

Die sexuelle Gretchenfrage: homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichen Setting

David Garcia Nuñez^a, Matthias Jäger^b

^a Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich, Zürich

^b Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie Zürich West, Zürich

Quintessenz

- Die Erfassung der sexuellen Identität und der sexuellen Orientierung gehört zwingend zur Sexualanamnese. Diese bildet wiederum einen integrativen Bestandteil einer systematischen klinischen Untersuchung beim Grundversorger.
- Die meisten Patienten sind dazu bereit, über ihre sexuellen Präferenzen zu sprechen, wenn sie explizit danach gefragt werden. Aus historischen Gründen besteht in diesem Bereich eine Holschuld auf ärztlicher Seite.
- Der Arzt ist sich des schädigenden Potentials eines offenen und/oder internalisierten Heterosexismus bewusst. Sein professioneller Kontakt mit homo- oder bisexuellen Menschen wird daher stets durch eine affirmative, d.h. vorbehaltlos akzeptierende, Einstellung geprägt sein.
- Weder Homo- noch Bisexualität sind psychische Erkrankungen oder Symptome einer solchen. Gleichwohl bestehen bei der homo- und bisexuellen Bevölkerung Anzeichen, welche auf das Vorliegen spezifischer Risikofaktoren für somatische und psychische Erkrankungen hindeuten.
- Aus wissenschaftlicher Sicht sind *reparative* Therapien als obsolet und gefährlich einzustufen. Deren Empfehlung muss als gravierender ärztlicher Kunstfehler betrachtet werden und kann sich zusätzlich negativ auf den Patienten auswirken.

Einführung

Zu den grundlegendsten Revolutionen des vergangenen Jahrhunderts gehört die sexuelle zweifellos dazu. Von Freud bis Foucault, von Hirschfeld über Kinsey bis zu Butler haben uns Forschende im Verlauf der letzten 100 Jahre nicht nur die Vielfalt sexuellen Empfindens und Verhaltens, sondern auch den wichtigen Stellenwert der Sexualität für die menschliche Existenz aus den unterschiedlichsten Perspektiven gezeigt. Auf dem sozialen Feld hat das zu einer «Enttabuisierung» sexueller Themen und zur partiellen Öffnung gegenüber selber selbst als lesbisch, schwul und bisexuell bezeichnenden Menschen (LGB) [1] geführt. In der Medizin wiederum kommt heutzutage kein Lehrbuch daran vorbei, die Wichtigkeit der Erhebung der Sexualanamnese zu betonen. Womit auf der anderen Seite indirekt – und vielleicht weniger technisch ausgedrückt – zugegeben wird, was offensichtlich ist: Das Gespräch über Sex bildet auch in der post-sexrevolutionären Zeit nach wie vor eine der klassischen «schamhaft besetzten Situationen» einer jeden Anamnese. Dreht sich die vertrauliche Unterhaltung nicht nur um das Sexuelle des

Patienten¹, sondern auch um dessen sexuelles Selbstverständnis und die sexuelle Orientierung, so potenzieren sich diese Schwierigkeiten nicht nur aufgrund der bis zu diesem Zeitpunkt (teilweise) tabuisierten Inhalte [1, 2]. Gefährdet wird eine offene Arzt-Patienten-Kommunikation über Sex und Sexualität, wenn sich auf der formalen Kommunikationsebene (unreflektierte) hierarchische Strukturen reproduzieren, in welchen der Mediziner in eine höher stehende Machtposition versetzt wird. In einer solchen Konstellation kann das Ansprechen sexueller Inhalte («Sind Sie etwa schwul?») sogar kontraproduktiv sein. Weshalb es sich für den behandelnden Arzt lohnt, mit seinen Patienten über deren sexuelle Identität und die daraus entstehenden Konsequenzen offen zu sprechen und über die eigene Kommunikationsweise in diesem Bereich konkret nachzudenken, ist Gegenstand des folgenden Artikels.

Methodische Schwierigkeiten

Wie bei anderen Minderheiten in der Bevölkerung ist die medizinisch-wissenschaftliche Untersuchung homo- und bisexueller Menschen aufgrund stigmatisierender gesellschaftlicher Konventionen – vor denen die Medizin nicht gefeit sein kann – sowohl komplex wie auch geschichtlich belastet. In ihrer historischen Übersicht stellen Hancock und Greenspan [3] dar, wie stark pathologisierende Ansätze den medizinischen Blick auf alle nicht heterosexuell orientierten Individuen bis vor nicht allzu langer Zeit prägten und wie die LGB-Forschung nach der Pionierarbeit von Hooker [4] schrittweise den eigenen Emanzipationsweg innerhalb der Medizin eingeschlagen hat. Trotz dieser Fortschritte ist der Gesundheitszustand der LGB-Bevölkerung wissenschaftlich betrachtet bisher kaum in genügender Art und Weise untersucht worden [5]. Im deutschsprachigen Raum nimmt die Anzahl Publikationen im Vergleich zu anderen Forschungsfeldern in der Medizin nur langsam zu [6, 7]. Nebst den erwähnten sozio-politischen sind die Gründe hierfür vielfältig und beginnen bei der uneinheitlichen Verwendung des Begriffs der Homo- und Bisexualität [8]. Sexuelle Orientierung ist ein multidimensionales Konzept, welches sowohl Aspekte der

1 In diesem Text fungiert die maskuline als grammatikalische Normperson. Selbstverständlich sind hierbei – vor allem bei den allgemein gehaltenen Aussagen – Personen weiblichen Geschlechts mitgemeint. Gleichzeitig wurde darauf geachtet, dort, wo es möglich war, geschlechtsneutrale Formulierungen zu verwenden.



David Garcia Nuñez

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

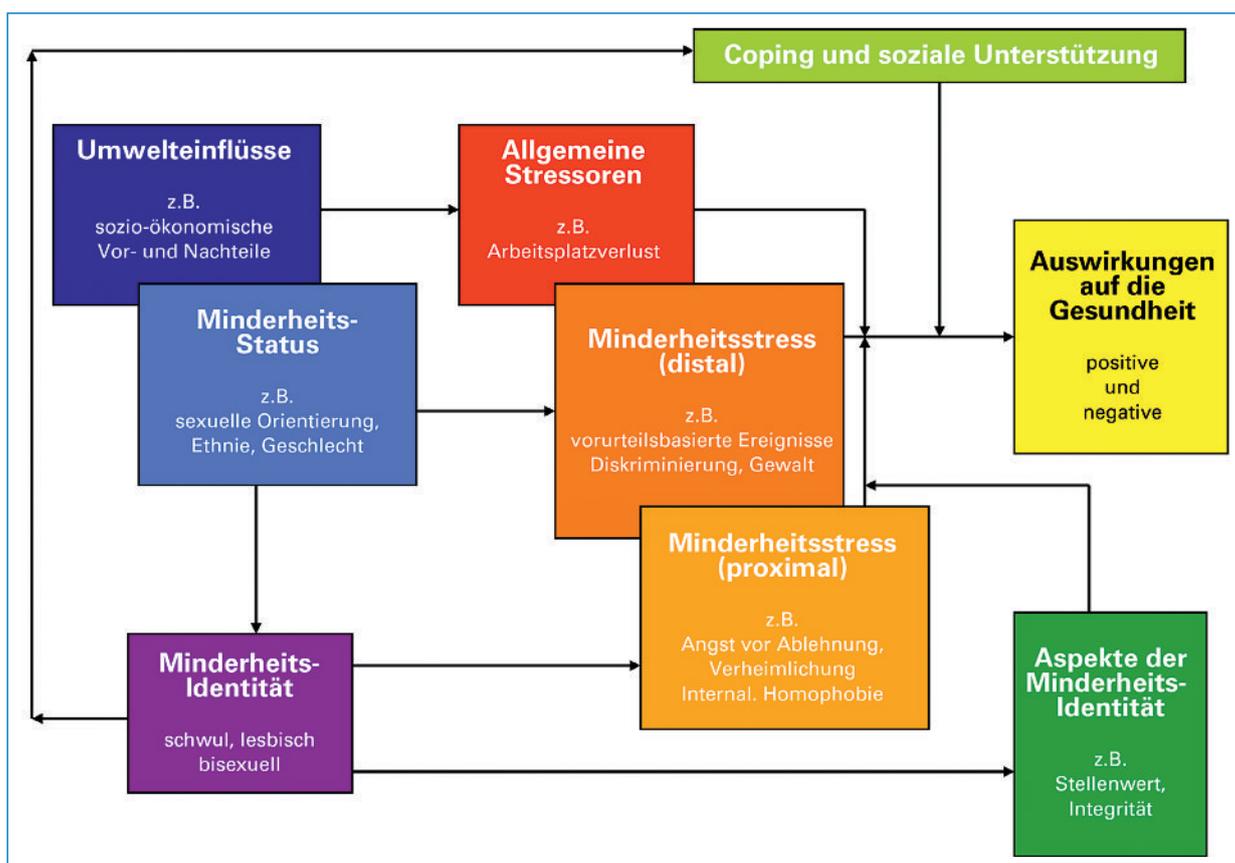


Abbildung 1
Minderheits-Stress-Modell nach Meyer (2003).

sexuellen Anziehung, des Verhaltens und der Phantasie beinhaltet und sich auf unterschiedlichen Ebenen (emotional, sozial usw.) ausdrückt [9]. Wenige Studien sind in der Lage, dieser komplexen Realität methodisch nachzukommen, was nicht nur die Qualität der entsprechenden Versuche mindert, sondern den direkten Vergleich zwischen Studien verhindert [10]. Zudem lässt die heutige medizin-wissenschaftliche Publikationspraxis nur einen äusserst knapp bemessenen Raum für die kritische Reflexion und Relativierung festgestellter Befunde [11]. Dementsprechend warnen selbst Forschende von einer Gefahr der Re-Pathologisierung homo- und bisexueller Menschen, welche dieses Mal nicht aufgrund moralischer Vorurteile, sondern anhand epidemiologischer Untersuchungen zustande kommen könnte [12]. Zu den vorhandenen Daten gilt es schliesslich auch noch zu sagen, dass sie mehrheitlich im Zuge der HIV-Forschung gesammelt wurden. Diese fokussiert klassischerweise mehr auf Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), so dass es im Verlauf der Zeit zu einer Wissenslücke, welche homo- und bisexuelle Frauen trifft, gekommen ist [5].

Häufige Konsultationen und vermehrte Beschwerden

Studien zur LGB-Population insgesamt und zu MSM im Speziellen zeigen in Bezug auf deren Gesundheitssituation ein komplexes Bild. Obschon in den meisten Stu-

dien die Mehrheit der homo- und bisexuellen Teilnehmenden keine nennenswerte somatische und/oder psychische Pathologie zeigte [13], bestätigt die aktuelle Studienlage (samt Metaanalysen), dass eine nicht-heterosexuelle Orientierung als Risikofaktor für die Entwicklung einiger psychischer und somatischer Probleme eingestuft werden muss [10, 14–16]. Ähnliche Befunde wurden auch in der Schweiz erhoben [17, 18].

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schätzen LGB-Menschen ihren physischen Gesundheitszustand als schlechter ein [19] und stellen sich häufiger als heterosexuelle Menschen auf Notfallstationen vor [20]. Ob dies auch für hausärztliche Konsultationen gilt, wird in der Literatur kontrovers diskutiert [19, 21]. Objektiv zeigen LGB-Individuen ein gesteigertes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen [22], höhere Cholesterin- und Lipoproteinämiewerte [23] sowie für Diabetes [24] und vereinzelte Krebsarten [25]. So haben beispielsweise lesbische Frauen ein höheres Risiko, an einem Brustkarzinom zu erkranken [26].

Auf psychischer Ebene leiden LGB-Individuen häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter Stress und Depression [27]. Ein besonderes Risiko findet sich bei homo- und bisexuellen Männern, die keinen festen Partner [28], keine Selbstidentifikation als homosexueller Mann haben, wiederholte Gewalterfahrungen und ein hohes Ausmass an Entfremdung von der LGB-Gemeinschaft aufweisen [16]. Weitestgehender Konsens besteht bezüglich einer höheren Prävalenz (40–55%) von suizidalen Gedanken und Suizidversuchen bei homo- und

bisexuellen Menschen [16]. Metaanalytische Daten zeigen, dass speziell MSM mit einem zwei- (12-Monate-Prävalenz) bis vierfachen (Lebenszeit-Prävalenz) Risiko für Suizidversuche betroffen sind [15]. 65% der Schwulen und 48% der Lesben berichten, dass ihre Suizidhandlungen gänzlich oder grösstenteils mit ihrer sexuellen Orientierung in Verbindung standen [29]. Besonders gefährdet sind Jugendliche [30] und bisexuelle Menschen [31]. Ebenfalls scheinen MSM häufiger über Angst- und Panikstörungen zu berichten [18, 32]. Neue Ergebnisse weisen auf eine höhere Prävalenz von ADHS-Symptomen unter LGB-Individuen hin [33].

Das Auftreten psychiatrischer Störungsbilder wird nicht selten vom Konsum psychotroper Substanzen begleitet. Homo- und bisexuelle Menschen konsumieren mehr Drogen [16], wobei sich Männer und Frauen in ihrem Substanz- und Konsummuster unterscheiden. Insbesondere Lesben und bisexuelle Frauen sind gefährdeter, unter einem Alkoholproblem zu leiden [15, 22, 31]. Der Cannabiskonsum ist bei homo- und bisexuellen Männern höher als bei heterosexuellen Männern und höher als bei homo- und bisexuellen Frauen, die wiederum mehr konsumieren als heterosexuelle Frauen [22, 31].

Risikofaktoren

Obwohl LGB-Individuen gemäss Untersuchungen durchschnittlich besser ausgebildet sind als ihre Geschwister [34] und als die Allgemeinbevölkerung [35], lassen obgenannte Befunde vermuten, dass ihr Gesundheitszustand – als Gruppe betrachtet – bedenklich ist. Damit wird die gängige Lehrmeinung hinterfragt, eine bessere soziale Position korreliere mit einer besseren medizinischen Versorgung und einem entsprechenden Gesundheitsbefinden. Die Gründe für dieses sozio-medizinische Paradoxon sind bisher nur vereinzelt erforscht und deren komplexe biologische, psychologische und soziale Wirkfaktoren und Interaktionen können daher nur hypothetisch dargestellt werden. Eine der meistgenannten Hypothesen geht davon aus, dass LGB-Individuen als (sexuelle) Minderheit häufig diskriminierenden Ereignissen ausgesetzt sind, in denen ihre sexuelle Orientierung und Identität als Stigma fungieren [36]. Während homo- und bisexuelle Männer mehr mit verbal aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert sind [37], werden lesbische und bisexuelle Frauen häufiger Opfer physischer Gewalt [38]. Letzteres gilt aber auch für jene schwulen Männer, die von der Aussenwelt als besonders feminin im Auftreten – und damit stereotypische Rollenbilder hinterfragend – wahrgenommen werden [27, 33]. Diese Gewalterfahrungen führen zur Aktivierung von unterschiedlichen Bewältigungsstrategien auf psychologischer Ebene (Grübeln, Verdrängen usw.) oder im Verhalten, z.B. durch die Suche nach (sozialer) Unterstützung oder Vermeidung bestimmter sozialer Situationen [39, 40]. Letztere wiederum sind mit einer erhöhten (und nicht selten chronischen) Stressbelastung verbunden, welche sich letztlich auf den Gesundheitszustand von LGB-Individuen auswirkt [10]. Aber nicht nur die Verarbeitung vergangener negativer Ereignisse erweist sich als Stressfaktor. Ebenso führt das Ziel mittels Aufmerksamkeitserhöhung und

antizipierenden Denkens zukünftige (potentiell) gefährliche Situationen zu vermeiden, zu erhöhten Stressreaktionen [38]. Die Gefahr dieser Verhaltensweisen besteht zudem darin, dass LGB-Individuen mit der Zeit unbemerkt eine selbststigmatisierende Position einnehmen, welche sich erneut negativ auswirken kann. So zeigen Untersuchungen, dass diese sogenannt internalisierte Homophobie mit häufigem Risikoverhalten und schlechter Gesundheit assoziiert ist [41, 42].

Nebst der Existenz dieser externen Stressoren muss aber auch in Betracht gezogen werden, dass die Stress-Vulnerabilität von LGB-Individuen aufgrund ihrer (sexuellen und damit identitätsstiftenden) Biographie erhöht sein kann. Die homo- und bisexuelle Population unterscheidet sich insofern von anderen Minoritäten, als dass die LGB-Identität von der Aussenwelt häufig wenn nicht komplett verneint, zumindest auf ein allenfalls unorthodoxes Sexualverhalten reduziert wird («Du bist nicht schwul! Du bist einfach sexuell unsicher und schläfst daher mit Männern»). In dieser Vereinfachung steckt aber bereits die Idee der zu erwartenden Änderung («Sobald du sicher bist, wird diese Phase vorbei sein») und der Steuerbarkeit der sexuellen Orientierung («Sorge dafür, dass diese Phase vorbei geht!»). LGB-Individuen werden also im Lauf ihres Lebens mit dem Gedanken konfrontiert, dass sie selbst für die schmerzlich stattfindende Entfremdung zur heteronormativen Welt verantwortlich sind. Es erstaunt daher nicht, dass mit dem Entstehen homo- und bisexueller Vorlieben Scham-, Schuld- und Insuffizienzgefühle auftauchen. In Anbetracht dessen, dass viele Menschen bereits zu einem frühen Zeitpunkt im Leben mit dieser Thematik in Berührung kommen, muss davon ausgegangen werden, dass dieser Konflikt Spuren in kognitiven, emotionalen und Verhaltensmechanismen hinterlässt. Daher ist die Ausbildung einer gefestigten Identität, welche die Akzeptanz der eigenen Homo- oder Bisexualität integriert, ein essentieller Resilienzfaktor für diese Menschen. Ihr geht ein Prozess zur Identitätsbildung voraus, welcher der Integration bis zu diesem Zeitpunkt schwer zu vereinbarende Anteile (sexuelle Orientierung, Sexualverhalten, sexuelle Identität) dient [43]. Eine wichtige Position innerhalb der homo- und bisexuellen Persönlichkeitsentwicklung nimmt das Coming-out ein [44]. Entgegen der verbreiteten Meinung, dieses sei als Ziel oder Schlusspunkt einer homo- bzw. bisexuellen Identitätsfindung zu betrachten, wird das Coming-out in der modernen LGB-Literatur als stetiger Reifungsprozess betrachtet, bei welchem die betroffene Person mit einer Umwertung aller bisherigen heteronormativen Werte konfrontiert und zu einer Entdeckung neuer Ressourcen-Verhältnisse angespornt wird [45]. Dieser Prozess wird durch die inneren Vorstellungen sowie den Wunsch nach sozialer Akzeptanz und Stabilität beeinflusst. Ein Coming-out kann daher nur als individueller, fortlaufender und situationsabhängiger und nie als abgeschlossener Prozess verstanden werden. In diesem Sinne muss er auch nicht linear verlaufen. Indem durch ein (erstes) Coming-out wichtige Lebensbelange der Umwelt mitgeteilt werden, wird sowohl die psychische wie auch die körperliche Gesundheit verstärkt [46]. Individuen, welche diesen Prozess – besonders zu Beginn – nicht erfolgreich durchleben, können im Verlauf sowohl affektive

und Angststörungen [27, 47] entwickeln als auch ein riskantes Verhalten in verschiedenen Situationen aufweisen. Schliesslich bestehen Hinweise darauf, dass LGB-Individuen, welche ihre Orientierung zu verstecken versuchen, gestresster sind als solche, welche sich selbst dieser Thematik und der Umwelt öffnen [48].

Schädigende Therapieverfahren

Auch wenn sich der grösste Teil der homo- und bisexuellen Menschen im Verlauf ihres Lebens zu einem zumindest partiellen Coming-out entscheidet, gehört die Ärzteschaft trotz der vorhandenen Vertrauensbasis nicht zu den Adressaten dieser wichtigen Information [1, 49]. Als Hauptgrund hierfür wird seitens der befragten LGB-Individuen genannt, dass die Mediziner nicht danach fragen. Dies ist plausibel vor dem Hintergrund, dass über das Thema Sexualität in der täglichen ärztlichen Routine selten gesprochen wird, könnte jedoch auch homophobe bzw. heterozentristische Ursachen haben [50]. Ebenso wird häufig die Befürchtung geäussert, dass sich ein Coming-out gegenüber dem Arzt negativ auf die gemeinsame Beziehung auswirken werde [51]. So gilt es auch zu bedenken, dass das ärztliche Personal, auch wenn Homo- und Bisexualität in den medizinischen Lehrbüchern nicht mehr als pathologischer Gesundheitszustand aufgeführt wird, nicht vor offener und/oder internalisierter Homophobie geschützt ist. Ein unreflektierter stark hierarchischer Kommunikationsstil kann zudem dazu führen, dass Fragen nach sexuellen Inhalten aus Furcht vor einer damit verbundenen (heterozentristischen) Normierung seitens der Patienten explizit gemieden werden. Insbesondere kann die Situation für LGB-Individuen dann gefährlich werden, wenn seitens des behandelnden Arztes die kommunizierte sexuelle Orientierung offen oder versteckt nicht akzeptiert und dem Patienten gar eine fälschlicherweise vorliegende Störung suggeriert und eine sogenannte *reparative Therapie* angeraten wird. Homo- und Bisexuelle, die sich zwecks sogenannter *Konversion* in eine solche Behandlung begeben, zeigen im Nachhinein signifikant häufiger als andere Homosexuelle psychische Störungsbilder [29], was nicht selten zu vollendeten Suiziden führt [52]. Aus heutiger Sicht sind dementsprechend solche pseudotherapeutischen Angebote als obsolet und medizinisch unethisch zu bezeichnen. Ärzte, die Schwierigkeiten bei der Behandlung von LGB-Patienten bei sich selbst entdecken und sich nicht in der Lage sehen, eine professionell affirmative, d.h. vorbehaltlos akzeptierende Einstellung gegenüber LGB-Personen zu entwickeln, sind angehalten, dies dem Patienten transparent zu kommunizieren und eine Überweisung in eine andere Praxis einzuleiten [53].

LGB-Individuen in der medizinischen Praxis

Weder Homo- noch Bisexualität bedürfen per se einer Behandlung, da sie keine psychische Erkrankung oder Symptome einer solchen darstellen. Infolge komplexer psychosozialer Zusammenhänge kann eine nicht heterosexuelle Orientierung jedoch nicht nur die Gesund-

heit dieser Menschen gefährden, sondern gar zu frühzeitigem Tod führen. Im Rahmen jeder medizinischen Behandlung (aber insbesondere in der primären Versorgung und im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext) sollte daher im affirmativen Sinne die sexuelle Orientierung offen, differenziert und unvoreingenommen thematisiert werden. In der praktischen Arbeit kann sich das schwierig gestalten, da homo- und bisexuelle Patienten aufgrund negativer biographischer Erfahrungen vielleicht *gerade dieses Thema* vermeiden wollen. Ausserdem kann aus ärztlicher Sicht nicht erwartet werden, dass die Erfragung der Sexualanamnese gerade bei dieser Patientengruppe schnell und standardisiert erfolgen kann.

Ein guter Einstieg in die Thematik wird bereits durch die Ausstattung des Wartezimmers erleichtert, indem LGB-Informationsbroschüren zu verschiedenen Themen ausgelegt werden. Im Gespräch könnte das Eruiere von homo- oder bisexuellen Phantasien («Haben Sie sich jemals von einem gleichgeschlechtlichen Menschen angezogen gefühlt?») einen offenen Einstieg in die Thematik liefern, vielleicht geht es aber in einem ersten Moment darum, dass man dem Patienten aufmerksam zuhört. Die vorbehaltlose Akzeptanz seitens des Arztes der sexuellen Selbstdefinition des Patienten ist in diesem Kontext von ausserordentlicher Wichtigkeit. Klassifikationen und Labels – von welcher Seite und in welche Richtung auch immer – sind in Anbetracht der Veränderlichkeit der menschlichen Sexualität stets kritisch aufzunehmen.

Wird festgestellt, dass der Patient zu einer sexuellen Minderheit gehört, dann soll er deswegen nicht *grundsätzlich* anders behandelt werden. Vielmehr geht es dann darum, die obgenannten somatischen und psychischen Gesundheitsprobleme genauer zu fokussieren. Hierbei ist es von Vorteil, wenn man Adressen von Fachkollegen und Spezialisten mit Erfahrung in der Behandlung von LGB-Personen kennt oder den Patienten auf die Angebote der offiziellen LGB-Institutionen verweist. Schliesslich soll die momentane Coming-out-Situation erfragt und allenfalls Unterstützung zur Verbesserung von Konfliktsituationen angeboten werden. Bei hoher psychischer Belastung kommt der Abklärung von suizidalen Gedanken eine tragende Rolle zu.

Eine tragfähige medizinische Beziehung basiert unumstritten auf fundiertem Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Sie ist a priori dazu prädestiniert, homo- und bisexuellen Menschen zu einer Desensibilisierung selbststigmatisierender Phantasien und zu einer Enttabuisierung schambedingter Inhalte zu verhelfen. Wenn die Thematik die Möglichkeiten einer Hausarztpraxis übersteigt bzw. sehr konfliktbeladen ist, sollte dies mit dem Patienten unbedingt diskutiert und mit dessen Einverständnis eine kompetente psychotherapeutische Stelle hinzugezogen werden. Wenn sich die medizinische Praxis tatsächlich um die ganzheitliche Gesundheit ihrer Patienten kümmern möchte, so geht kein Weg an der Gretchenfrage nach der sexuellen Orientierung vorbei. Durch ihre Beantwortung erleben die Patienten nicht nur eine erhebliche subjektive Entlastung, sondern erfährt unsere Behandlung einen erheblichen Qualitätssprung.

Glossar

Biologisches Geburtsgeschlecht	Wird sowohl durch genetische (XX/XY), gonadale (Keimdrüsen) als auch phänotypische (äussere Geschlechtsorgane) Merkmale definiert. Innerhalb der biologischen Geschlechterdichotomie werden Menschen als Frau (XX/Ovarien/Uterus/Vagina) oder Mann (XY/Hoden/Penis) eingeteilt. Abweichungen davon bilden Menschen mit einem Intersex-Phänomen, deren biologisches Geburtsgeschlecht aus unterschiedlichen Gründen nicht eindeutig eingeordnet werden kann. Dazu gibt es Menschen, welche ihr eigenes biologisches Geburtsgeschlecht als unpassend oder ihnen fremd wahrnehmen (transsexuelle Menschen).
Sex	
Psycho-soziales Geschlecht	Bezeichnet das «soziale» und/oder «psychologische» Geschlecht einer Person. Je nach Auffassung wird Gender als Unterschied oder als Ergänzung zum biologischen Geschlecht betrachtet. Eng damit verknüpft ist der Begriff der Geschlechts- bzw. Gender-Identität. Damit ist das eigene Gefühl und Bewusstsein, dass man männlichen oder weiblichen Geschlechts ist, gemeint. Auch hier gibt es Situationen, in welchen diese dichotome Zuordnung nicht angemessen ist. So gibt es Personen, welche kaum von dieser Einteilung angesprochen werden (z.B. Gendernauten). Andere wiederum fühlen sich auf der Gender-Ebene eher dem anderen psycho-sozialen Geschlecht (Transgender-Menschen) zugehörig. Häufig werden die Letztgenannten fälschlicherweise als «transsexuell» bezeichnet, was etliche von ihnen klar und deutlich ablehnen.
Gender	
Sexuelle Identität	Bedeutet das Erkennen und die Akzeptanz der subjektiven Erfahrungen des eigenen sexuellen und emotionalen Verlangens. Je nach Person und gesellschaftlicher Situation können hier unterschiedliche Einteilungen und auch «private» Selbstbezeichnungen (schwul, lesbisch, sequentiell bisexuell, hetero, queer usw.) angewendet werden. Sexuelle Identität und sexuelle Orientierung können – müssen aber nicht – deckungsgleich sein. Daher ist es z.B. möglich, dass ein Mann sich als «hetero» bezeichnet, sich aber anhaltend zum eigenen Geschlecht hingezogen fühlt und sexuelle Handlungen mit anderen Männern ausübt. Auf der anderen Seite ist es selbstverständlich, dass sich inter- und transsexuelle sowie Transgender-Menschen die gleiche Vielfalt an Bezeichnungen für ihre sexuelle Identität anwenden.
Sexual identity	
Sexuelle Orientierung	Besteht massgeblich aus der sexuellen und der emotionalen Anziehung zum eigenen (homosexuell), zum anderen (heterosexuell) oder zu beiden (bisexuell) Geschlechtern. Sie schliesst sowohl emotionale (erotische Phantasien) wie auch Verhaltensaspekte (sexuelle Aktivität) ein. Diese Komponenten können in einem Individuum im Einklang miteinander koexistieren oder aber diskongruent zueinander bestehen. Ebenso ist es manchmal möglich, dass die sexuelle Orientierung nicht in die sexuelle Identität integriert werden kann.
Sexual orientation	
Geschlechter-Rolle	Ist das äusserliche und erwartete Verhalten, das in den unterschiedlichen Kulturen zu unterschiedlichen Zeiten (stereotypisch) als männlich oder weiblich angesehen wird («Bei uns tragen Frauen Röcke und Männer Hosen»). Dementsprechend unterscheiden Geschlechterrollen nicht selten grösseren Veränderungen («Seit 100 Jahren dürfen Frauen bei uns auch Hosen tragen»). Geschlechter-Rolle, sexuelle Orientierung und sexuelle Identität stehen in Beziehung zueinander. In westlichen Kulturen ist beispielsweise die Auffassung weit verbreitet, dass homosexuelle Männer generell «feminine» und homosexuelle Frauen immer «maskuline» Verhaltensweisen oder äussere Attribute aufweisen sollen. Dadurch können «feminine» Lesben und «maskuline» Schwule in mehrfacher Hinsicht zu einer Irritation führen.
Gender Role	
Homophobie	Die externe Homophobie bezeichnet eine irrationale Angst sowie Hass, Ekel und Vorurteile bis hin zu Aggressionen und Gewalt gegen Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung. Diese Erscheinung kann sich auf verschiedene Ebenen (interpersonell, familiär, institutionell, religiös ...) und auf verschiedene Weisen (bewusst/unbewusst, gezielt/diffus) zeigen. Als Gegenstück wird die internalisierte Homophobie als jene Angst verstanden, die eigene homo- oder bisexuelle Identität bzw. Orientierung zu akzeptieren. Diese Befürchtung kann durch explizite/implizite Drohungen und Erfahrungen in einer extern homophoben Umwelt (z.B. Diskriminierung in der Schule, familiäre Ausgrenzung) beeinflusst sein. In einer solchen Situation könnte die interne Homophobie die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzepts verhindern. Analog zu diesen Phänomenen existieren die sog. (externalisierte und internalisierte) Trans- und die Intersexphobie.
Homophobia	
Heterosexismus	Hintergrund der Homo-, Bi-, Trans- und Intersexphobie bildet der Heterosexismus. Darunter wird ein gesellschaftliches und institutionalisiertes Denk- und Verhaltenssystem bezeichnet, welches Heterosexualität als unumstössliche und überlegene Norm der sexuellen Orientierung annimmt und alle anderen Variationen als Abnormalität entwertet (sog. Heteronormativität). Aus dieser Perspektive leiden beispielsweise alle nicht cis- und/oder heterosexuellen Menschen generell unter Störungen, welche mittels sog. «reparativer Therapien» derart «geheilt» werden könnten, dass die betroffenen Menschen in die angenommene cis- und heterosexuelle «Normalität» zurückkehren und somit zu dieser «konvertieren» würden. Wie die Homophobie selbst kann der Heterosexismus sowohl eine externalisierte wie aber auch eine internalisierte Ausprägung besitzen.
Heterosexism	

Korrespondenz:

Dr. med. D. Garcia Nuñez
 UniversitätsSpital Zürich
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Culmannstrasse 8
 CH-8091 Zürich
david.garcia@usz.ch

Empfohlene Literatur

- Hancock KA, Greenspan K. Emergence and Development of the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues. In: Chrisler JC, McCreary DR, editors. Handbook of Gender Research in Psychology. New York: Springer; 2010. p. 59–78.
 - King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008;8:70.
 - Lewis NM. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. Health Place. 2009;15(4):1029–45.
 - Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. Prev Med. 2007;44(1):70–5.
 - Wiesendanger K. Vertieftes Coming-out: schwules Selbstbewusstsein jenseits von Hedonismus und Depression. Vandenhoeck & Ruprecht; 2005.
- Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Die sexuelle Gretchenfrage: Homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichen Setting /

Comment aborder la question du sexe dans l'anamnèse des personnes homo- ou bisexuelles?

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Meckler GD, Elliott MN, Kanouse DE, Beals KP, Schuster MA. Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(12):1248–54.
- 2 Eliason M, Schope R. Does “Don’t Ask Don’t Tell” Apply to Health Care? Lesbian, Gay, and Bisexual People’s Disclosure to Health Care Providers. *JGLMA.* 2001;5(4):125–34.
- 3 Hancock KA, Greenspan K. Emergence and Development of the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Issues. In: Chrisler JC, McCreary DR, editors. *Handbook of Gender Research in Psychology.* New York: Springer; 2010. p. 59–78.
- 4 Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual. *J Proj Tech.* 1957;21(1):18.
- 5 Boehmer U. Twenty years of public health research: inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health.* 2002;92(7):1125–30.
- 6 Plöderl M, Sauer J, Fartacek R. Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen. Eine metaanalytische Zusammenfassung internationaler Zufallsstichproben. *Verhaltensther Psychosoz Prax.* 2006(117):4–10.
- 7 Steffens M, Wagner C. Attitudes toward lesbians, gay men, bisexual women, and bisexual men in Germany. *J Sex Res.* 2004;41(2):137–49.
- 8 Michaels S, Lhomond B. Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys: a critical review. *Cad Saúde Pública.* 2006;22:1365–74.
- 9 Sell R. Defining and measuring sexual orientation: A review. *Arch Sex Behav.* 1997;26(6):643–58.
- 10 Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674–97.
- 11 Maier M. Bekennen, Bezeichnen, Normalisieren: Paradoxien sexualitätsbezogener Diskriminierungsforschung. *Diskriminierung.* 2010:151–72.
- 12 Bailey JM. Homosexuality and mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(10):883–4.
- 13 Cochran SD. Emerging issues in research on lesbians’ and gay men’s mental health: does sexual orientation really matter? *Am Psychol.* 2001;56(11):931–47.
- 14 Sandfort T, Bakker F, Schellevis F, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a dutch population survey. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1119.
- 15 King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8:70.
- 16 Lewis NM. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place.* 2009;15(4):1029–45.
- 17 Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, Aggleton P, Weiss MG. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men’s Health Survey. *Prev Med.* 2007;44(1):70–5.
- 18 Wang J, Hausermann M, Ajdacic-Gross V, Aggleton P, Weiss MG. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men’s Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(5):414–20.
- 19 Bakker F, Sandfort T, Vanwesenbeeck I, Van Lindert H, Westert G. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey. *Soc Sci Med.* 2006;63(8):2022–30.
- 20 Sanchez JP, Hailpern S, Lowe C, Calderon Y. Factors associated with emergency department utilization by urban lesbian, gay, and bisexual individuals. *J Community Health.* 2007;32(2):149–56.
- 21 Cochran S, Mays V, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts S, et al. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health.* 2001;91(4):591.
- 22 Diamant A, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1043.
- 23 Snyder P, Weinrich J, Pillard R. Personality and lipid level differences associated with homosexual and bisexual identity in men. *Arch Sex Behav.* 1994;23(4):433–51.
- 24 Gruskin E, Hart S, Gordon N, Ackerson L. Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization. *Am J Public Health.* 2001;91(6):976.
- 25 D’Augelli A. High tobacco use among lesbian, gay, and bisexual youth: mounting evidence about a hidden population’s health risk behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(4):309.
- 26 Dibble S, Roberts S, Nussey B. Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. *Women’s Health Issues.* 2004;14(2):60–8.
- 27 Mills TC, Paul J, Stall R, Pollack L, Canchola J, Chang YJ, et al. Distress and depression in men who have sex with men: the Urban Men’s Health Study. *Am J Psychiatry.* 2004;161(2):278–85.
- 28 Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med.* 2000;51(6):843–57.
- 29 King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. 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.
- 30 Gibson P. Gay Male and Lesbian Youth Suicide. In: Services UDOHaH, editor. *Rockville, Mil.: Feinlieb, MR; 1989. p. 115–47.*
- 31 Steele L, Ross L, Dobinson C, Veldhuizen S, Tinmouth J. Women’s Sexual Orientation and Health: Results from a Canadian Population-Based Survey. *Women Health.* 2009;49(5):353.
- 32 Cochran S, Mays V. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol.* 2000;151(5):516.
- 33 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.* 2009:1–10.

- 34 Rothblum E, Balsam K, Mickey R. Brothers and sisters of lesbians, gay men, and bisexuals as a demographic
35 comparison group: An innovative research methodology to examine social change. *J Appl Behav Sci.* 2004;40(3):283.
36 Bradford J, Ryan C, Rothblum E. National lesbian health care survey: Implications for mental health care. *J Consult
37 Clin Psychol.* 1994;62(2):228–42.
38 Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults
39 in the United States. *Am J Public Health.* 2001;91(11):1869–76.
40 Berrill K. Anti-gay violence and victimization in the United States. In: Berrill K, Herek G, editors. *Hate crimes:
41 Confronting violence against lesbians and gay men:* Sage Publications, Inc; 1992. p. 19–43.
42 Balsam K, Rothblum E, Beauchaine T. Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual, and
43 heterosexual siblings. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):477.
44 Hatzenbuehler M, Nolen-Hoeksema S, Dovidio J. How does stigma “get under the skin”? The mediating role of
45 emotion regulation. *Psychol Sci.* 2009;20(10):1282–9.
46 Hatzenbuehler M, McLaughlin K, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and the development of internalizing
47 symptoms in a longitudinal study of LGB adolescents and their heterosexual peers. *J Child Psychol Psychiatry.*
48 2008;49:1270–8.
49 Nicholson W, Long B. Self-esteem, social support, internalized homophobia, and coping strategies of HIV+ gay men.
50 *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(6):873–6.
51 Huebner D, Davis M, Nemeroff C, Aiken L. The impact of internalized homophobia on HIV preventive interventions.
52 *Am J Community Psychol.* 2002;30(3):327–48.
53 Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J, Braun L. Sexual identity development among gay, lesbian, and bisexual
youths: consistency and change over time. *J Sex Res.* 2006;43(1):46–58.
Nelson K. Developing self-knowledge from autobiographical memory. In: Srull T, Wyer RJ, editors. *The mental
representation of trait and autobiographical knowledge about the self.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1993. p. 111–
20.
Wiesendanger K. *Vertieftes Coming-out: schwules Selbstbewusstsein jenseits von Hedonismus und Depression:*
Vandenhoeck & Ruprecht; 2005.
Cole SW, Kemeny ME, Taylor SE, Visscher BR, Fahey JL. Accelerated course of human immunodeficiency virus
infection in gay men who conceal their homosexual identity. *Psychosomatic medicine.* 1996;58(3):219–31.
D’Augelli AR, Hershberger SL. Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings: personal challenges and
mental health problems. *Am J Community Psychol.* 1993;21(4):421–48.
DiPlacido J. Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia,
and stigmatization. In: Herek GM, editor. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians,
gay men, and bisexuals.* Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. p. 138–59.
Klitzman RL, Greenberg JD. Patterns of communication between gay and lesbian patients and their health care
providers. *J Homosex.* 2002;42(4):65–75.
Arnold O, Voracek M, Musalek M, Springer-Kremser M. Austrian medical students’ attitudes towards male and female
homosexuality: a comparative survey. *Wien Klin Wochenschr.* 2004;116(21-22):730–6.
Franke R, Leary M. Disclosure of sexual orientation by lesbians and gay men: A comparison of private and public
processes. *J Soc Clin Psychol.* 1991;10(3):262–9.
Wagner C, Rossel E. Konversionstherapie bei Homosexuellen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis.*
2006;38(3):603–12.
American Psychologist Association APA. Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. In:
Association AP, editor. 2001/03/23 ed. *Am Psychol* 2000. p. 1440–51.