

Originalarbeit (Titelthema)

Martin Plöderl

LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle

Zusammenfassung: Lesbische, schwule, bisexuelle, transgender und intersexuelle (LSBTI) Menschen scheinen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität zu haben, wie aus vielen internationalen Studien hervorgeht. In diesem Beitrag wird die aktuelle Studienlage dargestellt und auf methodologische Herausforderungen eingegangen. Während für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen die Evidenz für das höhere Erkrankungsrisiko robust erscheint, ist die Datenlage zu Transgender und Intersexualität noch eher dürftig, die Ergebnisse sprechen aber auch hier für ein erhöhtes Risiko. Weiters werden in diesem Beitrag neuere wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle zur psychischen Gesundheit von LSBTI Menschen vorgestellt. Diese haben pathologisierende Ansichten über LSBTI abgelöst und fokussieren auf die Folgen gesellschaftlicher Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie. Daraus resultierende verschiedene Formen von Minoritätenstress, welchen LSBTI Menschen oder jene, die als LSBTI wahrgenommen werden, ausgesetzt sind, können das erhöhte Krankheitsrisiko gut erklären. Die Kenntnis des Erkrankungsrisikos von LSBTI Patient*innen und der zugrundeliegenden pathogenetischen Prozesse ist für die psychotherapeutische Praxis relevant.

Schlüsselwörter: psychische Krankheit, Gesundheit, Suizid, Lesben, Schwule, Bisexuelle, Homosexualität, Transgender, Intersexualität

LSBTI and mental health: Facts and explanatory models

Summary: Lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) individuals seem to be at increased risk for mental disorders and suicidality, as reported in numerous international studies. This paper gives an overview of the current empirical literature and discusses methodological challenges. The evidence for an increase of risk seems to be robust for lesbian, gay, and bisexual individuals; data about transgender and intersex individuals are still rather sparse but hint at an increase of risk, too. Furthermore, this paper discusses current scientific explanatory models about the mental health of LGBTI individuals. These current models overcame old pathologizing views of LGBTI and focus on the impact of society's homo-, bi-, trans-, and interphobia. The resulting different forms of minority stress that LGBTI individuals or those who are perceived as LGBTI are faced with can well explain the increased risk for mental disorders. Being aware of the mental health risk of LGBTI patients and underlying pathogenetic processes is important for psychotherapeutic practice.

Key words: mental disorder, health, suicide, lesbians, gays, bisexuals, homosexuality, transgender, intersex

LGBTI e salute psichica - Fatti e modelli esplicativi

Riassunto: Le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersessuali (LGBTI) sembrano avere una predisposizione elevata alle malattie psichiche e al suicidio, come emerge da numerosi studi internazionali. Questo contributo presenta la situazione attuale degli studi e approfondisce le relative sfide metodologiche. Mentre per le persone lesbiche, gay e bisessuali, l'evidenza per un rischio accresciuto di malattia pare solida, i dati relativi al transgenderismo e all'intersessualità sono ancora insufficienti, i risultati anche in questo caso indicano però un rischio elevato. In questo contributo vengono inoltre presentati i più recenti modelli esplicativi scientificamente fondati relativi alla salute psichica di persone LGBTI. Questi hanno sostituito le visioni patologizzanti di LGBTI e si concentrano sulle conseguenze dell'omofobia, bifobia, transfobia e interfobia insite nella società. Le diverse forme di stress da minoranza che ne risultano, alle quali le persone LGBTI, o quelle percepite come tali, sono esposte, rappresentano una buona spiegazione della predisposizione elevata alle malattie. La conoscenza del rischio di malattia delle/dei pazienti LGBTI e dei processi patogenetici che ne sono all'origine, sono rilevanti per la prassi psicoterapeutica.

Parole chiave: malattia, salute, psichica, suicidio, lesbica, gay, bisessuale, omosessualità, transgenderismo, intersessualità

Einleitung

Die Kenntnis von Gruppen mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen, in diesem Falle die Gruppen lesbischer, schwuler, bisexueller, transgender und intersexueller (LSBTI) Menschen, ist für Psychotherapeut*innen und andere Professionist*innen im Gesundheitswesen von Relevanz. Wie aus diesem Beitrag durch eine Studienübersicht hervorgeht, haben LSBTI Personen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität. Das Aufzeigen von Gesundheitsrisiken bei LSBTI Personen birgt eine gewisse Gefahr der unzulässigen neuerlichen Pathologisierung von LSBTI. Darauf wird in diesem Beitrag eingegangen. Dazu werden Gründe für das erhöhte Risiko psychischer Erkrankungen von LSBTI aufgezeigt, die vor allem auf negativen Werthaltungen gegenüber LSBTI Personen (Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie) beruhen. Das

Verständnis dieser pathogenen Mechanismen ist ebenfalls für die psychotherapeutische Praxis wichtig. Zunächst soll LSBTI definiert werden.

Begriffsklärung

Sexuelle Minoritäten

Meist werden sexuelle Minoritäten mit lesbischen, schwulen, oder bisexuellen (LSB) Menschen gleichgesetzt. Die sexuelle Orientierung von Menschen kann aber mit zumindest drei Dimensionen charakterisiert werden: sexuelle Identität, sexuelles Verhalten und sexuelles Erleben. Anhand der Identitätsdimension zählt jemand zur Gruppe der sexuellen Minoritäten, wenn sich die Person anders als heterosexuell bezeichnet, z. B. als schwul, lesbisch, homosexuell, bisexuell, vorwiegend heterosexuell, unsicher, queer. Bezüglich der Verhaltensdimension sind es Menschen, die gleichgeschlechtliche oder gleich- und gegengeschlechtliche Kontakte haben. Was die sexuelle Erlebensdimension anbelangt, zählen Menschen, die sich nicht ausschließlich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen, zu den sexuellen Minoritäten. Die Identitäts-, Verhaltens- und Erlebensdimensionen der sexuellen Orientierung korrelieren zwar hoch, aber nicht perfekt (Plöderl et al., 2010). So identifizierten oder verhielten sich in einer Studie nur maximal ein Prozent der Jugendlichen als ausschließlich homosexuell, aber ca. 5 % fühlten sich sexuell zum gleichen Geschlecht hingezogen (Priebe & Svedin, 2013). Eine Studie an erwachsenen Männern zeigte, dass sich die Mehrheit der Männer, die Sex mit Männern hatten, als heterosexuell identifizierten (Pathela et al., 2006). Daraus lässt sich schließen, dass sich die verschiedenen Dimensionen der sexuellen Orientierung zwar überlappen, aber auch verschiedene Untergruppen bilden.

*Trans**

Der Begriff „Trans*“ steht für verschiedene Gruppierungen, etwa für transgender Personen, bei denen die Geschlechtsidentität vom biologischen oder bei der Geburt zugeordneten Geschlecht abweicht. Zu Trans* zählen auch jene, welche von gesellschaftlich stereotypen Geschlechtsrollen abweichen, sich einem dritten Geschlecht zuordnen oder Cross-Dresser sind, d. h. Kleider des anderen Geschlechts tragen, unabhängig von den zugrundeliegenden Beweggründen (Institute of Medicine of the National Academies, 2011; Wikipedia, 2016). Das Sternchen bei Trans* soll auf die Vielfalt dieser Gruppierungen hinweisen (Günther, 2016). Der Begriff „Cisgender“ bezeichnet Personen, bei denen die Geschlechtsidentität mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt. Zu betonen ist, dass Trans* unabhängig von der sexuellen Orientierung zu betrachten ist. Hier ist auch anzumerken, dass die gängigen Definitionen von Homo- oder Bisexualität überhaupt nur im Kontext eines binären Geschlechtersystems anwendbar sind (was bedeutet etwa „sich zum anderen Geschlecht hingezogen fühlen“ im Falle einer trans* oder inter* Person?). Manche trans* Gruppierungen sind im gegenwärtigen Krankheitsverzeichnis ICD-10 noch immer als Psychopathologien klassifiziert (z. B. F64.0 Transsexualismus oder F64.2 Störungen der Geschlechtsidentität im Kindesalter). Dies wird kontrovers diskutiert und für das kommende ICD-11 sind weniger pathologisierende Begriffe geplant (Nieder et al., 2014).

*Inter**

Bei intersex Menschen sind die binären Kategorien „männlich“ und „weiblich“ aufgrund biologischer Variationen unpassend. Das biologische Geschlecht kann anhand der Chromosomen, der Hormone und der inneren oder äußeren Geschlechtsorgane bestimmt werden und Inter* bedeutet, dass bei zumindest einem Geschlechtsmerkmal keine typische männliche oder weibliche Form vorliegt. Um die Vielfalt von Intersex bewusst zu machen, wird häufig das Kürzel Inter* verwendet. In der Medizin werden inter* Formen als Krankheiten unter Störungen der Geschlechtsentwicklung (engl. disorders of sex development, DSD) klassifiziert. Dies wird von fast allen inter* Vertreter*innen wegen der Stigmatisierung und Pathologisierung kritisiert (Lee et al., 2016); die Bezeichnung „Variationen der Geschlechtsentwicklung“ wird als entsprechende Alternative vorgeschlagen (van Lisdonk, 2014).

LSBTI und psychische Gesundheit

Sexuelle Minoritäten

Schon vor über 100 Jahren hatte Magnus Hirschfeld (1914) bei ihm bekannten homosexuellen Männern hohe Raten an Suizidversuchen (25%) und Suiziden (3%) beobachtet. Vor allem in den USA erschienen in der Nachkriegszeit Studien, bei denen LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen häufiger psychische Probleme berichteten (Gonsiorek, 1991). Die meisten dieser Studienteilnehmer*innen wurden über die Schwulen- und Lesbenszene rekrutiert, was zu einer Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Problematik

von LSB Menschen führen könnte (Hottes et al., 2016; Kuyper et al., 2016; Plöderl et al., 2013). Seit den 1990er Jahren gab es wichtige methodologische Innovationen, welche die Aussagekraft der Studien erhöhte, wie etwa Langzeitstudien einer ganzen Geburtskohorte (Fergusson et al., 1999, 2005), andere Langzeitstudien (Marshal et al., 2013; Wichstrom & Hegna, 2003), Zwillingsstudien (Frisell et al., 2010; Herrell et al., 1999), Vergleiche von LSB Personen mit ihren heterosexuellen Geschwistern (Balsam et al., 2005), die Verwendung mehrerer Dimensionen sexueller Orientierung (Bostwick et al., 2010; Drabble et al., 2005; Kann et al., 2011; McCabe et al., 2005; Plöderl et al., 2010; Priebe & Svedin, 2013) oder Kombinationen der Dimensionen (Gattis et al., 2012). Besonders aussagekräftig sind repräsentative, populationsbasierte Studien, die groß genug angelegt waren, um ausreichend viele LSB Personen zu enthalten, und die verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung und valide Methoden zur Erfassung von psychischen Erkrankungen verwendeten. Mehrere Meta-Analysen dieser Studien fanden höhere Raten für die meisten erfassten psychischen Krankheiten und für Suizidalität (Hottes et al., 2016; King et al., 2008; Marshal et al., 2011, 2008; Plöderl et al., 2006). Diese Meta-Analysen weisen jedoch eine Reihe von potentiellen Problemen auf: So wurden LSB Personen in eine Gruppe zusammengefasst, um die statistische Teststärke zu erhöhen, sodass Unterschiede zwischen den Subgruppen nicht festgestellt werden können (Savin-Williams, 2008). Dies ist kritisch, weil bisexuelle Personen in vielen Studien höhere Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen hatten, verglichen mit schwulen oder lesbischen Personen (Hottes et al., 2016; Marshal et al., 2011, 2008). Weiters ist es problematisch, Studien mit unterschiedlichen Dimensionen der sexuellen Orientierung zusammenzufassen, weil dies mit unterschiedlichen Erkrankungsraten verbunden ist (Bostwick et al., 2010), und schließlich ist bekannt, dass Unterschiede je nach sexueller Orientierung geschlechts- und erkrankungsspezifisch sind (Marshal et al., 2008; Plöderl et al., 2006).

In einem aktuellen systematischen Studienüberblick von 199 populationsbasierten Studien wurden erstmals die Unterschiede je nach Subgruppe der sexuellen Orientierung, Geschlecht, Publikationszeitpunkt, Region und Studienqualität berücksichtigt (Plöderl & Tremblay, 2015). Die deutliche Mehrheit der Studien, auch der neueren, fand unter LSB Personen erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Symptomen, verglichen mit heterosexuellen Personen. Die Effektstärken der Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Orientierung (LSB gegenüber heterosexuell) wurden dabei anhand der Odds-Ratios für binäre Ergebnisse (Störung vorhanden oder nicht vorhanden) oder bei quantitativen Maßen mit Cohen's d berechnet. Bei Studien zu Depressivität waren die Effekte (d. h. Größe des Unterschiedes zwischen homo- oder bisexuellen Personen und heterosexuellen Personen) bei Männern mittelgroß, bei Frauen klein, und auch bei Jugendlichen klein bis mittelgroß. Bei Angststörungen waren die Effekte zumeist klein bis mittelgroß und bei Männern größer als bei Frauen. Bei Suizidversuchen und Suiziden fanden sich mehrheitlich große Effekte, und zumeist größere Effekte bei Männern als bei Frauen. Etwas anders fielen die Ergebnisse für alkohol- und drogenspezifische Störungen aus. Für schwule und bisexuelle Männer zeigten sich in der Mehrheit der Studien keine erhöhten oder sogar niedrigeren Raten bei alkoholspezifischen Störungen (im Vergleich zu heterosexuellen Männern). Allerdings fanden sich in den qualitativ höheren Studien mit klinischen Diagnosen für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit wiederum signifikante Effekte bei Männern. Bei Frauen hingegen zeigten sich kleine Effekte für alkohol- und mittelgroße für drogenspezifische Störungen. Alle Subgruppen der sexuellen Minoritäten, d. h. homosexuelle (lesbische oder schwule), bisexuelle, vorwiegend heterosexuelle und unsichere Personen hatten höhere Störungsraten, immer verglichen mit heterosexuellen Personen, aber die Unterschiede variierten in der Größe etwas. Auch für Männer und Frauen, verschiedene Altersgruppen, verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung, Regionen und Publikationszeitpunkte zeigten sich erhöhte Krankheits- und Symptomraten bei LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen. Weiters wurde repliziert, dass die Unterschiede zwischen LSB und heterosexuellen Personen bei Männern höher waren als bei Frauen, mit Ausnahme von substanzbedingten psychischen Störungen und Symptomen, bei denen Frauen stärkere Unterschiede je nach sexueller Orientierung hatten. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass nach gegenwärtigem Wissensstand LSB im Vergleich zu heterosexuellen Personen höhere Raten an psychischen Symptomen und Erkrankungen haben.

*Trans**

Im Vergleich zu LSB Personen gibt es weniger Studien über die psychische Gesundheit von trans* Personen und meines Wissens existieren nur drei populationsbasierte Studien dazu (Clark et al., 2014; Effrig et al., 2011; Rath et al., 2013). Eine aktuelle Übersicht von 38 Studien von Personen mit der klinischen Diagnose „gender dysphoria“, was am ehesten der ICD-10-Diagnose Transsexualität entspricht, fand für die meisten Studien erhöhte Raten an psychischen Erkrankungen oder Psychopathologie, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung (Dhejne et al., 2016). Jedoch verwendeten die wenigsten Studien passende Kontrollgruppen und die meisten der 11 Longitudinalstudien berichteten nach medizinischen geschlechtsangleichenden Maßnahmen eine Verbesserung der psychischen Gesundheit, teilweise vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. Eine weitere Über-

blicksarbeit mit 31 Studien berichtete für trans* Personen klar erhöhte Raten an nicht suizidalen Selbstverletzungen, Suizidversuchen und Suiziden, verglichen mit cisgender Personen oder der Allgemeinbevölkerung (Marshall et al., 2016). Das erhöhte Risiko fand sich auch in Longitudinalstudien. Die umfangreichste Studienübersicht zeigt, dass trans* Personen in der Regel höhere Ausprägungen an Suizidgedanken und Suizidversuchen haben, verglichen mit LSB Personen (Ramsay & Tremblay, 2015). In der aktuellsten systematischen Literaturübersicht, die 116 Studien aus 30 verschiedenen Ländern zusammenfasste, fanden sich bei trans* Personen erhöhte Raten an psychischen Problemen wie Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Substanzmissbrauch (Reisner et al., 2016).

*Inter**

Bislang gibt es nur wenige Studien über die psychische Gesundheit von inter* Personen und die meisten basieren auf kleinen Stichproben aus dem klinischen Kontext oder über inter* Organisationen. Daher ist es kaum möglich, klare Schlussfolgerungen zu ziehen, vor allem nicht für die einzelnen Erscheinungsformen von Inter*. Generell lässt sich sagen, dass die meisten, aber nicht alle Studien erhöhte Raten an psychischen Symptomen oder Störungen bei inter* Personen fanden, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung.

Eine erste Überblicksarbeit von 11 Studien, die bis 2005 publiziert wurden und Teilnehmer*innen mit verschiedensten Formen von Intersexualität einschlossen, fand erhöhte Raten an psychischen Problemen, außer für die inter*Gruppe mit dem adrenogenitalen Syndrom (AGS) (Schützmann et al., 2009). Eine weitere Überblicksarbeit mit 35 Studien über inter* Personen mit typisch weiblichen oder ambigen Genitalien bei den inter* Formen kompletter Androgenresistenz, partieller Androgenresistenz, 5α -Reduktase-2-Mangel oder β -HSD-3-Mangel fand Hinweise für Suizidalität und psychischer Belastung (Wisniewski & Mazur, 2009). Neuere Studien führten zu gemischten Ergebnissen. Teilweise wurden erhöhte Raten an psychischen Symptomen gefunden (Boks et al., 2007; Close et al., 2015; D'Alborton et al., 2015; Fliegner et al., 2014; Herlihy et al., 2011; Schützmann et al., 2009; Schweizer et al., 2016; Thyen et al., 2014; Turriff et al., 2011), teilweise jedoch nicht (Fagerholm et al., 2012; Johannsen et al., 2006; Kleinemeier et al., 2010). Eine Studie berichtete höhere Raten an Suizidgedanken bei inter* Personen mit Gonadektomie im Vergleich zu jenen ohne Gonadektomie (61 gegenüber 23 %) (Schützmann et al., 2009). Wiederholte genitale Operationen korrelierten mit der Unzufriedenheit bezüglich der körperlichen Erscheinung (Schweizer et al., 2016).

Studien spezifisch zum AGS fielen gemischt aus. Manche fanden teilweise höhere Raten an psychischen Problemen (Johannsen et al., 2006; Krysiak et al., 2016; Liang et al., 2008; Mueller et al., 2010), manche jedoch nicht (Morgan et al., 2005; Reisch et al., 2011; Schützmann et al., 2009). Methodisch sind die schwedischen Registerstudien hervorzuheben, bei denen alle Neugeborenen, welche mit verschiedenen Formen des AGS diagnostiziert worden sind, erfasst wurden. Bei jenen, die später in der Frauenrolle lebten, wurde eine etwa zweifach erhöhte Rate für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung sowie eine etwas niedriger Rate an Suiziden oder Suizidversuchen gefunden, verglichen mit einer entsprechenden Kontrollgruppe (Engberg et al., 2015). Unterschiede in den AGS-Subtypen waren eher gering. Für Personen mit AGS, die in der Männerrolle lebten, wurden erhöhte Raten für die meisten psychischen Erkrankungen und für Suizide und Suizidversuche gefunden, aber es gab Unterschiede je nach AGS-Subtyp (Falhammar et al., 2014a). Eine weitere schwedische Registerstudie zeigte, dass der Suizid bei Personen mit dem AGS und bei vergleichbaren Kontrollpersonen gleich häufig Todesursache war (Falhammar et al., 2014b).

Was den Effekt von chirurgischen Eingriffen zur „Anpassung“ der Genitalien auf die psychische Gesundheit angeht, gibt es kaum Daten, und eine Übersicht von Longitudinalstudien ergab nur 13 Studien (Machado et al., 2016). Viele davon sind methodologisch fragwürdig, da sie keine reliablen Maße für psychische Gesundheit verwendeten, nur die Sichtweise der Ärzt*innen berücksichtigten, nur sexuelle Zufriedenheit als Erfolgskriterium heranzogen oder eine heterosexistische Ansicht von Sexualität und Körpern vertraten, wie sie für Machado et al. (2016, S. 2198) darin deutlich wurde: „... when female genitalia are evaluated, it is in the sense of being able to accommodate a regular-sized penis. In those cases, alternative sexual orientations or practices are not accounted for, even when sexual satisfaction is evaluated.“ Machado et al. (2016) wiesen weiters darauf hin, dass es meist keine medizinische Notwendigkeit für einen operativen Eingriff gibt, sondern einen sozialen Druck, der aus starren, binären Geschlechternormen herrührt, und dass es dokumentierte negative Folgen von chirurgischen Eingriffen gibt. Daher ist ein rein biomedizinischer Zugang zu Inter* problematisch. Das wurde in einem aktuellen Konsensuspapier anerkannt, in das auch die Sichtweisen der inter* Vertreter*innen einfließen, und das Ziel einer hohen Lebensqualität in den Vordergrund rückt sowie die Notwendigkeit der Einbindung aller Beteiligter in medizinische Entscheidungen (Lee et al., 2016). Die Unklarheit bezüglich chirurgischer Eingriffe

wurde unterstrichen (Lee et al, 2016, S. 176): „There is still no consensual attitude regarding indications, timing, procedure and evaluation of outcome of DSD surgery.“

Methodologische Herausforderungen

Wie bei allen versteckten Gruppierungen ist die Schätzung der wahren Prävalenz an psychischen Erkrankungen bei LSBTI Menschen immer mit methodologischen Problemen behaftet (Plöderl et al., 2013). So könnten LSBTI Personen die Teilnahme an Studien verweigern oder ihre LSBTI-Zugehörigkeit nicht offenkundig machen, was mit Unter- oder Überschätzung der tatsächlichen Prävalenzen an psychischen Erkrankungen einhergehen kann, auch in „repräsentativen“ populationsbasierten Stichproben. Studien verwendeten verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung, was sie schwer vergleichbar macht (Plöderl & Tremblay, 2015). Die meisten populationsbasierten Studien unterschieden nicht zwischen dem bei der Geburt zugeordneten Geschlecht und der aktuellen Geschlechtsidentität; Inter* wird auch so gut wie nie erfasst. Es braucht große und dementsprechend teure populationsbasierte repräsentative Studien, um für Analysen ausreichend viele LSBTI Personen zu beinhalten. Dies ist vermutlich ein Grund, warum es kaum solche Studien außerhalb des westlichen Kulturkreises gibt. Daher bleiben Stichproben, die über LSBTI Organisationen oder im Falle von Trans* und Inter* über medizinische Einrichtungen gewonnen wurden, nach wie vor eine wichtige Option in der Forschung, obwohl dies mit möglichen Repräsentativitätsproblemen einhergeht (Hottes et al., 2016; Kuyper et al., 2016). Die Intersektionalität von LSBTI mit anderen Diversitätskategorien (z. B. Religion oder Behinderung) ist ebenfalls sehr wesentlich zum Verständnis der individuellen psychischen Gesundheit und erste Studien hierzu sind erschienen (Lytle et al., 2014; McCann et al., 2016; Meyer, 2010; Rodriguez, 2010). Darauf einzugehen würde aber den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

Erklärungsmodelle für das Erkrankungsrisiko

Gegenwärtige wissenschaftliche Modelle zur psychischen Gesundheit von LSBTI Menschen drehen sich in erster Linie um den schädlichen Effekt von Homo-, Trans- und Interphobie (d. h. negative Einstellungen und Handlungen gegenüber LSBTI) und den zugrundeliegenden rigiden Geschlechtsnormen in der Gesellschaft.

Minoritätenstressmodelle

Das meistzitierte Modell zur psychischen Gesundheit von sexuellen Minoritäten ist Meyers (2003) Minoritätenstressmodell. Demnach haben LSB Personen gleiche Stressoren wie heterosexuelle Menschen, aber zusätzlich spezifische Minoritätenstressoren. Dazu gehört distaler Minoritätenstress wie Diskriminierung oder Gewalt und proximaler Minoritätenstress, zum Beispiel Stress, der mit der Geheimhaltung der sexuellen Orientierung verbunden ist, Angst vor negativen Reaktionen oder die eigene bewusste oder unbewusste negative Einstellung zu Homosexualität (internalisierte Homophobie). Diese Stressfaktoren können sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, aber auch durch die Resilienzfaktoren soziale Unterstützung und gute Stressbewältigungsfähigkeiten gepuffert werden.

Hatzenbuehler (2009) hat die pathogenetischen Effekte von Minoritätenstress genauer in seinem psychologischen Mediationsmodell abgebildet. Demnach kann distaler Minoritätenstress sich nicht nur direkt negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, sondern kann auch einen indirekten Effekt haben, und zwar über negative Veränderung von allgemeinen psychologischen Prozessen im Individuum, wie Stressbewältigungsfähigkeiten, Emotionsregulierung, soziale und kognitive Prozesse. Minoritätenstress kann auch gruppenspezifische Prozesse verändern wie die erhöhte Erwartung, abgelehnt zu werden, Geheimhaltung der sexuellen Orientierung oder internalisierte Homophobie.

Das syndemische Modell (Stall et al., 2008) wurde ursprünglich entwickelt, um das erhöhte Risiko einer Komorbidität für verschiedenste gesundheitliche Probleme von städtischen schwulen Männern zu erklären. Es wurde mittlerweile aber auch für trans* Personen angewendet (Operario et al., 2014). Das Modell beinhaltet eine Entwicklungsperspektive: Schon früh, lange vor dem Coming-out, werden Jungs sozial bestraft, wenn sie die männlichen Geschlechterrollen tatsächlich oder angenommenerweise nicht erfüllen. Danach erfolgt der Coming-out-Prozess, die Internalisierung der Homophobie, aber auch die Entwicklung von „prä-schwulen“ sozialen Fertigkeiten. Aufgrund der homophoben sozialen Situation ziehen manche schwulen Männer in die städtische Schwulenszene, was mit Vorteilen (soziale Unterstützung), aber auch Nachteilen (Drogen, Ablehnung in der Szene) verbunden sein kann. Das Zusammenspiel der verschiedenen Risikofaktoren kann zu einem Schneeballeffekt führen, bei dem verschiedene psychische und andere gesundheitliche Probleme sich wechselseitig verstärken.

Aus den genannten Erklärungsmodellen konnten bereits erfolgreiche kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen abgeleitet werden (Pachankis, 2015; Pachankis et al., 2015).

Sozialkonstruktivistische Ansätze

Sozialkonstruktivistische Theorien kritisieren das Minoritätenstressmodell, weil es zu sehr biomedizinisch orientiert ist, d. h., dass psychisches Leiden von LSB Menschen pathologisiert und das Risiko in das Individuum verlegt wird, was der Komplexität von sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren nicht gerecht wird (McDermott & Roen, 2016). Weiters können die genannten Modelle nicht erklären, warum auch in neueren Studien LSBT Menschen höhere Erkrankungsraten aufweisen, obwohl weitreichende Gleichstellungen in gesetzlicher Hinsicht erfolgten, die Einstellung zu Homosexualität besser wurde und es das Internet als Ressource für junge LSBTI Menschen gibt. Zwei aktuellere sozialkonstruktivistische Ansätze (Cover, 2016; McDermott & Roen, 2016) zeigen, dass LSB Jugendliche als verletzlich, unsicher und mit Minoritätenstress konfrontiert konstruiert werden, die bloß die schwierige Zeit durchstehen müssen, um dann stabile, anerkannte Personen zu werden, die eventuell in einer Stadt wohnen und Partner*innen gleichen Geschlechts heiraten können. Es könnte den Druck auf LSB Jugendliche erhöhen, wenn diese positiven Perspektiven unerreichbar erscheinen. Es wird auch kritisiert, dass die psychischen Probleme von LSBT Jugendlichen allein durch Bullying-Erfahrungen erklärt werden, weil das die Probleme der heteronormativen Kultur im Allgemeinen bagatellisiert, bei der Bullying-Täter nur ein Symptom sind (Cover, 2016). Denn auch heutzutage bedeutet eine LSBTI Identität noch immer einen Normverstoß bezüglich der Geschlechtsrollen und Sexualität. Dies führt bei manchen Jugendlichen zu Scham, psychischem Stress und Suizidalität. Die Pathologie ist demnach in der Gesellschaft und nicht im Individuum zu suchen. Die tatsächliche oder zugeschriebene Abweichung von heteronormativen Geschlechtsrollen und die damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen sind meines Erachtens genau die verbindenden Elemente von sexuellen Minoritäten, Trans* und Inter* und rechtfertigen damit auch, diese verschiedenen Gruppierungen in einem Beitrag miteinander zu diskutieren.

Modelle zu Trans und Inter**

Trans* Personen haben ganz eigene Herausforderungen im Leben, aber einige gesundheitsrelevante Faktoren ähneln jenen von LSB Personen. Ein Literaturüberblick fand als Risikofaktoren vor allem Viktimisierungserfahrungen (soziales Stigma, Transphobie, Diskriminierung und Gewalt etc.), Probleme beim Finden adäquater Gesundheitsversorgung, zwischenmenschliche Konflikte und mangelnde soziale Unterstützung; Schutzfaktoren waren soziale Unterstützung und geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen (Dhejne et al., 2016). Das Minoritätenstressmodell und das syndemische Modell sind auch für trans* Menschen zur Erklärung von psychischen Problemen herangezogen worden, aber es gibt noch wenig Forschung zu proximalen Minoritätenstressoren (z. B. internalisierte Transphobie) (Hendricks & Testa, 2012; Reisner et al., 2016). Über diese Modelle hinaus ist es aber notwendig zu beachten, dass Gesundheit auch damit zu tun hat, wie die Machtverteilung anhand der Geschlechtergrenzen erfolgt (Reisner et al., 2016).

Für Inter* sind theoretische Modelle über die psychische Gesundheit noch ausstehend, aber die schon erwähnten Modelle scheinen auch hier nützlich zu sein, weil manche Belastungsfaktoren und pathogenetische Prozesse vergleichbar sind. In zwei qualitativen Studien (Malouf et al., 2010; van Lisdonk, 2014) wurden einerseits gesundheitsrelevante Faktoren ähnlich wie bei LSB Menschen geschildert: Herausforderungen rund um das innere Coming-out, äußeres Coming-out und damit verbundenes Identitätsmanagement, Identitätsbildung bezüglich Geschlechtsrolle und/oder sexuelle Orientierung, Vernetzung mit anderen inter* Personen. Andererseits gab es aber auch inter*-spezifische Faktoren: Stress durch die Diagnosestellung, Akzeptanz der Intersexualität, körperliche Probleme und Krisen, Infertilität, Angst, in Partnerschaftsbeziehungen abgelehnt zu werden, Körperbild, Selbst- oder Fremdwahrnehmung als Mann oder Frau, Funktionieren im Alltag und in der Sexualität, Pharmakotherapie, finden adäquater medizinische Versorgung. Soziale Unterstützung durch die Eltern und in der Kindheit jemand gehabt zu haben, mit dem über Inter* geredet werden konnte, waren wichtige Schutzfaktoren gegen psychische Symptome, Suizidalität und fehlende Zufriedenheit mit dem Körper (Schweizer et al., 2016). Ein weiterer spezifischer potentieller Risikofaktor für inter* Menschen sind frühe unfreiwillige „anpassende“ Genitaloperationen, die mit späteren psychischen oder anderen Problemen verbunden sein können (Lee et al., 2016; Machado et al., 2016; Schützmann et al., 2009). Empirische Studien über den relativen Einfluss dieser inter*-spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit fehlen bisher weitgehend (siehe jedoch Schweizer et al., 2016).

Gefahr neuerlicher Pathologisierung von LSBTI

LSBTI Menschen wurden gerade in der Psychiatrie und Psychotherapie lange Zeit zu Unrecht pathologisiert. Zum Beispiel war Homosexualität bis 1992 im Krankheitsregister ICD (International Classification of Diseases) der World Health Organization als psychische Störung gelistet. Psychologische und psychotherapeutische Theorien sahen Homosexualität als Ergebnis von pathologischen oder unreifen Entwicklungsprozessen. Psychische Symptome wurden demnach als logischer Ausdruck der Krankhaftigkeit von Homosexualität erachtet (Drescher, 2015). Diese Ansicht wurde durch eine experimentelle Studie von Hooker (1957) in Frage gestellt: Psychiater konnten verblindete Rohrschach-Test-Interpretationen von schwulen und heterosexuellen Männern nicht unterscheiden. Dies sprach gegen die Auffassung, dass Homosexualität per se pathologisch ist, was wesentlich zur Entpathologisierung beitrug (Gonsiorek, 1991). Die Datenlage für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko von LSB Personen erscheint zwar robust und auch für trans* und inter* Personen sprechen viele Studien für ein erhöhtes Risiko. Dennoch hat eine klare Mehrheit von LSBTI Personen keine psychische Erkrankung oder Suizidalität. Am Beispiel der jüngsten Meta-Analyse zu Suizidversuchen bei LSB wird das klar: 11–20 % (je nach Stichprobenart) der LSB Erwachsenen berichteten einen Suizidversuch (bzw. 80–89 % machten keinen Suizidversuch) irgendwann im Leben, im Vergleich zu 4 % der heterosexuellen Erwachsenen (Hottes et al., 2016). Ähnliche Ergebnisse gibt es auch für trans*-Personen, etwa jene, die geschlechtsanpassende medizinische Interventionen vorhatten (Heylens et al., 2014). Hier betrug die Rate an DSM-Achse-I-Störungen bei trans* Frauen 38 % und bei trans* Männern 37 % (d.h., 62–63 % hatten keine Achse-I-Erkrankung), die Rate für DSM-Achse-II-Erkrankungen betrug 15 %, (d. h., 85 % hatten keine Achse-II-Erkrankung)

Das einseitige Aufzeigen gesundheitlicher Probleme von LSB Menschen, ohne den sozialen Kontext zu diskutieren, wird leider, so der Eindruck, zur neuerlichen Pathologisierung benutzt (z. B. Bund katholischer Ärzte, 2014; Conservapedia, 2016). Davon möchte ich mich klar distanzieren, allein schon aus den erwähnten fachlichen Gründen. Außerdem können wissenschaftliche Modelle das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen bei LSBTI Menschen als Folge von gesellschaftlicher Homo-, Trans- und Interphobie empirisch gut erklären.

Schließlich möchte ich auf die Gefahr der Pathologisierung von LSBTI Personen in der psychotherapeutischen Praxis durch sogenannte Scheinkorrelationen hinweisen: Wenn LSBTI Menschen vorwiegend als Patient*innen kennengelernt werden, entsteht der Eindruck, dass alle LSBTI Menschen psychische Probleme haben. Dieser Eindruck würde bei der Kenntnis einer repräsentativen Gruppe von LSBTI Menschen, von denen die meisten keine psychischen Probleme haben, nicht entstehen. Anscheinend waren selbst große Psychoanalytiker*innen nicht vor diesen irrationalen Scheinkorrelationen gefeit und haben so ihre pathologisierenden Theorien zu LSBTI entwickelt. Die Gefahr solcher irrationalen Scheinkorrelationen besteht auch für andere Minderheiten und sollte immer bewusst gemacht werden.

Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie als Public-Health-Problem

Nicht nur LSBTI Menschen sind von Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie und den zugrundeliegenden starren Geschlechterrollen betroffen, sondern auch Menschen, die für LSBTI gehalten werden, unabhängig davon, ob sie LSBTI sind oder nicht. So hatten in einer Studie heterosexuell identifizierte Jugendliche, welche homophobe Diskriminierung erlebten, ähnlich hohe Suizidversuchsraten wie tatsächlich LSB Jugendliche (Reis & Saewyc, 1999). Homophobes Bullying ist nicht nur eine der häufigsten Formen von Bullying, sondern auch stärker mit Suizidgedanken bei den Opfern verbunden als andere Bullying-Formen (Patrick et al., 2013). Jugendliche, die von stereotypen Geschlechtsrollen abwichen, hatten unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung eine erhöhte Depressivität (Roberts et al., 2013) und von Jugendlichen mit Suizidversuchen waren 75 % (entweder) LSBT und (oder) Opfer von Bullying aufgrund Geschlechtsrollenabweichungen (Ioerger et al., 2015). Die krankmachenden Folgen von Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie gehen also weit über die LSBTI Population hinaus und sind ein generelles Public-Health-Problem.

Konklusion

Aus diesem Beitrag geht hervor, dass eine Vielzahl von Studien auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko von LSB Personen hinweist. Für trans* und inter* Personen gibt es deutlich weniger Studien, ein erhöhtes Risiko scheint aber auch hier vorzuliegen. Wissenschaftliche Modelle zur Erklärung des Erkrankungsrisikos verdeutlichen den pathogenen Effekt gesellschaftlicher Homo-, Bi-, Trans- und Interphobie. Für Psychotherapeut*innen ist die Kenntnis des erhöhten Erkrankungsrisikos bei LSBTI Menschen relevant, alleine schon deshalb, weil sie daher davon ausgehen müssen, dass in ihren Praxen LSBTI Patient*innen überrepräsentiert sein müssten. Die Abklärung von Suizidalität sollte ohnehin bei allen Patient*innen Thema sein, aufgrund des erhöhten

Suizidrisikos bei LSBTI Patient*innen ist die Dringlichkeit hier noch höher. Die Kenntnis der in diesem Beitrag geschilderten pathogenetischen Prozesse, die bei LSBTI Menschen zu psychischen Störungen und Suizidalität führen können, sind ebenfalls praxisrelevant, zum Beispiel um ein empathisches Verständnis für die Lebensrealitäten zu entwickeln, um entsprechende Interventionen daraus abzuleiten und um gegebenenfalls sich fachlich von alten, unwissenschaftlichen und pathologisierenden Sichtweisen über LSBTI distanzieren zu können.

Autor

Martin Plöderl, Priv.-Doz. Dr., Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Logotherapie und Existenzanalytiker) am Universitätsinstitut für Klinische Psychologie und im Bereich Krisenintervention und Suizidprävention der Christian-Doppler-Klinik, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg. Forschungsschwerpunkt Suizidalität bei sexuellen Minoritäten.

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. Martin Plöderl
Bereich Krisenintervention und Suizidprävention
Christian-Doppler-Klinik
Ignaz-Harrer-Straße 79
5020 Salzburg, Österreich
E-Mail: m.ploederl@salk.at

Literatur

- Balsam, K. F., Beauchaine, T. P., Mickey, R. M., & Rothblum, E. D. (2005). Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 471–476.
- Boks, M. P., de Vette, M. H., Sommer, I. E., van Rijn, S., Giltay, J. C., Swaab, H., & Kahn, R. S. (2007). Psychiatric morbidity and X-chromosomal origin in a Klinefelter sample. *Schizophrenia Research, 93*, 399–402.
- Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L., & McCabe, S. E. (2010). Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health, 100*, 468–475.
- Bund katholischer Ärzte (2014). *Medizin & Homosexualität: Risiken & Gefahren*. Ärzteinitiative Bund katholischer Ärzte, Unterhaching. Verfügbar unter: <http://www.bkae.org/index.php?id=951&L=de%0A%0AGesundheitliche>, abgerufen am 03.08.2016.
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health, 55*, 93–99.
- Close, S., Fennoy, I., Smaldone, A., & Reame, N. (2015). Phenotype and adverse quality of life in boys with Klinefelter syndrome. *Journal of Pediatrics, 167*, 650–657.
- Conservapedia (2016). *Homosexuality and mental health*. Verfügbar unter: http://www.conservapedia.com/Homosexuality#Homosexuality_and_Mental_Health, abgerufen am 03.08.2016.
- Cover, R. (2016). *Queer youth suicide, culture and identity: unliveable lives?* Abingdon: Routledge.
- D'Alberton, F., Assante, M. T., Foresti, M., Balsamo, A., Bertelloni, S., Dati, E., Nardi, L., Bacchi, M. L., & Mazzanti, L. (2015). Quality of life and psychological adjustment of women living with 46,XY differences of sex development. *Journal of Sexual Medicine, 12*, 1440–1449.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *International Review of Psychiatry, 28*, 44–57.
- Drabble, L., Midanik, L. T., & Trocki, K. (2005). Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: results from the 2000 National Alcohol Survey. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 111–120.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences, 5*, 565–575.
- Effrig, J. C., Bieschke, K. J., & Locke, B. D. (2011). Examining victimization and psychological distress in transgender college students. *Journal of College Counseling, 14*, 143–157.
- Engberg, H., Butwicka, A., Nordenström, A., Hirschberg, A. L., Falhammar, H., Lichtenstein, P., Nordenskjöld, A., Frisén, L., & Landén, M. (2015). Congenital adrenal hyperplasia and risk for psychiatric disorders in girls and women born between 1915 and 2010: a total population study. *Psychoneuroendocrinology, 60*, 195–205.
- Fagerholm, R., Mattila, A. K., Roine, R. P., Sintonen, H., & Taskinen, S. (2012). Mental health and quality of life after feminizing genitoplasty. *Journal of Pediatric Surgery, 47*, 747–751.
- Falhammar, H., Butwicka, A., Landén, M., Lichtenstein, P., Nordenskjöld, A., Nordenström, A., & Frisén, L. (2014a). Increased psychiatric morbidity in men with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 99*, E554–560.

- Falhammar, H., Frisé, L., Norrby, C., Hirschberg, A. L., Almqvist, C., Nordenskjöld, A., & Nordenström, A. (2014b). Increased mortality in patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99, E2715–2721.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine*, 35, 971–981.
- 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, 876–880.
- Fliegner, M., Krupp, K., Brunner, F., Rall, K., Brucker, S. Y., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Sexual life and sexual wellness in individuals with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS) and Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome (MRKHS). *Journal of Sexual Medicine*, 11, 729–742.
- Frisell, T., Lichtenstein, P., Rahman, Q., & Langström, N. (2010). Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: influence of minority stress and familial factors. *Psychological Medicine*, 40, 315–324.
- Gattis, M. N., Sacco, P., & Cunningham-Williams, R. M. (2012). Substance use and mental health disorders among heterosexual identified men and women who have same-sex partners or same-sex attraction: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1185–1197.
- Gonsiorek, J. C. (1991). The empirical basis for the demis of the illness model of homosexuality. In: Gonsiorek, J. C., & Weinrich, J. D. (Hrsg.), *Homosexuality: research implications for public policy* (S. 115–136). Newbury Park, Calif.: Sage.
- Günther, M. (2016). *Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen*. Frankfurt am Main: Pro Familia Bundesverband.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707–730.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the minority stress model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460–467.
- Herlihy, A. S., McLachlan, R. I., Gillam, L., Cock, M. L., Collins, V., & Halliday, J. L. (2011). The psychosocial impact of Klinefelter syndrome and factors influencing quality of life. *Genetics in Medicine*, 13, 632–642.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., & Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality - A co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56, 867–874.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. T., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204, 151–156.
- Hirschfeld, M. (1914). *Die Homosexualität des Mannes und des Weibes (Handbuch der gesamten Sexualwissenschaften in Einzeldarstellungen, Bd. 3)*. Berlin: Louis Marcus Verlagsbuchhandlung.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18–31.
- Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gesink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 106(5), e1–e12. DOI 10.2105/AJPH.2016.303088.
- Institute of Medicine of the National Academies, Board on the Health of Select Populations, Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, transgender people: building a foundation for better understanding*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Ioerger, M., Henry, K. L., Chen, P. Y., Cigularov, K. P., & Tomazic, R. G. (2015). Beyond same-sex attraction: gender-variant-based victimization is associated with suicidal behavior and substance use for other-sex attracted adolescents. *Public Library of Science One*, 10(6), e0129976. DOI 10.1371/journal.pone.0129976.
- Johannsen, T. H., Ripa, C. P., Mortensen, E. L., & Main, K. M. (2006). Quality of life in 70 women with disorders of sex development. *European Journal of Endocrinology*, 155, 877–885.
- Kann, L., Olsen, E. O., McManus, T., Kinchen, S., Chyen, D., Harris, W. A., & Wechsler, H. (2011). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9–12 – youth risk behavior surveillance, selected sites, United States, 2001–2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 60(7), 1–133.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. DOI 10.1186/1471-244X-8-70.
- Kleinemeier, E., Jurgensen, M., Lux, A., Widenka, P. M., Thyen, U., & Disorders of Sex Development Network Working Group (2010). Psychological adjustment and sexual development of adolescents with disorders of sex development. *Journal of Adolescent Health*, 47, 463–471.
- Krysiak, R., Drosdzol-Cop, A., Skrzypulec-Plinta, V., & Okopien, B. (2016). Sexual function and depressive symptoms in young women with nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13, 34–39.
- Kuyper, L., Fernee, H., & Keuzenkamp, S. (2016). A comparative analysis of a community and general sample of lesbian, gay, and bisexual individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 683–693.

- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J. 3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. A., Vilain, E., Witchel, S., & Global DSD Update Consortium (2016). Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85, 158–180.
- Liang, H. Y., Chang, H. L., Chen, C. Y., Chang, P. Y., Lo, F. S., & Lee, L. W. (2008). Psychiatric manifestations in young females with congenital adrenal hyperplasia in Taiwan. *Chang Gung Medical Journal*, 31, 66–73.
- Lytle, M. C., De Luca, S. M., & Blosnich, J. R. (2014). The influence of intersecting identities on self-harm, suicidal behaviors, and depression among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 384–391.
- Machado, P. S., Costa, A. B., Nardi, H. C., Fontanari, A. M., Araujo, I. R., & Knauth, D. R. (2016). Follow-up of psychological outcomes of interventions in patients diagnosed with disorders of sexual development: a systematic review. *Journal of Health Psychology*, 21, 2195–2206.
- Malouf, M. A., Inman, A. G., Carr, A. G., Franco, J., & Brooks, L. M. (2010). Health-related quality of life, mental health and psychotherapeutic considerations for women diagnosed with a disorder of sexual development: congenital adrenal hyperplasia. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 253465. DOI 10.1155/2010/253465.
- Marshal, M. P., Dermody, S. S., Cheong, J., Burton, C. M., Friedman, M. S., Aranda, F., & Hughes, T. L. (2013). Trajectories of depressive symptoms and suicidality among heterosexual and sexual minority youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1243–1256.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., Thoma, B. C., Murray, P. J., D'Augeli, A. R., & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49, 115–123.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., Bukstein, O. G., & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103, 546–556.
- Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28, 58–69.
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W., & Boyd, C. J. (2005). Assessment of difference in dimensions of sexual orientation: implications for substance use research in a college-age population. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 620–629.
- McCann, E., Lee, R., & Brown, M. (2016). The experiences and support needs of people with intellectual disabilities who identify as LGBT: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 57, 39–53.
- McDermott, E., & Roen, K. (2016). *Queer youth, suicide and self-harm: troubled subjects, troubling norms*. Basingstoke: Palgrave Macmillan UK.
- Meyer, I. H. (2010). Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color. *Counseling Psychologist*, 38, 442–454.
- 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.
- Morgan, J. F., Murphy, H., Lacey, J. H., & Conway, G. (2005). Long term psychological outcome for women with congenital adrenal hyperplasia: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 330, 340–341.
- Mueller, S. C., Ng, P., Sinaii, N., Leschek, E. W., Green-Golan, L., VanRyzin, C., Ernst, M., & Merke, D. P. (2010). Psychiatric characterization of children with genetic causes of hyperandrogenism. *European Journal of Endocrinology*, 163, 801–810.
- Nieder, T. O., Briken, P., & Richter-Appelt, H. (2014). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 232–245.
- Operario, D., Yang, M. F., Reisner, S. L., Iwamoto, M., & Nemoto, T. (2014). Stigma and the syndemic of HIV-related health risk behaviors in a diverse sample of transgender women. *Journal of Community Psychology*, 42, 544–557.
- Pachankis, J. E. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 1843–1860.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Rendina, H. J., Safren, S. A., & Parsons, J. T. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 875–889.
- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R., & Mostashari, F. (2006). Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men. *Annals of Internal Medicine*, 145, 416–425.
- Patrick, D. L., Bell, J. F., Huang, J. Y., Lazarakis, N. C., & Edwards, T. C. (2013). Bullying and quality of life in youths perceived as gay, lesbian, or bisexual in Washington State, 2010. *American Journal of Public Health*, 103, 1255–1261.
- Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities: a systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27, 367–385.
- Plöderl, M., Wagenmakers, E. J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., & Fartacek, R. (2013). Suicide risk and sexual orientation: a critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 715–727.
- Plöderl, M., Kralovec, K., & Fartacek, R. (2010). The relation between sexual orientation and suicide attempts in Austria. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1403–1414.

- Plöderl, M., Sauer, J., & Fartacek, R. (2006). Suizidalität und psychische Gesundheit von homo-und bisexuellen Männern und Frauen: eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38, 537–558.
- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2013). Operationalization of three dimensions of sexual orientation in a national survey of late adolescents. *Journal of Sex Research*, 50, 727–738.
- Ramsay, R., & Tremblay, P. (2015). Gay, lesbian, bisexual & transgender “attempted suicide” incidences/risks: suicidality studies from 1970 to 2015. University of Calgary, Calgary. Verfügbar unter: <http://people.ucalgary.ca/~ramsay/attempted-suicide-gay-lesbian-all-studies.htm#All-Studies>, abgerufen am 13.04.2015.
- Rath, J. M., Villanti, A. C., Rubenstein, R. A., & Vallone, D. M. (2013). Tobacco use by sexual identity among young adults in the United States. *Nicotine and Tobacco Research*, 15, 1822–1831.
- Reis, E., & Saewyc, E. (1999). 83,000 youth: select findings of eight population-based studies as they pertain to anti-gay harassment and the safety and wellbeing of sexual minority students. Seattle, Wash.: Safe Schools Coalition of Washington.
- Reisch, N., Hahner, S., Bleicken, B., Flade, L., Pedrosa Gil, F., Loeffler, M., Ventz, M., Hinz, A., Beuschlein, F., Allolio, B., Reincke, M., & Quinkler, M. (2011). Quality of life is less impaired in adults with congenital adrenal hyperplasia because of 21-hydroxylase deficiency than in patients with primary adrenal insufficiency. *Clinical Endocrinology*, 74, 166–173.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, 388, 412–436.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2013). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 143–152.
- Rodriguez, E. M. (2010). At the intersection of church and gay: a review of the psychological research on gay and lesbian Christians. *Journal of Homosexuality*, 57, 5–38.
- Savin-Williams, R. C. (2008). Then and now: recruitment, definition, diversity, and positive attributes of same-sex populations. *Developmental Psychology*, 44, 135–138.
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2009). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 16–33.
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*. DOI 10.1093/jpepsy/jsw058.
- Stall, R., Friedman, M., & Catania, J. A. (2008). Interacting epidemics and gay men’s health: a theory of syndemic production among urban gay men. In: Wolitski, R. J., Stall, R., & Valdiserri, R. O. (Hrsg.), *Unequal opportunity: health disparities affecting gay and bisexual men in the United States* (S. 251–274). New York: Oxford University Press.
- Thyen, U., Lux, A., Jürgensen, M., Hiort, O., & Köhler, B. (2014). Utilization of health care services and satisfaction with care in adults affected by disorders of sex development (DSD). *Journal of General Internal Medicine*, 29 Suppl 3, S752–759.
- Turriff, A., Levy, H. P., & Biesecker, B. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of depressive symptoms among adolescents and adults with Klinefelter syndrome. *Genetics in Medicine*, 13, 966–972.
- van Lisdonk, J. (2014). Living with intersex/DSD: an exploratory study of the social situation of persons with intersex/DSD. The Hague: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wichstrom, L., & Hegna, K. (2003). Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 144–151.
- Wikipedia (2016). Transgender. Wikimedia Foundation, San Francisco. Verfügbar unter: <https://en.wikipedia.org/wiki/Transgender>, abgerufen am 09.06. 2016.
- Wisniewski, A. B., & Mazur, T. (2009). 46,XY DSD with female or ambiguous external genitalia at birth due to androgen insensitivity syndrome, 5alpha-reductase-2 deficiency, or 17beta-hydroxysteroid dehydrogenase deficiency: a review of quality of life outcomes. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2009, 567430. DOI 10.1155/2009/567430

Article inédit (thème principal) – Synthèse

Martin Plöderl

Santé psychologique de la communauté LGBT: faits et tentatives d'explications

Les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) présentent un risque de maladies psychologiques et une tendance suicidaire accrue, comme le montrent de nombreuses études internationales. Cet article présente la situation actuelle et aborde les défis méthodologiques. Alors que les données sur le risque pathologique accru semblent fiables pour les personnes lesbiennes, gay et bisexuelles, le volume de données pour les personnes transgenres et intersexuées est encore limité, même si les résultats indiquent également un risque accru. Cet article présente également des nouveaux modèles d'explications scientifiques de la santé psychologique des membres de la communauté LGBTI, qui ont remplacé les approches pathologisantes des LGBTI et se concentrent sur les conséquences de l'homo-, bi-, trans- et interphobie dans la société. Les différentes formes de pressions sur les minorités qui en résultent, auxquelles sont exposés les membres de la communauté LGBTI ou les personnes perçues comme appartenant à la communauté LGBTI, expliquent bien le risque pathologique accru. Connaître le risque pathologique des patientes et des patients LGBTI ainsi que les processus pathogénétiques sous-jacents est pertinent pour la pratique de la psychothérapie.

Mots-clés: psychologique, maladie, santé, suicide, lesbienne, gay, bisexuel, homosexualité, transgenre, intersexuation

Auteur

Martin Plöderl, Dr privat-docent, psychologue clinicien et psychologue de la santé, psychothérapeute (logothérapeute et analyste existentiel). Activité de consultation, de recherche et d'enseignement dans la prévention du suicide, spécialisé dans la recherche sur les tendances suicidaires des minorités sexuelles.