper Collins. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Lewinston, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305.
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Berndt, A., Morris, L. M., & Rose, S. (2001). An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians. *Journal of Homosexuality*, 42, 63-88.
- Leznoff, M., & Wesley, W. A. (1956). The homosexual community. *Social Problems*, 3, 257-263. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Lienert, G. A. (1989). *Testaufbau und Testanalyse* (Vol. 4). München: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M., Goodstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal*

- of *Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Martin, A. D., & Hetrick, E. S. (1988). The stigmatization of the gay and lesbian adolescent. *Journal of Homosexuality*, 15, 163-183.
- Massachusetts Department of Education. (1999). *Massachusetts youth risk behavior survey*. Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.doe.mass.edu/hssss/yrbs99>.
- Mathy, R. M. (2002). Suicidality and sexual orientation in five continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 7, 215-225.
- McBee-Strayer, S. M., & Rogers, J. R. (2002). Lesbian, gay, and bisexual suicidal behavior: Testing a constructivist model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 272-283.
- McDaniel, J. S., Purcell, D., & D'Augelli, A. R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31, 84-105.
- McIntosh, M. (1968). The homosexual role. *Social Problems*, 16, 182-192. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, L. E., & O'Carroll, W. O. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 41-49.
- Mendelson, G. (2003). Homosexuality and psychiatric nosology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 678-683.
- Mentzos, S. (1984). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt: Fischer.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Muehrer, P. (1995). Suicide and sexual orientation: A critical summary of recent research and directions for future research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 72-81.
- Mummendey, A., & Otten, S. (2001). Aversive discrimination. In R. Brown & S. L. Gaertner (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Intergroup processes*. Malde, MA: Blackwell Publishers.
- NCS Pearson. (1997). *Increasing Response Rates*. Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.ncspearson.com>.
- Nestmann, F., & Schmerl, C. (1992). Wer hilft im Alltag? *Gruppendynamik*, 23(2), 161-179.
- Nindl, A. (2001). *Einstellung zum Suizid, existentielle Motivation und Suizidalität. Eine vergleichende empirische Studie mit suizidpräventiv relevanten Berufsgruppen und*

- einer klinischen Stichprobe im Rahmen des Projekts: Suizidprävention Salzburg. Unveröffentl. Dissertation, Universität Salzburg.
- Nurius, P. S. (1983). Mental health implications of sexual orientation. *The Journal of Sex Research, 19*, 119-136.
- O'Carroll, P. W., L., B. A., Maris, R. W., Moscicki, E. K., L., T. B., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life Threatening Behavior, 26*, 237-252.
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L., Moskowitz, J., Canchola, J., Mills, T., et al. (2002). Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and antecedents. *American Journal of Public Health, 92*, 1338-1345.
- Paykel, G., Myers, J. K., Lindethal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry, 124*, 460-469.
- Pettigrew, T. F., & Meertens, R. W. (1994). Subtle and blatant prejudice in western europe. In E. Aronson (Ed.), *Readings about the social animal*. New York: Freeman and Co.
- Petty, R. E., Fleming, M. A., & White, P. H. (1999). Stigmatized sources and persuasion: Prejudice as a determinant of argument scrutiny. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 19-34.
- Petty, R. E., Wegener, D. T., & Fabrigar, L. F. (1997). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology, 48*, 609-647.
- Plöderl, M., & Fartacek, R. (2005, September). *Nonfatal suicidality and sexual orientation: First Austrian evidence*. Poster presented at the 23th world congress of the International Association for Suicide prevention, Durban, South Africa.
- Plöderl, M., Fartacek, R., & Tremblay, P. (o.D.). *Childhood gender nonconformity, childhood harassment, sexual orientation, and associations with suicidality recalled by Austrian adults*. (Unveröffentl. Manuskript, Universität Salzburg)
- Plöderl, M., & Sauer, J. (in Druck). Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen. Eine metaanalytische Zusammenfassung internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*.
- Pourjalali, H., & Kimbrell, J. (1999). Effects of four instrumental variables on survey response. *Psychological Reports, 75*, 895-898.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry, 160*, 765-772.
- R Development Core Team. (2003). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria. (ISBN 3-900051-00-3, Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.R-project.org>)

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ratzinger, J., & Amato, A. (2003). *Erwägungen zu den Entwürfen einer rechtlichen Anerkennung der Lebensgemeinschaften zwischen homosexuellen Personen*. Zugriff am 30.03.2004 auf http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20030731_homosexual-unions_ge.html.
- Raupp, J. (1998). "it" goes public...Probleme in den Arenen öffentlicher Kommunikation. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Reis, B., & Saewyc, E. (1999). *Eighty-three-thousand youth: Selected findings of eight population based studies as they pertain to anti-gay harassment and the safety and well-being of sexual minority students*. Zugriff am 30.03.2003 unter <http://www.safeschools-wa.org>. The Safe Schools Coalition of Washington.
- Reiss, A. J. (1961). The social integration of queers and peers. *Social Problems*, 9, 102-120. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Remafedi, G. J. (1987). Adolescent homosexuality: Psychosocial and medical implications. *Pediatrics*, 79, 331-337.
- Remafedi, G. J. (1991). Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics*, 87, 869-875.
- Remafedi, G. J. (1992). Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*, 89, 714-721.
- Remafedi, G. J., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population based study. *American Journal of Public Health*, 88, 57-60.
- Robertson, J. E. (2003). Rape among incarcerated men: Sex, coercion and STDs. *Aids Patient Care and STDs*, 17, 423-430.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, R., Rosnow, R. L., & Rubin, D. B. (2000). *Contrasts and effect sizes in behavioral research. A correlational approach*. Cambridge: University Press.
- Ross, M. W. (1990). The relationship between life events and mental health in homosexual men. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 402-411.
- Roth, R. (1998). (K)Eine Atempause. Neue soziale Bewegungen als Kontext der Schwulen- und Lesbenbewegung. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.

- Rotheram-Borus, M. J., Rosario, M., & Koopman, C. (1991). Minority youths at high risk: Gay males and runaways. In S. Gore & M. E. Colten (Eds.), *Adolescents, stress, and coping*. NY: Aldine de Gruyter.
- Rotheram-Borus, M. J., Rosario, M., Van Rossem, R., Reid, H., & Gillis, R. (1995). Prevalence, course, and predictors of multiple problem behaviors among gay and bisexual male adolescents. *Developmental Psychology, 31*, 75-85.
- Rowen, C. J., & Malcolm, J. P. (2002). Correlates of internalized homophobia and homosexual identity formation in a sample of gay men. *Journal of Homosexuality, 43*, 77-92.
- Russell, S. T. (2003). Sexual minority youth and suicide risk. *American Behavioral Scientist, 46*, 1241-1257.
- Russell, S. T., & Joyner, K. J. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91*, 1276-1281.
- Rust, P. C. (2000). Review of the statistical findings about bisexual behavior, feelings, and identities. In P. C. Rust (Ed.), *Bisexuality in the United States. A social science reader*. New York: Columbia University Press.
- Saewyc, E. M., Bauer, G. R., Skay, C. L., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., Reis, E., et al. (2004). Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health, 35*, 345.e1-15.
- Safren, S. A., & Heimberg, R. G. (1999). Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 859-866.
- Sandfort, T. G., deGraaf, R., & Bijl, R. V. (2003). Same-sex sexuality and quality of life: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 15-22.
- Sandfort, T. G., deGraaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex behaviour and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 58*, 85-91.
- Sauer, J., Thiele, C., & Feichtinger, L. (2001). *Aggressionspotential bei Halleiner Jugendlichen. eine Ist-Zustands-Analyse*. Unveröff. Typoskript, Salzburg.
- Savin-Williams, R. C. (1995). An exploratory study of pubertal maturation timing and self-esteem among gay and bisexual male youths. *Developmental Psychology, 31*, 56-64.
- Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide attempts among sexual-minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 983-991.
- Schneider-Düker, M., & Kohler, A. (1988). Die Erfassung von Geschlechtsrollen. Ergebnisse zur deutschen Neukonstruktion des Bem Sex-Role-Inventary. *Diagnostica, 34*, 256-270.

- Seeck, A. (1998). Das Verhältnis von Wissenschaft und Politik im Selbstverständnis der Sexualwissenschaft. In U. Ferdinand, A. Pretzel, & A. Seeck (Hrsg.), *Verqueere Wissenschaft? Zum Verhältnis von Sexualwissenschaft und Sexualreformbewegung in Geschichte und Gegenwart*. Münster: Lit Verlag.
- Sell, R. L. (1996). The sell assessment of sexual orientation: Background and scoring. *Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity*, 4, 295-310.
- Sell, R. L., Wells, D. W., & Wypij, D. (1995). The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom, and France: Results of national population-based samples. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 235-248.
- Senn, C. Y., Verberg, N., Desmarais, S., & Wood, E. (2000). Sampling the reluctant participant: A random-sample response-rate study of men and sexual coercion. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 96-105.
- Shaffer, D., Fisher, P., Hicks, R. H., Parides, M., & Gould, M. (1995). Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 64-71.
- Skegg, K., Shyamala, N. R., Dickson, N., Paul, C., & Williams, S. (2003). Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 541-546.
- Spiegelhalter, D. J., A., T., & Best, N. G. (1999). Winbugs version 1.2 user manual. (MRC Biostatistics Unit, zugegriffen am 30.03.2004 auf <http://www.mrc-bsu.cam.ac.uk/bugs/>)
- Statistik Austria. (2003). *Statistisches Jahrbuch Österreichs*. Zugriff am 30.03.2004 auf <http://www.statistik.at/jahrbuch/deutsch/start.shtml>.
- Stein, E. (1992). Conclusion: The essentials of constructionsism and the construction of essentialism. In E. Stein (Ed.), *Forms of desire. sexual orientation and the social constructionist controversy* (chap. 12). New York: Routledge.
- Stephan, G. E., & McMullin, D. R. (1982). Tolerance of sexual nonconformity: City size as a situational and early learning determinant. *American Sociological Review*, 47, 411-415.
- Strommen, E. F. (1989). „you´re a what?“ family member reactions to the disclosure of homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 18, 37-58.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Troiden, R. R. (1989). The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality*, 17, 43-73.
- Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. H., & Sonenstein, F. L. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting

- with computer survey technology. *Science*, 280, 867-873.
- Uhle, J. (1994). *Jugendgewalt gegen Schwule. Eine Studie zu psychosozialen Faktoren bei Tätern*. Festland e.V. Verein psychosozialer Projekte. Zugriff am 30.03.2004 auf http://www.senbjs.berlin.de/familie/gleichgeschlechtliche_lebensweisen/veroeffentlichungen/jugendgewalt.pdf.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1989). *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Vol. 3. Prevention and interventions in youth suicide*. (DHHS Publication ADM 89-1622), Washington: U.S. Gov. Printing Office.
- Valentine, G., & Skelton, T. (2003). Finding oneself, losing oneself: The lesbian and gay 'scene' as a paradoxical space. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27, 849-866.
- van Heeringen, C., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: A study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 494-499.
- Vanable, P. A., McKirnan, D. J., & Stokes, J. P. (1998). Identification and involvement with the gay community scale. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wagner, G. J. (1998). Internalized homophobia scale. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Waldner, L. K. (1999). Coming out to parents: Perceptions of family relations, perceived resources, and identity expression as predictors of identity disclosure for gay and lesbian adolescents. *Journal of Homosexuality*, 37, 83-100.
- Ward, O. B., Ward, I. L., Denning, J. H., Hendricks, S. E., & French, J. A. (2002). Hormonal mechanisms underlying aberrant sexual differentiation in male rats prenatally exposed to alcohol, stress or both. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 9-16.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., et al. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9-17.
- Wellman, B. (1992). Which types of ties and networks provide what kinds of social support. *Advances in Group Processes*, 9, 207-235.
- Whitam, F. L. (1977). The homosexual role: A reconsideration. *The Journal of Sex Research*, 13, 1-11. (Reprinted in Dynes, 1992)
- Whitley, B., & Kite, M. E. (1995, Jan). Sex differences in attitudes toward homosexuality: a comment on Oliver and Hyde (1993). *Psychological Bulletin*, 117(1), 146-54; discussion 155-8.
- Whitman, J. S., Cormier, S., & Boyd, C. J. (2000). Lesbian identity management at

- various stages of the coming out process: A qualitative study. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 5, 3-18. (US)
- WHO. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch Diagnostische Leitlinien*. (4 ed.; H. Dilling, W. Mombour, & M. H. Schmidt, Eds.). Bern: Huber.
- Wichstrøm, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144-151.
- Williams, J. M., & Pollock, L. R. (2002). The psychology of suicidal behavior. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (2 ed.). New York: Wiley.
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15, 97-107.
- Winiarski, R. (1993). *Psychodynamische Theorien zu Homosexualität und Gay Counseling: Entwicklung und Systematik, wissenschaftstheoretischer Diskurs; exemplifizierende Kasuistiken*. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang. (Hamburg, Univ. Diss., 1992)
- Wolf, G. (2004). *Erfahrungen und gesundheitliche Entwicklungen lesbischer Frauen im Coming-out-Prozess*. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- Working Group. (1995). Working group of the workshop on suicide and sexual orientation. suicide and life-threatening behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 82-88.