

**Homosexualität als
Risikofaktor für
Depression und
Suizidalität bei Männern**

Plöderl M, Kralovec K

Fartacek C, Fartacek R

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4)

28-37

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern

M. Plöderl^{1,2,3}, K. Kralovec¹, C. Fartacek², R. Fartacek^{1,2}

Kurzfassung: Diese Übersichtsarbeit versucht zu zeigen, dass der Faktor Homosexualität wesentlich für das Verständnis von Depression und Suizidalität bei Männern ist. So haben homo- und bisexuelle (HBS) Männer im Vergleich zu heterosexuellen ein signifikant höheres Risiko für Depression und Suizidalität, wie aus internationalen Studien hervorgeht. Wir stellen diese Ergebnisse metaanalytisch vor und vergleichen sie mit den wenigen Studien aus dem deutschsprachigen Raum, die ähnliche Ergebnisse fanden. Als Erklärung für das höhere Risiko wird in der Literatur hauptsächlich der schädigende Effekt von „Minoritätenstress“ diskutiert, also tatsächliche oder befürchtete Gewalt und Diskriminierung aufgrund der Homo- oder Bisexualität. Viele empirische Studien unterstützen diese Ansicht, jedoch nicht

ausreichend. Wir versuchen zu zeigen, dass HBS-Männer neben dem Minoritätenstress schon lange vor dem Comingout mit negativen sozialen Reaktionen konfrontiert sind, und deshalb das Risiko für spätere psychische Probleme steigt. Grund dafür ist sehr wahrscheinlich frühes geschlechtsrollenabweichendes Verhalten und dadurch ausgelöste negative Reaktionen des sozialen Umfeldes. Schließlich versuchen wir, daraus Folgerungen für die klinische Praxis abzuleiten.

Abstract: This review attempts to illustrate that homosexuality is an important factor for understanding male depression and suicidality. Homosexual and bisexual (HBS) men are at a higher risk for depression and suicidality than heterosexual men, as revealed by international stud-

ies. We present these results meta-analytically and contrast them with the few studies from German-speaking countries that found comparable results. In the scientific literature, the increased risk is mostly explained through the harmful effects of „minority stress“, i. e., expected or actual violence and discrimination resulting from being HBS. Numerous empirical studies support this hypothesis, but not sufficiently. We try to show that, in addition to minority stress, HBS men are also confronted with negative social reactions long before coming out, likely due to gender role nonconformity, and this increases their risk for later psychological distress. Finally, we present resulting conclusions for clinical application. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (4): 28–37.**

Studienübersicht

„Daß eine große Anzahl Homosexueller sich im Zusammenhänge mit ihrer geschlechtlichen Eigenart veranlaßt sieht, ihrem Leben ein freiwilliges Ende zu bereiten, steht außer Zweifel. Nach Schätzungen, die sich auf Beobachtung an zirka 10000 Urningen stützen, dürften sich von Hundert durchschnittlich 3 selbst töten, während etwa 1/4 aller mehr oder minder ernste Selbstmordversuche begangen und sich 3/4 aller mit Selbstmordgedanken getragen haben“ [1].

Internationale Datenlage

Magnus Hirschfeld hat schon Anfang des vergangenen Jahrhunderts auf die ausgeprägte Suizidalität von homosexuellen Männern hingewiesen, wie im einleitenden Zitat ersichtlich ist. Das Bild hat sich bis heute nicht wesentlich geändert. Auch aktuelle, methodisch hochwertige Studien zeigen, dass eine homo- oder bisexuelle (HBS) Orientierung sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit einem erhöhten Risiko für Depression und Suizidalität einhergeht [2–8]. Ähnliche Ergebnisse wurden schon viel früher gefunden, beginnend mit den Untersuchungen der Kinsey-Gruppe [9], doch wurden sie aufgrund methodischer Mängel stark angezweifelt, z. B. aufgrund von nichtrepräsentativen Stichproben, fehlenden heterosexuellen Kontrollgruppen und unklarer Definition von sexueller Orientierung [10, 11]. In aktuelleren Studien sind die-

se Mängel großteils behoben worden, dennoch wiesen HBS-Personen ein höheres Suizidalitäts- und Depressionsrisiko auf. Mittlerweile gibt es auch die ersten Metaanalysen [3, 6, 7, 12, 13].

In einer Metaanalyse, die im Folgenden genauer dargestellt wird [7], gingen nur populationsbasierte Studien ein [14–22], d. h. HBS-Personen wurden nicht selektiv über Homosexuellenorganisationen gewonnen. Major Depression (12-Monats-Prävalenzen) wurde entsprechend den DSM-Kriterien erfasst, Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) anhand von einfachen Fragen erhoben. Die Ergebnisse für Männer sind in den Tabellen 1 und 2 abgebildet. Für Suizidversuche wurde eine aktuelle Studie [23] ergänzt (für eine nähere Beschreibung der Analyseverfahren siehe [7]).

Tabelle 1: Major Depression (12-Monats-Prävalenzen) bei homo-/bisexuellen und heterosexuellen Männern

Studie	Sexuelle Orientierung		OR (95 %-CI)
	Homo-/bisexuell n/N (%)	Heterosexuell n/N (%)	
Cochran und Mays (2000) [16]	13/98 (13)	200/3922 (5)	2,9 (1,4–6,3)*
Cochran et al. (2003) [17]	11/37 (31)	126/1239 (10)	3,6 (1,7–7,4)*
Fergusson et al. (2005) [18]	15/30 (50)	64/439 (15)	5,8 (2,7–12,7)*
Gilman et al. (2001) [19]	8/74 (10)	166/2310 (7)	1,6 (0,7–3,2)
Sandfort et al. (2001) [21]	8/82 (10)	109/2796 (4)	2,0 (0,9–4,4)*
Ergebnis Metaanalyse			2,9 (1,9–4,45)*

Anmerkung: Siehe [7] für eine genauere Beschreibung der Berechnung (Methode 2). OR: Odds Ratio, 95 %-CI: 95 %-Konfidenzintervall der Odds Ratios, *p < 0,05.

Aus dem ¹Sonderauftrag für Suizidprävention, Christian-Doppler-Klinik Salzburg, dem ²Forschungsprogramm Suizidprävention, Paracelsus Privatmedizinische Universität Salzburg und dem ³Universitätsinstitut für Klinische Psychologie, Christian-Doppler-Klinik Salzburg

Korrespondenzadresse: Ing. Mag. Dr. Martin Plöderl, Sonderauftrag für Suizidprävention, Christian-Doppler-Klinik, A-5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 79; E-Mail: m.ploderl@salk.at

Tabelle 2: Suizidversuche (Lebenszeitprävalenz) bei homo-/bisexuellen und heterosexuellen Männern

Studie	Sexuelle Orientierung		OR (95 %-CI)
	Homo-/bisexuell n/N (%)	Heterosexuell n/N (%)	
Bagley and Tremblay (1997) [14]	5/82 (6)	3/668 (0)	14,0 (3,2–73,8)*
Cochran and Mays (2000) [15]	15/78 (19)	116/3214 (4)	6,5 (2,7–15,23)*
De Graaf et al. (2006) [23]	12/82 (15)	45/2796 (2)	10,2 (5,2–20,2)*
Gilman et al. (2001) [19]	–	–	2,4 (1,0–5,8)
Herell et al. (1999) [20]	15/103 (15)	4/103 (4)	6,5 (1,5–28,8)*
Skegg et al. (2003) [22]	9/53 (17)	26/427 (6)	3,2 (1,4–7,2)*
Ergebnis Metaanalyse			5,6 (3,9–8,2)*

Anmerkung: Siehe [7] für eine genauere Beschreibung der Berechnung (Methode 2). OR: Odds Ratio, 95 %-CI: 95 %-Konfidenzintervall der Odds Ratios, *p < 0,05.

Im Vergleich zu heterosexuellen hatten HBS-Männer ein etwa 3-fach erhöhtes Risiko für eine Major Depression. Für Suizidversuche fand sich ein etwa 5–6-fach erhöhtes Risiko, also wesentlich höher als für Depression. Die Lebenszeit-suizidversuchsrate bewegte sich bei HBS-Männern zwischen 6 und 19 %, bei heterosexuellen Männern zwischen 0 und 6 %. Vergleichbare Ergebnisse wurden in einer aktuelleren Metaanalyse gefunden [3]. Weiters ist anzumerken, dass bei HBS-Männern auch das Risiko für andere psychische Störungen wie Agoraphobie, Panikstörung sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit signifikant erhöht war [7].

Einige neuere Studien schlüsselten die sexuelle Orientierung genauer auf, und es zeigt sich häufig, dass bisexuelle Personen mehr Depressivität, Suizidalität und auch andere psychische Probleme aufweisen als homosexuelle und heterosexuelle [14, 24–28]. Allerdings hing es dabei auch davon ab, welche Dimension der sexuellen Orientierung (Identifikation/Verhalten/Erleben) verwendet wurde, um jemanden als homosexuell oder bisexuell zu klassifizieren [27, 29].

Die Unterschiede zwischen HBS- und heterosexuellen Personen sind bezüglich Depression und Suizidalität bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen, jedoch ist dieser Geschlechtsunterschied bei Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit umgekehrt [3, 7, 13].

Bislang gibt es noch wenige Untersuchungen bei ethnischen Minoritäten und es ist fraglich, inwieweit bestehende Ergebnisse hier repliziert werden können. Entgegen der Erwartung, dass aufgrund des Doppelstigmata (z. B. schwul und farbig) psychische Störungen hier noch ausgeprägter sind, fanden sich bei ethnischen HBS-Minoritäten vergleichbare oder sogar niedrigere Raten an psychischen Störungen, verglichen mit weißen Studienteilnehmern [30, 31]. Risiko- und Schutzfaktoren könnten bei ethnischen Minoritäten anders verteilt sein.

Studien aus dem deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum gibt es unseres Wissens bisher nur 8 publizierte Studien, die Suizidalität und/oder Depressi-

vität bei HBS-Männern untersuchten [29, 32–40], und nur 2 davon erschienen in Fachzeitschriften mit Begutachtungsprozessen [36, 39]. In Tabelle 3 sind diese Studien beschrieben und die Ergebnisse für jemals durchgeführte Suizidversuche dargestellt.

Die Suizidversuchsrate betrug bei HBS-Männern zwischen 7 % und 18 % und ist demnach vergleichbar mit den Ergebnissen der internationalen Studien (siehe auch [4]). Nur 3 Studien beinhalteten heterosexuelle Kontrollgruppen, wobei die Suizidversuchsraten in diesen Studien bei HBS-Männern etwa 5–10-fach erhöht waren (OR = 5,6–10,6). Diese Risikounterschiede sind somit meist höher als das Gesamtergebnis der oben berichteten Metaanalyse von internationalen Studien. Zwei Untersuchungen aus der französischsprachigen Schweiz sollen an dieser Stelle der Vollständigkeit halber angeführt werden: In beiden Studien, die an erwachsenen HBS-Männern durchgeführt wurden, fanden sich relativ hohe Lebenszeit-suizidversuchsraten von 24 % [41] und 19 % [42].

Bemerkenswert ist, dass das erhöhte Suizidversuchsrisiko bei HBS-Personen auch dann noch bestehen bleibt oder sich sogar verstärkt, wenn strengere Kriterien für Suizidversuche [29, 36] oder verschiedene Dimensionen der sexuellen Orientierung verwendet werden [29].

In keiner deutschsprachigen Studie wurden Diagnosen standardisiert nach ICD oder DSM erhoben. Nur eine Untersuchung verwendete ein standardisiertes Instrument zur Messung von Depressivität [36], nämlich die Allgemeine Depressionsskala [43]. Eine für die vorliegende Arbeit durchgeführte separate Analyse für Männer zeigt, dass HBS-Männer höhere Depressivitätswerte als heterosexuelle aufwiesen (M = 7,68; SD = 2,49 vs. M = 7,07; SD = 2,38; t = –2,56; p < 0,05; d = 0,26). Der Unterschied ist zwar statistisch signifikant, aber die Effektstärke ist als klein zu bezeichnen. Eine Studie an deutschen HBS-Jugendlichen verwendete die Depressivitätsskala aus dem Freiburger Persönlichkeitsinventar [34]. Demnach waren 24 % mäßig und 11 % stark depressiv, und nach einer Hochrechnung hätten 50–60 % aller HBS-Männer im Alter von 25 Jahren bereits eine depressive Episode hinter sich.

In einer österreichischen Studie [36] zeigte sich, was sich auch in anderen Ländern findet: Bisexuelle hatten im Vergleich zu homosexuellen und heterosexuellen Personen ausgeprägtere Werte bei den Indikatoren für psychische Probleme wie etwa Suizidgedanken, Depressivität, Hoffnungslosigkeit oder niedriger Selbstwert. Bisexuelle Studienteilnehmer hatten auch problematischere Werte bei Risikofaktoren wie etwa internalisierte Homophobie und berichteten über weniger Anschluss an die homosexuelle Gemeinschaft und weniger familiäre Unterstützung. Jedoch waren die Suizidversuchsraten vergleichbar mit homosexuellen Befragten.

Im deutschsprachigen Raum gibt es bislang noch keine repräsentative Studie, in der psychiatrische Diagnosen standardisiert bei HBS- und heterosexuellen Männern erfasst wurden. Basierend auf den gefundenen höheren Suizidversuchsraten bei HBS-Personen ist aber anzunehmen, dass auch in deutsch-

Tabelle 3: Deutschsprachige Studien zu Suizidversuchen von homo- oder bisexuellen Männern

Studie	Studienbeschreibung	Suizidversuche n (%)		OR (95 %-CI)
		Homo-/bisexuell	Hetero-sexuell	
Dannecker & Reiche (1974) [32]	789 vorwiegend homosexuelle Männer aus Deutschland, 18–65 a, die über 139 homosexuelle Kontaktpersonen rekrutiert wurden	? (13)	–	–
Berliner Senatsverwaltung (1998) [35]	111 vorwiegend homosexuelle Jugendliche, 16–26 a, aus Berlin, Rekrutierung über die Szene	20 (18)	–	–
Biechele (2001) [33, 34]	353 vorwiegend homosexuelle, 15–25 a, Jugendliche aus Deutschland, Rekrutierung über Links in Szenewebsites (n = 180) und über Fragebögen (n = 173), die in der Szene verteilt wurden	29 (8)	–	–
Plöderl & Fartacek (2005) [7, 36]	244 vorwiegend homosexuelle und 177 heterosexuelle Männer aus Österreich, 15–74 a, parallelisiert nach Alter, Geschlecht, und Bildung; Rekrutierung über die Szene, die Kontrollgruppen über soziale Einrichtungen	Einfache Frage ^a : 30 (12); Kriterium 1 ^b : 28 (12); Kriterium 2 ^c : 20 (8)	3 (2) 3 (2) 3 (2)	8,2 (2,5–42,8)* 7,6 (2,3–39,7) 5,2 (1,2–27,9)*
Faistauer & Plöderl (2006) [38]	468 vorwiegend homosexuelle Männer, aus Österreich, 18–45 a, rekrutiert über www.gayromeo.at	Einfache Frage: 82 (18); mit medizinischer Versorgung: 21 (4); mit zumindest etwas Sterbensabsicht: 75 (16)	–	–
Plöderl & Fartacek (2009) [39]	70 vorwiegend homosexuelle Männer aus Österreich, und 75 heterosexuelle Männer, parallelisiert nach Alter (16–70 a), Geschlecht und Bildung. Rekrutierung über die Szene, die Kontrollgruppe über den Bekanntenkreis von Studierenden	5 (7)	1 (1)	5,6 (0,6–272,4)
Plöderl, Kralovec, & Fartacek (subm.) [29]	656 Männer aus Österreich, 18–84 a, rekrutiert über das soziale Netz von Studierenden. Darunter 3–12 % homo- oder bisexuelle Männer, je nach verwendetem Kriterium (Verhalten, Identifikation, Fantasien). Identifikation: 48 (7 %)	Einfache Frage: 8 (17); mit zumindest etwas Sterbensabsicht: 8 (17); mit starker Sterbensabsicht 6 (13)	16 (3) 11 (2)	7,3 (2,8–17,8)* 10,6 (3,9–28,1)*
Wang (2007) [40]	108 homosexuelle Männer aus Liechtenstein, Rekrutierung über Schneeballsystem	? (11)	–	–

^a Die Frage lautete „Haben Sie jemals einen Suizidversuch gemacht?“; ^b Kriterium 1: Ausschluss von Suizidgedanken und Suizidplänen mittels Kontrollfragen; ^c Kriterium 2: Ausschluss von Suizidgedanken, Suizidplänen und abgebrochenen Suizidversuchen. Odds Ratios wurden für diese Tabelle neu gerechnet. OR: Odds Ratio, 95 %-CI: 95 %-Konfidenzintervall der Odds Ratios. *p < 0,05.

sprachigen Ländern HBS-Männer höhere Raten an psychischen Störungen aufweisen.

Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der oben zitierten Studien stellen vermutlich eine Unterschätzung der realen Problematik dar. Erstens kann man davon ausgehen, dass viele HBS-Personen bei Befragungen nicht immer ihre HBS-Orientierung angeben. Ein Indiz dafür ist, dass bei Verwendung von computerunterstützten Methoden homosexuelles Verhalten häufiger berichtet wird als bei Fragebögen oder Interviews [44, 45]. Diese „fälschlich“ als heterosexuell klassifizierten Personen könnten jene sein, die mehr psychische Probleme aufweisen als Personen, die ihre HBS-Orientierung in einer Befragung wahrheitsgemäß angeben. Zweitens ist als Grund für die Unterschätzung zu nennen, dass manche Studien bloß homosexuelles Verhalten als Kriterium für eine homosexuelle Orientierung verwenden. Sexuell abstinente homosexuelle Personen, die in einer Untersuchung [14] die höchsten Suizidversuchsraten aufwiesen, werden aber somit aus Studien ausgeschlossen oder fälschlich als heterosexuell klassifiziert. Auch die Verwendung der Identifikation als HBS- ist problematisch, da viele Personen es ablehnen, sich als HBS, schwul, lesbisch o. ä. zu bezeich-

nen, obwohl sie HBS empfinden. Dies könnte auch erklären, warum der Anteil an HBS-Personen in Untersuchungen bei der Verwendung von psychologischen Dimensionen (homosexuelles Erleben) wesentlich höher ist [7]. Manche Personen können nicht eindeutig der HBS-Gruppe zugeordnet werden, weil sie sich ihrer Orientierung nicht sicher sind oder diese hinterfragen, und diese weisen auch höhere Suizidalität, Depressivität oder Substanzmissbrauchsprobleme auf [27, 29, 46].

Generell können alle genannten Studienergebnisse kritisch hinterfragt werden, weil es sich um Selbstberichte handelt, vor allem dann, wenn die Wahrscheinlichkeit, vorhandene psychische Probleme oder Suizidversuche zu berichten, von der sexuellen Orientierung abhängt. So meint Savin-Williams [11], dass manche HBS-Personen ein „suffering-script“ haben könnten, d. h. eine Vorannahme, dass Schwulsein mit mehr psychischen Problemen verbunden ist. In Befragungen wird dann z. B. eher ein Vorfall als Suizidversuch bezeichnet, der in Wirklichkeit nur ein Suizidplan war. Savin-Williams konnte nämlich in seiner Untersuchung zeigen, dass nach Abzug von Suizidversuchen, die sich in Kontrollfragen nicht als solche bestätigen ließen, der Unterschied zwischen HBS und heterosexuellen Personen nicht mehr

signifikant war. Dies konnte in anderen Studien jedoch nicht repliziert werden, im Gegenteil: Auch wenn Suizidversuche genauer abgefragt wurden oder nur ernsthaftere Suizidversuche berücksichtigt wurden, blieben die Unterschiede zwischen HBS und heterosexuellen Personen vergleichbar oder stiegen sogar [14, 29, 36, 47].

Ein Suizidversuch ist einer der stärksten Prädiktoren für Suizide [48, 49]. Wenn also die Suizidversuchsrate bei HBS-Personen erhöht ist, dann müssten auch die Suizidraten erhöht sein. In 2 psychologischen Autopsiestudien, in denen Angehörige von Suizidenten befragt wurden, konnte das jedoch nicht gezeigt werden. In einer dieser Untersuchungen befanden sich 7 % homosexuelle Personen unter den Suizidenten und die Autoren schlossen daraus, dass dies der Rate an homosexuellen Personen in der Allgemeinbevölkerung entspricht [50]. Jedoch befand sich in repräsentativen Studien nur ein Anteil von etwa 2–5 % HBS-Personen [51–53]. Außerdem wurden bisexuelle Personen einfach zur heterosexuellen Gruppe gezählt. In der zweiten Studie betrug die Rate an homosexuellen Suizidenten 3,5 % [54], was an der Obergrenze der Rate an HBS-Männern in der Bevölkerung liegt. Psychologische Autopsiestudien sind für diese Fragestellung aber in jedem Fall problematisch weil anzunehmen ist, dass Angehörige häufig nichts von der HBS-Orientierung wissen. Was Suizidversuche anbelangt, so finden diese sehr häufig vor dem Comingout (Mitteilen der sexuellen Orientierung) gegenüber den Angehörigen statt [35, 55]. Es ist daher wahrscheinlich, dass auch zum Zeitpunkt eines Suizids Angehörige noch nichts von einer HBS-Orientierung wissen. Schon Hirschfeld [1] hat in den Raum gestellt, dass derartige Suizide häufig unter der Bezeichnung „Selbstmorde aus unbekanntem Gründen“ laufen [1]. Mittlerweile gibt es einige Studien über das Suizidrisiko von HBS-Personen, die unserer Meinung nach aussagekräftiger sind als die beiden erwähnten psychologischen Autopsiestudien. In einer dänischen Untersuchung wurde das nationale Register eingetragener gleichgeschlechtlicher Partnerschaften mit dem nationalen Suizidregister verglichen; damit stehen objektive Daten zur Verfügung, bei denen das Validitätsproblem von Selbst- oder Angehörigenberichten überwunden ist [56]. Die Suizidrate bei Personen, die in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebten, war im Vergleich zu in einer (verschiedengeschlechtlichen) Ehe lebenden Personen deutlich erhöht (OR = 4,3; CI = 2,2–8,4), auch nach Kontrolle einer ganzen Reihe von Risikofaktoren (OR = 3,6; CI = 1,7–7,7) [56]. Die Ergebnisse sind insofern bemerkenswert, da Dänemark punkto Homosexualität eines der liberalsten Länder ist.

Außerdem ist es ein Schutzfaktor, in einer Partnerschaft zu leben. Daher ist anzunehmen, dass die Suizidrate in weniger toleranten Ländern und bei allein lebenden HBS-Personen noch höher ist. Hinweise für höhere Suizidraten unter HBS-Personen stammen auch aus Studien mit Patienten. In einer solchen Untersuchung war eine HBS-Orientierung einer der stärksten Risikofaktoren für einen künftigen Suizid, auch wenn andere Risikofaktoren statistisch kontrolliert wurden (Suizidgedanken, frühere Suizidversuche, extremer Stress usw.) [57]. In einer weiteren Studie wurde bei 500 Psychiatriepatienten der Zusammenhang zwischen 15 psychischen Störungen und späteren unnatürlichen Todesfällen, zumeist

Suiziden, untersucht [58]. Homosexualität, in dieser Studie noch als eine der 15 psychischen Störungen angeführt, war neben Drogenabhängigkeit am stärksten mit künftigen unnatürlichen Todesfällen verbunden. Auch bei Studien mit nicht-letalen Formen der Selbstverletzung oder Suizidgedanken zählte eine HBS-Orientierung zu den stärksten Risikofaktoren [59–64]. Schließlich sei noch eine Studie an Patienten nach einem „gescheiterten Suizid“, d. h. nach einem Suizidversuch mit schwerwiegenden medizinischen Folgen, erwähnt. Dabei bezeichneten sich 7 % als homosexuell und 18 % als bisexuell, also etwa 5–12x häufiger als in der Allgemeinbevölkerung.

Zusammenfassend lässt sich aufgrund der vielen Studien behaupten, dass HBS-Männer ein deutlich erhöhtes Suizidalitäts- und Depressionsrisiko aufweisen. Zwar fehlen diesbezüglich methodisch hochwertige Studien im deutschsprachigen Raum, doch die bestehenden Untersuchungen lassen vermuten, dass die Problematik hierzulande ebenso vorhanden ist wie in englischsprachigen westlichen Ländern, aus denen die meisten Studien stammen. Die Unterschiede zu heterosexuellen Personen sind bei HBS-Männern stärker ausgeprägt als bei HBS-Frauen, und bei bisexuellen Männern stärker als bei homosexuellen Männern. Schließlich ist der Risikounterschied zwischen HBS und heterosexuellen Personen bei Suizidalität stärker ausgeprägt als bei Depressivität, und für ernsthaftere Formen von Suizidalität vergleichbar oder sogar stärker.

■ Erklärungsansätze

Bisherige Erklärungsansätze für das erhöhte Risiko für Depression und Suizidalität bei HBS-Personen können in 3 Bereiche untergliedert werden: (1) Sind HBS-Personen spezifischen, mit der HBS-Orientierung zusammenhängenden Belastungen (Minoritätenstress) ausgesetzt. (2) Können allgemeine Risiko- und Schutzfaktoren für Depression und Suizidalität bei HBS-Personen anders ausgeprägt sein als bei heterosexuellen. (3) Könnten HBS-Personen schon vor dem Comingout verstärkt vulnerabilisiert werden.

Minoritätenstress

Das erhöhte Risiko für psychische Probleme wird in der Fachliteratur meist damit erklärt, dass HBS-Personen mit „Minoritätenstress“ konfrontiert sind, also mit Diskriminierung und Gewalt, die durch ihre Homo- oder Bisexualität motiviert ist. Das bisher am besten ausformulierte und auch an bestehende psychologische und soziologische Theorien anknüpfende Modell scheint jenes von Meyer [6] zu sein. Er unterteilt den Minoritätenstress noch einmal in distale Stressoren (konkret erlebte Diskriminierung und Gewalt) und proximale Stressoren (Angst vor Diskriminierung, Verheimlichung der sexuellen Orientierung, internalisierte Homophobie). Dieser proximale Minoritätenstress resultiert aus einer HBS-Identität, allerdings hängt die Stressinduktion auch vom subjektiven Stellenwert und der Integrität der HBS-Identität ab. Zusammen mit allgemeinen Stressoren verursacht Minoritätenstress das Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität. Allerdings können Stressbewältigungsmöglichkeiten und die soziale Unterstützung den negativen Effekt puffern, doch ist

das Vorhandensein dieser Ressourcen ebenfalls wieder abhängig davon, wie der Minoritätenstatus integriert ist.

Viele empirische Untersuchungen stützen das Minoritätenstressmodell [6]. So berichten HBS-Männer und -Frauen in vielen Befragungen mehr Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse [6, 65–68]. Dazu kommt, dass sich homophobe Diskriminierung und Gewalt vermutlich schädigender auswirkt als allgemeine Gewalt [69]. Dies könnte auch erklären, warum HBS-Jugendliche mit ausgeprägten Gewalterfahrungen wesentlich höhere Suizidversuchsraten aufweisen als heterosexuelle Jugendliche mit viel Gewalterfahrungen [70]. Doch nicht nur bei HBS-Jugendlichen wirkt sich Homophobie schädlich aus: Sich als heterosexuell bezeichnende Jugendliche, die homophobe Diskriminierungserlebnisse berichteten, wiesen gleich hohe Suizidversuchsraten auf (ca. 20,5 %) wie diskriminierte HBS-Jugendliche (20,3 %) [68]. Die Mehrzahl der Jugendlichen, die Opfer von Homophobie wurden, identifizierte sich übrigens als heterosexuell und nicht als HBS. Es wäre also unrichtig, die fatalen Auswirkungen von Homophobie auf eine kleine HBS-Minorität zu beschränken.

Die Schule scheint ein Ort zu sein, an der Homophobie alltäglich ist [71–73]. Genau in diese Zeit fällt dann typischerweise das innere Comingout [74, 75], in der HBS-Jugendliche vulnerabler sind. So zeigt sich, dass homophobe Gewalterlebnisse an der Schule mit längerfristigen Symptomen der „Post-Traumatic Stress Disorder“ (PTSD) und hohen Suizidversuchsraten verbunden waren [76]. Auch in einer retrospektiven österreichischen Untersuchung berichtete ein Drittel der befragten HBS-Männer homophobe Erlebnisse an der Schule, und knapp die Hälfte jener Befragten, die einen Suizidversuch machten, gaben die schwierige Situation als Homosexueller in der Schule zumindest als Mitgrund für den Suizidversuch an [38].

Es gibt Hinweise, dass proximaler Stress, z. B. Angst vor Diskriminierung, stärker in Zusammenhang mit psychischen Problemen steht als distaler, also tatsächlich erlebte Diskriminierung [77]. Wie einflussreich diese Befürchtungen, seien sie bewusst oder unbewusst, sein können, zeigte eine experimentelle Studie [78] in der schwule und heterosexuelle Männer bei der Interaktion mit Vorschulkindern beobachtet wurden. In einer experimentellen Bedingung wurden die Männer vorher per Fragebogen nach ihrer sexuellen Orientierung befragt, in der anderen Bedingung nicht. Dies allein genügte, dass schwule Männer, die zuvor ihre sexuelle Orientierung angaben, beobachtbar unsicherer mit Kindern umgingen. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der „internalisierten Homophobie“ zu erwähnen. Damit ist die Übernahme von im sozialen Umfeld vorhandenen negativen Einstellungen zur Homosexualität gemeint. Es ist kaum verwunderlich, dass HBS-Menschen nicht vor einer negativen Einstellung zur eigenen HBS verschont bleiben, sind doch homophobe Äußerungen schon früh, z. B. in der Schule häufig, lange bevor die eigene HBS-Orientierung bewusst wird [72, 79, 80].

Soziale Unterstützung kann den schädigenden Effekt von homophoben Erlebnissen und Erwartungen puffern. Gerade die erlebte Unterstützung durch die Eltern dürfte suizidpräventiv wirken [36, 37, 81, 82]. Diese Unterstützung ist im Gegensatz zu anderen Minoritäten bei HBS-Personen jedoch

nicht selbstverständlich. So haben viele HBS-Jugendliche Angst vor der Reaktion der Eltern auf das Comingout [35, 83], und tatsächliche negative Reaktionen der Eltern auf die HBS-Orientierung des Kindes stehen mit einer erhöhten Suizidversuchswahrscheinlichkeit und Depression in Verbindung [55, 84].

Die meisten HBS-Personen haben zunächst ein inneres Comingout, oft Jahre bevor sie ihre HBS-Orientierung jemand anderem anvertrauen. Diese Phase ist daher auch mit Isolationsgefühlen verbunden und besonders kritisch, was Suizidalität anbelangt [85]. So fielen in einer Studie 54 % der Suizidversuche in die Zeit vor dem Comingout gegenüber anderen [55]. Dass Isolation ein charakteristisches Merkmal HBS-Jugendlicher ist, zeigte sich in einer neueren Untersuchung, bei der viele psychologische Variablen bei HBS und bei heterosexuellen Jugendlichen vergleichbar waren (u. a. Depression und Suizidgedanken), jedoch Einsamkeitsgefühle bei HBS signifikant erhöht waren [86]. Bezüglich Isolation besteht hier die Brücke zur interpersonellen Theorie des Suizides [87], nach der sowohl fehlendes Zugehörigkeitsgefühl als auch das Gefühl, eine Belastung für andere zu sein, Menschen in den Suizid treibt.

Auch das Verheimlichen der sexuellen Orientierung, eigentlich als Schutz gedacht, ist nicht ohne Konsequenzen. Fast alle HBS-Menschen sind immer wieder mit Situationen konfrontiert, in denen sie entscheiden müssen, ihre sexuelle Orientierung offenzulegen oder nicht. Grund dafür ist, dass die meisten Menschen davon ausgehen, dass sie heterosexuell sind (Heterosexualitätsannahme). Das Verheimlichen der sexuellen Orientierung reicht dabei von der Vermeidung von gewisser Gesprächsthemen oder Situationen, einem Nicht-Korrigieren der Heterosexualitätsannahme, bis zum aktiven Lügen, aber in allen Formen ist damit eine Entwertung der eigenen Person verbunden [85, 88]. Außerdem benötigt es viele kognitive Ressourcen, ständig „auf der Lauer“ zu sein [88, 89], das Verheimlichen der HBS-Orientierung ging in einer Untersuchung sogar mit höheren Raten an körperlichen Erkrankungen einher [90].

Suizidversuche häufen sich zwar während der Comingout-Phase, die zumeist im Jugendalter stattfindet, aber auch bei erwachsenen HBS-Personen sind das aktuelle Suizidrisiko (Suizidgedanken, Suizidversuche) und Depressivität erhöht [3, 7, 25, 37, 91, 92]. Ein Grund könnte neben dem anhaltenden Minoritätenstress sein, dass das Comingout bei manchen erst im Erwachsenenalter erfolgt, oder weil ein Suizidversuch generell das Risiko für weitere suizidale Handlungen erhöht [48, 49].

Allgemeine Risikofaktoren

Wie wir zu zeigen versuchten, sind HBS-Männer aufgrund ihrer sexuellen Orientierung mit besonderen Stressoren konfrontiert. Vermutlich ist das der Grund, warum auch allgemeine Risikofaktoren für Depression und Suizidalität bei HBS-Männern erhöht bzw. Schutzfaktoren weniger stark ausgeprägt sind. In einer österreichischen Studie waren dies beispielsweise: Hoffnungslosigkeit, niedriger Selbstwert, häufigerer Beruhigungsmittelgebrauch, weniger soziale Unterstützung durch die Familie, mehr Suizidversuche im sozialen

Umfeld, weniger Geschlechtsrollenkonformität und eine höhere Rate an HIV-Infizierten [36]. Auf 3 allgemeine Risikofaktoren – HIV, Religion und familiäre Faktoren – soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Die **HIV-Rate** ist bei Männern, die Sex mit Männern haben, immer noch deutlich erhöht, verglichen mit heterosexuellen Männern [93], und es erscheint naheliegend, dass dies mit einem erhöhten Risiko für Depression und Suizidalität verbunden ist. Tatsächlich ist ein positiver HIV-Status sowohl bei HBS als auch bei heterosexuellen Männern mit einem ähnlich erhöhten Risiko für Depression verbunden [94]. In einer neueren Untersuchung war Suizidalität bei HIV-positiven HBS-Männern jedoch weniger ausgeprägt als bei heterosexuellen HIV-positiven Männern [95]. Dies könnte der Grund sein, warum die höhere HIV-Rate das ausgeprägtere Risiko für Depression und Suizidalität bei HBS-Personen nicht erklären konnte [19, 28, 36, 37].

Weiters könnte **Religiosität** als Schutzfaktor bei HBS-Personen weniger zum Tragen kommen, so wie er in der suizidologischen Literatur aktuell verstärkt diskutiert wird [96–98]. In einer österreichischen Untersuchung waren HBS-Befragte seltener Mitglieder von Religionsgemeinschaften [37], was auch kaum verwunderlich ist, da die meisten Religionen eine ablehnende Einstellung gegenüber Homosexualität vertreten. Die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft war auch mit stärkerer internalisierter Homophobie verbunden [37]. Damit könnte Religiosität bei HBS-Personen sogar ein Risikofaktor sein. In einer Untersuchung korrelierte zwar die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft mit weniger Suizidversuchen, jedoch mit mehr internalisierter Homophobie, welche wiederum mit mehr Suizidgedanken verbunden war [99]. Dies zeigt, dass Religiosität für HBS-Personen sowohl ein Schutz- als auch ein Risikofaktor sein kann.

Ein weiterer Schutzfaktor, der bei HBS-Personen weniger zum Tragen kommen könnte, ist die **familiäre Unterstützung**. HBS-Personen leben häufiger alleine [37] und sind häufiger kinderlos als heterosexuelle [100]. Hier soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass – entgegen der landläufigen Meinung – viele HBS-Männer und -Frauen eigene Kinder haben (6–16 % in einer österreichischen Untersuchung [37] und 22–34 % nach einer repräsentativen US-Erhebung [100]). Bux [101] diskutiert als Ursache für die verstärkte Alkoholproblematik von HBS-Personen, dass diese nach der üblichen pubertären Alkoholkonsumphase nicht so häufig wie heterosexuelle Personen eine eigene Familie gründen oder heiraten und dadurch weniger verantwortungsvoll mit dem Alkohol umgehen.

Vulnerabilisierung vor dem Comingout – der Faktor „geschlechtsrollenuntypisches Verhalten“

HBS-Männer haben nicht nur mehr Stressoren zu bewältigen als heterosexuelle Männer, es scheint auch so zu sein, dass sie vulnerabler sind, d. h. dass sich Stressoren stärker auswirken. Bestätigung erfuhr diese Vulnerabilitätshypothese in einer unserer Untersuchungen, in der Suizidrisikofaktoren bei HBS-Personen sowohl stärker ausgeprägt waren als auch höher mit der gegenwärtigen Suizidgefährdung korrelierten, verglichen mit heterosexuellen Personen [37]. Eine mögliche

Erklärung für die Vulnerabilisierung könnte sein, dass HBS-Personen schon vor ihrem Comingout mit belastenden Erlebnissen konfrontiert sind, die sie später anfälliger für Depression und Suizidalität machen könnten. Dies wird in der aktuellen Literatur aber kaum diskutiert. So finden sich im oben skizzierten Minoritätenstressmodell [6] und in einer aktuellen Zusammenstellung [4] nur Risikofaktoren, die mit der sexuellen Orientierung zusammenhängen. Unseres Erachtens ist dies aber zur Erklärung des erhöhten Risikos für Depression und Suizidalität von HBS-Männern ungenügend.

Erstens finden sich nicht immer mehr Diskriminierungs- und Gewalterlebnisse bei HBS-Personen [37, 102], in einer Untersuchung hatten HBS-Männer sogar signifikant weniger solche Erlebnisse berichtet als heterosexuelle Männer [37]. Dies wäre nach dem Minoritätenstressmodell nicht zu erwarten.

Zweitens zeigte sich mittels Regressionsanalysen, dass die Unterschiede bezüglich Suizidalität oder Depression zwischen HBS und heterosexuellen Personen auch nach Kontrolle von verschiedenen Minoritätsstressoren aufrecht blieben. In einer Untersuchung wurden z. B. Hoffnungslosigkeit, Depression, Alkoholmissbrauch, Suizide und Suizidversuche im sozialen Umfeld und Gewalterlebnisse berücksichtigt, dennoch wiesen HBS-Jugendliche mehr Suizidversuche auf [103]. In einer anderen Untersuchung konnte zwar der Depressions-, Hoffnungslosigkeits- und gegenwärtige Suizidalitätsunterschied zwischen HBS und heterosexuellen Jugendlichen durch Faktoren wie positive und negative Lebensereignisse, Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung und Coping erklärt werden, jedoch nicht die Unterschiede bezüglich früherer Suizidalität (selbst nach Kontrolle von Depression) [104]. In einer Zwillingstudie blieben alle Suizidalitätsmaße bei HBS signifikant erhöht, trotz Kontrolle von Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit und Depressivität [20]. Eine andere Zwillingstudie berücksichtigte Diskriminierung und Hasskriminalität, dennoch blieb die Rate an Depression bei HBS-Männern und -Frauen erhöht [65]. In einer Longitudinalstudie wurden die Risikofaktoren Depressivität, Suizidgedanken, Selbstwert, Suizidversuche im sozialen Netz, frühe sexuelle Erfahrungen und Zufriedenheit mit dem Körper statistisch kontrolliert, aber die Suizidversuchsrate blieb bei HBS-Personen noch immer signifikant erhöht [105]. Diese Untersuchungen zeigen, dass die „üblichen verdächtigen“ Risikofaktoren des Minoritätenstressmodells nicht reichen, um das erhöhte Depressions- und Suizidrisiko bei HBS-Männern und -Frauen zu erklären.

Drittens finden sich psychische Auffälligkeiten sehr früh: Die Emotionsregulierung ist schon bei 11–14-jährigen HBS-Kindern und -Jugendlichen dysfunktionaler als bei heterosexuellen Peers [106]. Dafür sind wahrscheinlich schon Faktoren vor dem Comingout verantwortlich.

Viertens gibt es Hinweise, dass HBS-Männer und -Frauen schon in ihrer Kindheit häufiger Opfer von emotionaler und (auch schwerer) physischer familiärer Gewalt werden [107, 108]. Frühe Gewalterfahrungen stehen mit einem späteren Risiko für psychische Erkrankungen und Suizidalität in Verbindung, wie allgemein bekannt ist [109] und auch bei HBS-Männern gezeigt werden konnte [28, 39, 110]. In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, dass bei HBS-Män-

nen ein Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt in der Kindheit und ungeschütztem Sexualverhalten besteht [110].

Das Abweichen von geschlechtsrollen- (-stereo-) typischem Verhalten ist der Faktor, für den es die meisten Hinweise gibt, dass er mit früher Vulnerabilisierung von HBS-Personen zusammenhängt. HBS-Männer und -Frauen erinnern sich im Vergleich zu heterosexuellen Personen an deutlich mehr Geschlechtsrollenkonformität in ihrer Kindheit, wie eine Metaanalyse von 48 vorwiegend amerikanischen und kanadischen Studien ergab [111] und wie dies auch von uns für österreichische HBS-Personen repliziert werden konnte [39]. Für HBS-Männer bedeutet dies, dass sie z. B. im Vergleich zu heterosexuellen Männern eine ausgeprägtere Präferenz für weibliche Spielpartner hatten, eher weibliche Rollen in Phantasiespielen einnahmen oder rauere Spiele wie Basketball eher ablehnten [112]. Manche Autoren führen dies auf verfälschte Erinnerungen zurück. Demnach interpretieren HBS-Erwachsene das Gefühl des „Andersseins“ in der Kindheit fälschlicherweise als geschlechtsrollenkonformes Verhalten, hervorgerufen durch das Stereotyp, dass Homosexualität mit einer Abweichung von der Geschlechtsrolle verbunden ist [113]. Die Kindheitserinnerungen sind jedoch valide, denn auch die Analyse von Kindheitsvideos ergab, dass sich HBS-Männer und -Frauen beobachtbar geschlechtsrollenuntypischer verhielten als heterosexuelle [114].

Geschlechtsrollenuntypisches Verhalten ist mit negativen sozialen Reaktionen verbunden. Gleichaltrige (Peers) und Lehrpersonen bei Vorschulkindern reagieren beobachtbar häufiger mit mehr Kritik auf geschlechtsuntypisches Verhalten. Sehr feminine Buben spielten häufiger alleine. Bei Mädchen war maskulines Verhalten weniger stark mit Kritik sondern eher mit Ignoranz verbunden [115]. Das Gefühl der Isolation, wie es häufig von HBS-Personen geschildert wird (s. o.), kann demnach schon früh seine Wurzeln haben.

Viele Untersuchungen zeigten, dass Geschlechtsrollenabweichung bei Buben weniger toleriert wird als bei Mädchen [116–119], und dass dies mit psychischen Auffälligkeiten zusammenhängt [116, 117, 120]. Studien an HBS-Personen zeigten, dass geschlechtsrollenatypisches Verhalten mit mehr Gewalterfahrungen und mit schlechteren Beziehungen zu den Eltern in Verbindung steht, vor allem bei Männern [39, 121–124]. Dies könnte auch die höhere Rate an Gewalterfahrungen in der Kindheit bei HBS im Vergleich zu Heterosexuellen erklären [107]. In einer Untersuchung verschwand tatsächlich der Unterschied bezüglich Gewalterfahrungen in der Kindheit zwischen HBS und heterosexuellen Befragten, nachdem der Faktor Geschlechtsrollenkonformität herausgerechnet wurde [29]. Warum geschlechtsrollenabweichendes Verhalten in eine schlechtere Eltern-Kind-Beziehung münden kann, wurde auch tiefenpsychologisch beleuchtet.

Feminines Verhalten bei Buben ist ein Ausdruck der Prähomosexualität, und diese Buben treten anders in die ödipale Phase ein, in der sie dann um den gleichgeschlechtlichen Elternteil werben, der aber darauf häufig verunsichert oder ablehnend reagiert [125, 126]. Oft fühlen sich die Eltern, vor allem die Väter, durch das feminine Verhalten der Buben beunruhigt. Dies wiederum könnte dazu führen, dass Eltern aufkeimende sexuelle und emotionale Gefühle weniger wertschät-

zen, mit schwer änderbaren Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl [127]. Diese Abwertungen werden vom Kind noch dazu nicht verstanden, weil sie „namenlos“ sind, wie ein schwuler Mann berichtet: „Da ist dieses Gefühl des Andersseins. Sie wissen schon, dieses Nicht-der-Norm-Entsprechen, nicht ein normaler Junge zu sein. Aber ich weiß nicht warum, ich habe das Gefühl, dass es dafür keine geeigneten Worte gibt“ [128] (Übersetzung durch M. P.). Manche Autoren bezeichnen diese Erfahrungen des „prähomosexuellen“ Kindes durchaus als traumatisch [127]. So ist es nicht verwunderlich, dass geschlechtsrollenkonformes Verhalten in der Kindheit mit späterer Suizidalität verbunden ist. Weil feminines Verhalten bei Buben stärker negativ beantwortet wird als maskulines Verhalten bei Mädchen, könnte dies auch die höhere Suizidalitäts- und Depressionsproblematik bei HBS-Männern im Vergleich zu HBS-Frauen erklären. Empirische Untersuchungen konnten dies bestätigen: Geschlechtsrollenatypisches Verhalten in der Kindheit hing mit späterer Suizidalität und Depressivität zusammen [39, 118, 121, 123, 129, 130]. Die Wahrscheinlichkeit, einen Suizidversuch gemacht zu haben, war außerdem bei HBS-Jugendlichen höher, deren Eltern abwertend auf das geschlechtsrollenabweichende Verhalten reagierten [131]. Für die kausale Rolle von Geschlechtsrollenatypizität spricht auch der Umstand, dass die Unterschiede bezüglich Depression und Suizidalität zwischen HBS und heterosexuellen Personen (statistisch betrachtet) gänzlich oder zumindest teilweise damit erklärt werden konnten [39, 121]. Auch im Erwachsenenalter ist geschlechtsrollenuntypisches Verhalten bei HBS-Personen mit mehr psychischen Problemen verbunden, vor allem bei Männern [129, 132]. Schließlich waren geschlechtsatypische Freizeit- und Berufsinteressen bei Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung prädiktiv für spätere Suizide [133].

Dem Faktor Geschlechtsrollenkonformität in der Kindheit sollte deshalb in der Erklärung des Risikos für psychische Erkrankungen und Suizidalität sowohl bei HBS als auch bei heterosexuellen Personen noch viel mehr Augenmerk geschenkt werden. Viele Indizien deuten darauf hin, dass geschlechtsrollenuntypisches Verhalten in der Kindheit vulnerabilisiert. Der Minoritätenstress, mit dem HBS-Personen später konfrontiert sind, hat vermutlich durch diese Vulnerabilisierung eine viel problematischere Auswirkung.

Erneute Pathologisierung?

Wie wir zu zeigen versuchten, stehen HBS-Männer und -Frauen in ihrem Leben vor Herausforderungen, die mit einem höheren Risiko für Depression und Suizidalität verbunden sind. Es darf aber nicht vergessen werden, dass die Mehrzahl an HBS-Personen diese Herausforderung gut bewältigt und kein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweist. Dieser Umstand ist wichtig, um keine Stereotypisierung und vor allem Pathologisierung von HBS-Menschen zu suggerieren. Jede Herausforderung im Leben birgt auch eine Chance zur positiven Reifung und zur Entwicklung von spezifischen Ressourcen. Die ersten Studien in diese Richtung konnten zeigen, dass schwule Männer und lesbische Frauen eigene Stärken entwickelt haben, wie Verbundenheit zu anderen HBS-Menschen, selbstbestimmte Formung einer eigenen Familie, besondere Qualität der Freundschaften, Vorbildfunktionen, Authentizität, Ehrlichkeit, mehr Empathie für andere (besonders an-

dere Minoritäten), kritisches Hinterfragen der Gesellschaft, Gerechtigkeitsempfinden, Freiheit bezüglich starrer Geschlechterrollen, sexuelle Selbstbestimmtheit und gleichwertige Partnerschaften [134, 135].

■ Schlussfolgerung

Wie aus den oben zitierten Studien hervorgeht, sind HBS-Personen, vor allem HBS-Männer, in der Gruppe der depressiven oder suizidalen Personen überrepräsentiert. Wenn in Untersuchungen an suizidalen Patienten die sexuelle Orientierung miterfasst wurde, was leider selten der Fall war, so wurde der hohe Anteil an HBS-Personen offenkundig [136]. Dennoch wird die sexuelle Orientierung in der Praxis kaum thematisiert, wie sich etwa in einer Studie an Hausärzten zeigte [137], oder bei Patienten, die sich während der Behandlung suizidierten [138]. Grund dafür könnte Unbehagen mit der Thematik sein bis hin zur manifesten Homophobie, oder einfach die starke Wirkung der Heterosexualitätsannahme, nach der alle Menschen für heterosexuell gehalten werden, es sei denn, man erhält von außen anderweitige Information. Es sollte jedoch nicht gänzlich den HBS-Klienten überlassen werden, vor allem nicht in Krisenzeiten, Therapeuten von der üblichen Annahme zu korrigieren, man sei heterosexuell. Die Vermeidung des Themas macht sich immer wieder auch in der Wissenschaft bemerkbar. So wird Homosexualität als Risikofaktor für Suizidalität auch in aktuellen Fachpublikationen noch immer ignoriert [139] oder bagatellisiert [140], obwohl die Datenlage wie oben geschildert erdrückend ist.

Suizidpräventive Maßnahmen für HBS-Menschen sollten unseres Erachtens dort ansetzen, wo das Gefühl der Zugehörigkeit und des Wertes von HBS-Menschen gestärkt wird. Im klinischen Setting ist eine therapeutische Haltung wesentlich, die Wertschätzung gegenüber HBS-Menschen („gay affirmative“) ausdrückt. Außerdem benötigt es spezifisches Hintergrundwissen und Erfahrung, um die Hürden eines Comingouts, des lebenslangen Identitätsmanagements, der internalisierten Homophobie und des Umgangs mit Diskriminierungserlebnissen in ihren mehr oder weniger subtilen Formen zu verstehen. Auch braucht es für Kliniker eine Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung zur Homosexualität und, damit verbunden, mit den Geschlechterrollenvorstellungen. Für ausführlichere Diskussionen hierzu sei auf andere Arbeiten und Richtlinien verwiesen [141–143]. Suizidprävention für HBS und für heterosexuelle Menschen bedeutet auch, dass der Faktor Geschlechterrollenkonformität stärker berücksichtigt werden muss. Dies findet sich in der aktuellen Literatur aber kaum.

Außerhalb des klinischen Settings bietet sich vor allem die Schule als Ort für Prävention an. „MindMatters“, ein schulisches Gesundheitsförderungsprogramm, beinhaltet ein eigenes Modul zum Thema sexuelle Orientierung und ist ein hervorragendes Beispiel, wie dies realisiert werden kann [144]. Gerade auch das Internet kann hier völlig neue Präventionsmöglichkeiten eröffnen, weil über soziale Netzwerke wesentlich mehr HBS-Personen erreicht werden können als über andere Wege [145].

Wir danken Pierre Tremblay für sein Engagement bei der Literaturrecherche und möchten auf seine ausführliche Website zu Suizidalität und Homosexualität verweisen: <http://www.ucalgary.ca/~ramsay/>.

■ Relevanz für die Praxis

- Homo- und bisexuelle (HBS) Männer haben ein höheres Risiko für Depression und Suizidalität und sind daher in der Gruppe der depressiven und suizidalen Patienten überrepräsentiert.
- Eine Erklärung dafür ist, dass HBS-Männer in ihrem Leben mit tatsächlicher oder befürchteter Diskriminierung und Gewalt aufgrund ihrer Homo- oder Bisexualität konfrontiert sind.
- Viele HBS-Männer erleben schon in der Kindheit wegen ihres geschlechtsrollenabweichenden Verhaltens negative soziale Reaktionen und werden so für Depression und Suizidalität vulnerabilisiert.
- Die Faktoren Homo- und Bisexualität und geschlechtsrollenabweichendes Verhalten werden in der klinischen Arbeit mit depressiven oder suizidalen Patienten häufig zu wenig berücksichtigt.
- Eine wertschätzende Haltung und spezifisches Wissen über HBS-Männer und ihre Bedürfnisse sind für die klinische Praxis wesentlich.

Literatur:

1. Hirschfeld M. Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Handbuch der Gesamten Sexualwissenschaften in Einzeldarstellungen. Louis Marcus Verlagbuchhandlung, Berlin, 1914.
2. Herek GM, Garnets LD. Sexual orientation and mental health. *Ann Rev Clin Psychol* 2007; 3: 353–75.
3. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 70.
4. Lewis NM. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place* 2009; 15: 1029–45.
5. McDaniel JS, Purcell D, D’Augelli AR. The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 84–105.
6. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003; 129: 674–97.
7. Plöderl M, Sauer J, Fartacek R. Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen. Eine meta-analytische Zusammenfassung internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltensther Psychoz Prax* 2006; 117: 4–10.
8. Russell ST. Sexual minority, youth and suicide risk. *Am Behav Sci* 2003; 46: 1241–57.
9. Bell AP, Weinberg MS. Der Kinsey Institut Report über weibliche und männliche Homosexualität. C. Bertelsmann Verlag, München, 1974/1978.
10. Muehrer P. Suicide and sexual orientation: A critical summary of recent research and directions for future research. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25: 72–81.
11. Savin-Williams RC. Suicide attempts among sexual-minority youths: Population and measurement issues. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 983–91.
12. Dennert G. Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. *Verhaltensther Psychoz Prax* 2006; 3: 559–76.
13. Marshal MP, Friedman MS, Stall R, King KM, Miles J, Gold MA, Bukstein OG, Morse JQ. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction* 2008; 103: 546–56.
14. Bagley C, Tremblay P. Suicidal behaviors in homosexual and bisexual males. *Crisis* 1997; 18: 24–34.
15. Cochran SD, Mays VM. Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *Am J Public Health* 2000; 90: 573–8.
16. Cochran SD, Mays VM. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 516–23.
17. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health service use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 53–61.
18. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beutrais AL. Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychol Med* 2005; 35: 971–81.
19. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler RC. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001; 91: 933–9.
20. Herrell R, Goldberg J, True WR, Ramakrishnan V, Lyons M, Eisen S, Tsuang MT. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 867–74.
21. Sandfort TG, deGraaf R, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex behaviour and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 85–91.
22. Skegg K, Shyamala NR, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 541–6.

23. de Graaf R, Sandfort TGM, ten Have M. Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 253–62.

24. Balsam KF, Beauchaine TP, Mickey RM, Rothblum ED. Mental health of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings: effects of gender, sexual orientation, and family. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 471–6.

25. Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb A, Christensen H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 423–7.

26. Mills TC, Paul J, Stall R, Pollack L, Canchola J, Chang YJ, Moskowitz JT, Catania JA. Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 278–85.

27. McCabe SE, Hughes TL, Bostwick WB, West BT, Boyd CJ. Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction* 2009; 104: 1333–45.

28. Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, Binson D, Stall R. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health* 2002; 92: 1338–45.

29. Plöderl M, Kralovec K, Fartacek R. Seriousness of suicide attempts across multiple dimensions of sexual orientation among Austrian adults. (in Vorbereitung).

30. Cochran SD, Mays VM, Alegria M, Ortega AN, Takeuchi D. Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 785–94.

31. Meyer IH, Dietrich J, Schwartz S. Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health* 2008; 98: 1004–6.

32. Dannecker M, Reiche R. Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Fischer, Frankfurt/Main, 1974.

33. Biechele U. 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. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, 2001.

34. Biechele U. Identitätsentwicklung schwuler Jugendlicher. Eine Befragung deutschsprachiger junger Schwuler in der schwulen Szene sowie im Internet. Dissertation. Universität Basel, 2004.

35. Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Lage junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. 1998.

36. Plöderl M, Fartacek R. Suicidality and associated risk factors among lesbian, gay, and bisexual compared to heterosexual Austrian adults. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 661–70.

37. Plöderl M. Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Beltz PVU, Weinheim, 2005.

38. Faistauer G, Plöderl M. Out in der Schule. Schwule Männer berichten über ihre Schulzeit 2006. www.hosi.or.at: HOSI Salzburg.

39. Plöderl M, Fartacek R. Childhood gender nonconformity and harassment as predictors of suicidality among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual Austrians. *Arch Sex Behav* 2009; 38: 400–10.

40. Wang J. Homosexuelle Menschen und Diskriminierung in Lichtenstein. Kurzbericht. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich, 2007.

41. Cochand P, Singy P. Développement d'identitaire et risques de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en suisse romande. Service de Psychiatrie de Liaison, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte. Lausanne, 2001.

42. Häusermann M, Wang J. Projet santé gaie. Les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève. Dialogai Genève, 2003.

43. Hautzinger M, Bailer M. ADS. Allgemeine Depressions Skala. Manual. Beltz Test, Weinheim, 1993.

44. Kurth AE, Martin DP, Golden MR, Weiss NS, Heagerty PJ, Spielberg F, Handsfield HH, Holmes KK. A comparison between audio computer-assisted self-interviews and clinician interviews for obtaining the sexual history. *Sex Transm Dis* 2004; 31: 719–26.

45. Turner CF, Ku L, Rogers SM, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science* 1998; 280: 867–73.

46. Espelage D, Aragon S, Birkett M, Koenig B. Homophobic teasing, psychological outcomes, and sexual orientation among high school students: What influence do parents and schools have. *School Psych Rev* 2008; 37: 202–16.

47. Tremblay P. Homosexually oriented people are at greater risk for more serious suicidal behaviors; 2009. Available from: <http://people.ucalgary.ca/~ramsay/gay-more-risk-suicide.htm>.

48. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord* 2008; 105: 25–33.

49. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205–28.

50. Rich CL, Fowler RC, Young D, Blenkush M. San Diego suicide study: comparison of gay to straight males. *Suicide Life Threat Behav* 1986; 16: 448–57.

51. Laumann E, Gagnon J, Michael R, Michaels S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. University of Chicago Press, Chicago, IL, 1994.

52. Mosher WD, Chandra A, Jones J. Sexual behavior and selected health measures: men and women 15–44 years of age, United States, 2002. *Adv Data* 2005; (362): 1–55.

53. Rust PC. Review of the statistical findings about bisexual behavior, feelings, and identities. In: Rust PC (ed). *Bisexuality in the United States*. A social science reader. Columbia University Press, New York, 2000; 129–84.

54. Shaffer D, Fisher P, Hicks RH, Parides M, Gould M. Sexual orientation in adolescents who commit suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25: 64–71.

55. D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington N. Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 250–64.

56. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765–72.

57. Motto JA, Heilbron DC, Juster RP. Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 680–6.

58. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB, Clayton PJ. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. II. Cause-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 58–66.

59. Gratz KL. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76: 238–50.

60. Kisch J, Leino EV, Silverman MM. Aspects of suicidal behavior, depression, and treatment in college students: Results from the Spring 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 3–13.

61. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 634–40.

62. Wichström L. Predictors of non-suicidal self-injury versus attempted suicide: similar or different? *Arch Suicide Res* 2009; 13: 105–22.

63. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 68–72.

64. Deliberto TL, Nock MK. An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2008; 12: 219–31.

65. Frisell T, Lichtenstein P, Rahman Q, Långström N. Psychiatric morbidity associated with same-sex sexual behaviour: Influence of minority stress and familial factors. *Psychol Med* 2009 [Epub ahead of print].

66. Herek GM. Hate crimes against lesbians and gay men: Issues for research and policy. *Am Psychol* 1989; 44: 948–55.

67. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001; 91: 1869–76.

68. Reis B, Saewyc E. 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. The Safe Schools Coalition of Washington; 1999. <http://www.safeschoolscoalition.org/83000youth.pdf>.

69. Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 945–51.

70. Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health* 2002; 30: 364–74.

71. Buston K, Hart G. Heterosexism and homophobia in Scottish school sex education: exploring the nature of the problem. *J Adolesc* 2001; 24: 95–109.

72. Plummer DC. The quest for modern manhood: masculine stereotypes, peer culture and the social significance of homophobia. *J Adolesc* 2001; 24: 15–23.

73. Thurlow C. Naming the outsider within: homophobic pejoratives and the verbal abuse of lesbian, gay and bisexual high-school pupils. *J Adolesc* 2001; 25: 25–38.

74. Fox RC. Bisexual identities. In: D'Augelli AR, Patterson CP (eds). *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities Over the Lifespan: Psychological Perspectives*. Oxford University Press, New York, 1995; 48–86.

75. Watzlawik M. Experiencing same-sex attraction: A comparison between American and German adolescents. *Identity* 2004; 4: 171–86.

76. Rivers I. Recollections of bullying at school and their long-term implications for lesbians, gay men, and bisexuals. *Crisis* 2004; 25: 169–75.

77. Ross MW. Actual and anticipated societal reactions to homosexuality and adjustment in two societies. *J Sex Res* 1985; 21: 40–55.

78. Bosson JK, Haymovitz EL, Pintel EC. When saying and doing diverge: The effects of stereotype threat on self-reporting versus non-verbal anxiety. *J Exp Soc Psychol* 2004; 40: 247–55.

79. Gonsiorek JC. Gay male identities: Concepts and issues. In: D'Augelli AR, Patterson CP (eds). *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities Over the Lifespan: Psychological Perspectives*. Oxford University Press, New York, 1995; 24–47.

80. Renold E. Presumed innocence. (Hetero)sexual, heterosexist and homophobic harassment among primary school girls and boys. *Childhood* 2002; 9: 415–30.

81. Diaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin BV. The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *Am J Public Health* 2001; 91: 927–32.

82. Hershberger SL, D'Augelli AR. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Dev Psychol* 1995; 31: 65–74.

83. Ben-Ari A. The discovery that an offspring is gay: Parents', gay men's, and lesbians' perspectives. *J Homosex* 1995; 30: 89–112.

84. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics* 2009; 123: 346–52.

85. Cass VC. Homosexual identity formation: A theoretical model. *J Homosex* 1979; 4: 219–35.

86. Rivers I. Well-being among same-sex and opposite-sex attracted youth at school. *School Psych Rev* 2008; 37: 174–87.

87. Joiner TE. Why people die by suicide. Harvard University Press, Cambridge, MA, 2005.

88. Goffman I. Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1963/2001.

89. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Fiske ST, Lindzey G (eds). *The Handbook of Social Psychology*. McGraw-Hill, Boston, 1998; 504–53.

90. Cole SW, Kemeny ME, Taylor SE, Visscher BR. Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychol* 1996; 15: 243–51.

91. Grossman AH, D'Augelli AR, O'Connell TS. Being lesbian, gay, bisexual, and 60 or older in North America. *J Gay Lesbian Soc Serv* 2002; 13: 23–40.

92. McNair R, Kavanagh A, Agius P, Tong B. The mental health status of young adult and mid-life non-heterosexual Australian women. *Aust N Z J Public Health* 2005; 29: 265–71.

93. Sullivan PS, Hamouda O, Delpech V, Geduld JE, Prejean J, Semaille C, Kaldor J, Folch C, Op de Coul E, Marcus U, Hughes G, Archibald CP, Cazein F, McDonald A, Casabona J, van Sighem A, Fenton KA, Anney MSM Epidemiology Study Group. Reemergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 423–31.

94. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 725–30.

95. Sherr L, Lampe F, Fisher M, Arthur G, Anderson J, Zetler S, Johnson M, Edwards S, Harding R. Suicidal ideation in UK HIV clinic attendees. *AIDS* 2008; 22: 1651–8.

96. Colucci E, Martin G. Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 229–44.

97. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 283–91.

98. Kralovec K, Plöderl M, Yazdi K, Fartacek R. Die Rolle von Religion und Religiosität in der Suizidologie. *Psychiatr Psychother* 2009; 1: 17–20.

99. Kralovec K, Plöderl M, Fartacek R, Fartacek R. The effect of religion on the suicide risk in lesbian, gay and bisexual individuals. (In Vorbereitung).

100. Pawelski JG, Perrin EC, Foy JM, Allen CE, Crawford JE, Del Monte M, Kaufman M, Klein JD, Smith K, Springer S, Tanner JL, Vickers DL. The effects of marriage, civil union, and domestic partnership laws on the health and well-being of children. *Pediatrics* 2006; 118: 349–64.
101. Bux DA. The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review. *Clin Psychol Rev* 1996; 16: 277–98.
102. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, Wright L, Blizard R, Davidson O. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: Controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 552–8.
103. Russell ST, Joyner KJ. Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001; 91: 1276–81.
104. Safren SA, Heimberg RG. Depression, hopelessness, suicidality, and related factors in sexual minority and heterosexual adolescents. *J Consult Clin Psych* 1999; 67: 859–66.
105. Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: A longitudinal study of the general Norwegian population. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 144–51.
106. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 1270–8.
107. Corliss HL, Cochran SD, Mays VM. Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 1165–78.
108. Austin SB, Jun HJ, Jackson B, Spiegelman D, Rich-Edwards J, Corliss HL, Wright RJ. Disparities in child abuse victimization in lesbian, bisexual, and heterosexual women in the Nurses' Health Study II. *J Womens Health* 2008; 17: 597–606.
109. Mehlum L. Traumatic stress and suicidal behavior: An important target for treatment and prevention. In: Hawton K (ed). *Prevention and Treatment of Suicidal Behavior*. From Science to Practice. Oxford University Press, Oxford, 2005; 121–38.
110. Paul JP, Catania J, Pollack L, Stall R. Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 557–84.
111. Bailey JM, Zucker KJ. Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Dev Psychol* 1995; 31: 43–55.
112. Zucker KJ, Mitchell JN, Bradley SJ, Tkachuk J, Cantor JM, Allin SM. The recalled childhood gender identity/gender role questionnaire: Psychometric properties. *Sex Roles* 2006; 54: 469–83.
113. Gottschalk L. Same-sex sexuality and childhood gender non-conformity: A spurious connection. *J Gend Stud* 2003; 12: 35–50.
114. Rieger G, Linsenmeier JAW, Gygax L, Bailey JM. Sexual orientation and childhood gender nonconformity: evidence from home videos. *Dev Psychol* 2008; 44: 46–58.
115. Fagot BI. Consequences of moderate cross-gender behavior in preschool children. *Child Dev Psychol* 1977; 48: 902–7.
116. Carver PR, Yunger JL, Perry DG. Gender identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles* 2003; 49: 95–109.
117. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31: 41–53.
118. D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypicality, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. *J Interpers Violence* 2006; 21: 1462–82.
119. McCreary DR. The male role and avoiding femininity. *Sex Roles* 1994; 31: 517–31.
120. Yunger JL, Carver PR, Perry DG. Does gender identity influence children's psychological well-being? *Dev Psychol* 2004; 40: 572–82.
121. Alanko K, Santtila P, Witting K, Varjonen M, Jern P, Johansson A, von der Pahlen B, Kenneth Sandnabba N. Psychiatric symptoms and same-sex sexual attraction and behavior in light of childhood gender atypical behavior and parental relationships. *J Sex Res* 2009; 46: 494–504.
122. Landolt MA, Bartholomew K, Saffrey C, Rram D, Perlman D. Gender nonconformity, childhood rejection, and adult attachment: A study of gay men. *Arch Sex Behav* 2004; 33: 117–28.
123. Harry J. Parasuicide, gender, and gender deviance. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 350–61.
124. Harry J. Parental physical abuse and sexual orientation in males. *Arch Sex Behav* 1989; 18: 251–61.
125. Dannecker M. 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. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, 2001.
126. Isay R. *Becoming gay*. The journey to self-acceptance. Henry Holt and Co, New York, 1996.
127. Blum A, Pfetzing V. Assaults to the self: The trauma of growing up gay. *Gender Psychoanal* 1997; 2: 427–42.
128. Corbett K. Homosexual boyhood: Notes on girlyboys. *Gender Psychoanal* 1996; 1: 429–61.
129. Skidmore WC, Linsenmeier JAW, Bailey JM. Gender nonconformity and psychological distress in lesbians and gay men. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 685–97.
130. Weinrich JD, Atkinson JH, McCutchan JA, Grant I. Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample. *HNRC Group*. *Arch Sex Behav* 1995; 24: 55–72.
131. D'Augelli AR, Grossman AH, Salter NP, Vasey JJ, Starks MT, Sinclair KO. Predicting the suicide attempts of lesbian, gay, and bisexual youth. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 646–60.
132. Simonsen G, Blazina C, Watkins CE. Gender role conflict and psychological well-being among gay men. *J Couns Psychol* 2000; 47: 85–9.
133. Månsson A, Lundin A, Falkstedt D, Hemmingsson T. The association between masculinity rank and mortality patterns: a prospective study based on the Swedish 1969 conscript cohort. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 408–13.
134. King LA, Noelle SS. Happy, mature, and gay. Intimacy, power, and difficult times in coming out stories. *J Res Pers* 2004; 39: 278–98.
135. Riggall ED, Olson A, Whitam JS, Rostovsky SS, Strong S. The positive aspects of being a lesbian or gay man. *Prof Psychol* 2008; 39: 210–7.
136. Weyrauch KF, Roy-Byrne P, Katon W, Wilson L. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 311–9.
137. Dahan R, Feldman R, Hermoni D. Is patients' sexual orientation a blind spot of family physicians? *J Homosex* 2008; 55: 524–32.
138. Hendin H, Haas AP, Maltsberger JT, Koestner B, Szanto K. Problems in psychotherapy with suicidal patients. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 67–72.
139. Wasserman D, Wasserman C (eds). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. Oxford University Press, New York, 2009.
140. Miller DN, Eckhard TL. Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *School Psychol Rev* 2009; 38: 153–67.
141. American Psychiatric Association. *Gay & lesbian issues*. Fact sheet, 2000. <http://www.thebody.com/apa/apafacts.html> [gesehen 30.03.2004].
142. American Psychological Association. *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*. 2004. <http://www.apa.org/pi/lgbcc/guidelines.html> [gesehen 30.03.2004].
143. Eubanks-Carter C, Burckell LA, Goldfried MR. Enhancing therapeutic effectiveness with lesbian, gay, and bisexual clients. *Clin Psychol* 2005; 12: 1–18.
144. Commonwealth of Australia. *Community Matters: Working with diversity for wellbeing*. 2001. http://www.mindmatters.edu.au/resources_and_downloads/mindmatters/communitymatters.html
145. Silenzio VM, Duberstein PR, Tang W, Lu N, Tu X, Homan CM. Connecting the invisible dots: Reaching lesbian, gay, and bisexual adolescents and young adults at risk for suicide through online social networks. *Soc Sci Med* 2009; 69: 469–74.

Ing. Mag. Dr. Martin Plöderl

Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision; 1997–2004 Diplom- und Dissertationsstudium und 2004–2005 Universitätsassistent im Fachbereich Psychologie, Paris-Lodron-Universität Salzburg; seit 2005 im Forschungsprogramm Suizidprävention und Sonderauftrag für Suizidprävention Salzburg tätig. Seit 1998 Mitglied des Beratungsteams der Homosexuelleninitiative Salzburg.

