

Sexuelle Orientierung und Suizidalität:

Eine Untersuchung der internationalen und nationalen Forschungsergebnisse der Risiko- und Schutzfaktoren für adoleszente Homo- und Bisexuelle

Herausgegeben durch die gemeinsame Fachgruppe Bildung von PINK CROSS, LOS und fels

03. November 2008

von:

Christian Leu

Leiernstrasse 15, 3054 Schüpfen

christian_leu@students.unibe.ch



Schweizerische Schwulenorganisation,
Zinggstrasse 16, Postfach 7512, 3001
Bern. office@pinkcross.ch

Lesbenorganisation Schweiz, Postfach
455, 3000 Bern 14. info@los.ch

Bruchmattrain 5, 6003 Luzern.
fels@fels-eltern.ch

Einleitung	1
1.) Suizidalität und sexuelle Orientierung	4
1.1) Suizidalität	4
1.2) Sexuelle Orientierung: Bi- und Homosexualität	7
2.) Forschungsmethodik	10
3.) Befunde	13
3.1) Suizid in der Schweiz	13
3.2) Befunde: Suizidalität und sexuelle Orientierung	14
3.2.1) Erläuterung des Tabellenanhangs	14
3.2.2) Ergebnisse der nationalen und internationalen Studien	15
4.) Diskussion	19
4.1) Modelle	19
4.2) Risikofaktoren	21
4.2.1) Individuelle Merkmale und mentale Gesundheit	21
4.2.1.1) Physisches und psychisches Wohlbefinden	21
4.2.1.2) Soziodemographische Variablen	23
4.2.1.3) Sonstige individuelle Einflüsse: Identität und Sexualverhalten	26
4.2.2) Mikro- und Makrosystem	28
4.2.2.1) Mikrosystem: genderatypisches Verhalten, Viktimisierung und Homophobie	29
4.2.2.2) Makrosystem: Kultur, Binarität der sexuellen Orientierung	34
4.3) Schutzfaktoren	35
4.4) Fazit	38
5.) Implikationen	40
Zusammenfassung	42
Bibliographie	45
Internetquellen	45
Literatur	46
Abkürzungsverzeichnis	52
Glossar	53
Anhang	57

Anhang 1: Abstract Wang et al.	57
Anhang 2: Tabelle „Details zu den Studien“	59
Anhang 3: Tabelle „Suizidgedanken“	61
Anhang 4: Tabelle „Suizidversuche“	63
Anhang 5: Seesaw-Modell von Fenaughty und Harré (2003)	65

Einleitung¹

„Pour la majorité des gais, comme pour la population générale, la santé des gais, c'était le VIH et le sida, un point c'est tout. [...] Pendant 20 ans, le sida avait pris toute la place. Il avait masqué quantité de problèmes. Les différentes associations homosexuelles, ne bénéficiant d'aucune subvention si elles ne s'occupaient pas de l'épidémie du VIH, essayaient de répondre aux besoins des gais“ (Zit. nach: Häusermann und Wang 2003:3).

Mit diesen Worten leiten Häusermann und Wang (2003) den ersten Bericht zum Projekt „santé gaie“² ein, bei dem die Gesundheit homo- bzw. bisexueller Menschen im Mittelpunkt steht. Als Ergebnis wird festgehalten, dass schwule Männer im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung in allen Gesundheitsbereichen schlechtere Werte aufwiesen. Die Autoren machen zusätzlich auf eine erhöhte Suizidalität bei der Untersuchungsgruppe aufmerksam (Ebd.:14). Bemerkenswerterweise gibt es – abgesehen einer noch unveröffentlichten Studie (Wang et al.)³ – kaum wissenschaftlich-empirische Arbeiten über einen (allfälligen) Zusammenhang von sexueller Orientierung und Suizidalität in der Schweiz. Abgesehen von den bereits erwähnten Studien ist hier noch jene von Pierre Cochand und Pascal Singy (2001) zu berücksichtigen. Werden diese zwei bisher veröffentlichten Arbeiten verglichen, so lässt sich festhalten, dass nur die Westschweiz untersucht wird, heterosexuelle Kontrollgruppen fehlen, ausschliesslich homo- und bisexuelle Männer betrachtet werden und dass das suizidale Verhalten nur Teil und nicht Impetus der Untersuchungen war. Ein Forschungsdesiderat erscheint, aber nicht aufgrund des obigen profanen Mangels als akkurat, sondern wegen den bisherigen, wissenschaftlichen Ergebnissen, insbesondere für Nordamerika (USA und Kanada).

Im Anschluss folgt nun ein kurzer Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Als Impetus für die Betrachtung eines allfälligen Zusammenhanges zwischen suizidalem Verhalten und der sexuellen Orientierung gilt eine Publikation des U.S. Department of Health and Human Services (Gibson 1989). Darin hält Paul Gibson (Ebd.:110) fest, dass schwule, lesbische und transsexuelle Jugendliche zu zwei Hochrisikogruppen (Jugendliche und „sexuelle Minderheit“) gehören; nicht-heterosexuelle Jugendliche begehen 2-3 mal häufiger einen Suizidversuch als Heterosexuelle und machen bis zu 30% der jährlichen Suizide in den Vereinigten Staaten aus. Die Personen der Untersuchungsgruppe sind wegen ihrer sexuellen Orientierung besonderem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, welcher zu erhöhten Prävalenzen von psychosozialen Problemen wie Substanzmissbrauch, Depressionen, Schulversagen usw. führt. Zwar gab es bereits zuvor vereinzelte Studien, die sich mit der Thematik

¹ Diese Arbeit entstand im Rahmen eines Zivildiensteinsatzes – vom 30. Juni bis zum 12. September 2008 – im Auftrag der Schwulenorganisation PINK CROSS. Der Autor ist Student der Geschichts- und Politikwissenschaften an der Universität Bern.

² Mehr zum Projekt, sowie die Arbeit, finden Sie unter <http://www.santegaie.ch/>. Höchst wahrscheinlich wird 2009 eine neue Studie des Projekts erscheinen (Gemäss Telefonat mit Jen Wang am 13.08.08).

³ Die Zusammenfassung des Berichtes entnehmen Sie bitte Anhang 1. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die ersten Ergebnisse jenes Papiers berücksichtigt.

beschäftigten, wie etwa Bell und Weinberg (1978) oder die Monografie von Rofes (1983), doch erst die Arbeit von Gibson führte zu zahlreichen Folgestudien in Nordamerika und den westlichen Industriestaaten – Australien, Europa, Neuseeland – (Hofsäss 1999). In den nachfolgenden Arbeiten konnten die Ergebnisse Gibsons (1989) – eine erhöhte Suizidalitätsgefahr für (adoleszente) Lesben, Schwule und Bisexuelle (LSB)⁴ – in verschiedensten Studienarten (Geburtskohorten, Zwillingstudien und grossen Jugend- und Gesundheitssurveys) bestätigt werden (Wang et al.; vgl. Plöderl 2005:83). Der Forschungsstand lässt sich allgemein mit Fitzpatrick et al. (2005:36) wiedergeben, so sprechen die Autorinnen und Autoren davon, dass relativ wenig Forschung zur Thematik existiere und die Daten kaum konsistent seien. Li Kitts (2005:623; vgl. Bagley und Tremblay 1997:25-26) erklärt sich diese Tatsache damit, dass dem öffentlichen Schwulsein immer noch ein Stigma anhafte. Das heisst, Forschende, die sich mit Themen der Homo- und Bisexualität beschäftigen, können aufgrund der Vermutung selbst nicht-heterosexuell zu sein, ihre Karrieren gefährden und würden darum aus Furcht die Thematik meiden.

Die bisherigen Studien geben nur limitiert Auskunft darüber, warum die sexuelle Orientierung zu einer erhöhten Suizidalität führen soll (Wichstrøm und Hegna 2003:144-145). Sprich: ein Zusammenhang kann meistens erwiesen werden, aber die Prozesse bleiben häufig unklar. Gemäss dieser Studie gibt es zwei Forschungswege um dem entgegenzutreten. Erstens werden spezifische Risikofaktoren untersucht, die nur für homo- und bisexuelle Personen von Bedeutung sind; so etwa das Alter der ersten homoerotischen Anziehungen oder Diskriminierungen wegen der sexuellen Orientierung. Beim zweiten Ansatz wird ein Vergleich zwischen hetero- und homo- sowie bisexuellen Menschen vorgenommen. Womit die Frage im Vordergrund steht, ob nicht-heterosexuelle Personen für gewisse Risikofaktoren der Suizidalität anfälliger seien und falls ein Anstieg Letzterer kontrolliert wird, der Einfluss der sexuellen Orientierung als erklärende Variable reduziert oder ganz verschwindet. Für die zweite Methode weisen Wichstrøm und Hegna (Ebd.) aber aus, dass in vielen Studien nach Kontrolle der Risikofaktoren zwar eine Reduktion stattfand, aber immer noch ein signifikanter Einfluss der sexuellen Orientierung übrig blieb. In der Forschung werden verschiedene erklärende Variablen, die zwischen sexueller Orientierung und Suizidalität intervenieren, gesucht. Hierbei werden in den letzten Jahren unterschiedlichste Einflüsse ausgewiesen, so etwa ein geschlechtsatypisches Verhalten, physische Viktimisierung, Quälereien durch die Peergroup (Bullying) sowie Homophobie, was ja mit dem vorherigen teilweise in direktem Zusammenhang steht (Fitzpatrick et al. 2005; Friedman et al. 2006; Eisenberg und Resnick 2006). Es werden aber nicht ausschliesslich Risiko- sondern auch Schutzfaktoren untersucht, für diese letzteren gibt es nur wenige Arbeiten und sie lassen sich nicht immer als Umkehrschluss verstehen (Evans et al. 2004:972). Hier sind etwa soziale Unterstützung (social support), Resilienz, Coping Mechanismen und schulische Einflüsse zu erwähnen (Fenaughty und Harré 2003; Eisenberg und Resnick 2006; Goodenow et al. 2008). Die Risiko- und Schutzfaktoren sind es auch,

⁴ Es lässt sich vermuten, dass die Ergebnisse sowohl für trans- als auch für intersexuelle Menschen von Bedeutung sind, sich dabei aber nicht zwingend 1:1 übertragen lassen. Aufgrund der geringen Prävalenz dieser Identitäten sind kaum empirisch verlässliche Studien vorhanden. Im Nachfolgenden wird, wenn nichts anderes vermerkt, nur von homo- und bisexuellen Personen beider Geschlechter gesprochen.

die in dieser Arbeit im Zentrum stehen werden, da mittels diesen sich die Ergebnisse angemessen präsentieren lassen und eine Deduktion für eine praktische Nutzung – zwecks spezifischer Präventionsmethoden – ermöglicht wird.

Es gilt zu beachten, dass suizidales Verhalten nur die Spitze der psychischen Gesundheit ausmacht und Homo- und Bisexuelle vermutlich ebenso stärker von bestimmten mentalen Problemen betroffen sind. In dieser Arbeit soll der Fokus aber auf die Suizidalität gerichtet werden, um ein von den nationalen, kantonalen und lokalen Präventionsstellen meist kaum beachtetes Thema näher zu beleuchten.⁵ Nachfolgend soll der (mutmassliche) Einfluss von sexueller Orientierung und suizidalem Verhalten umfassend abgehandelt werden, wozu folgende Fragestellung erörtert wird:

Wie lässt sich ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko adoleszenter LSB ursächlich erklären? Welches sind dabei allfällige Risiko- oder Schutzfaktoren, die solche suizidale Handlungen beeinflussen?

Um diese Fragen zu erwidern, wird die aktuelle quantitative und qualitative Forschungsliteratur des In- und Auslandes bearbeitet. Anschliessend folgt eine Abhandlung (Kapitel 1) über die wichtigsten in dieser Arbeit verwendeten Begriffe: Suizid und sexuelle Orientierung. In Kapitel 2 wird erläutert, wie in der Forschung gearbeitet wird, wie Homo- und Bisexualität operationalisiert wird, wie wir zu den Daten gelangen, was die methodischen Probleme der Studien sind usw. Im dritten und vierten Kapitel werden die aktuellsten Resultate und Ergebnisse präsentiert und diskutiert. Wobei zuerst eine deskriptive Analyse der empirischen Studien folgt (Kapitel 3). Anschliessend (Kapitel 4) wird die Fragestellung bezüglich Erklärungsmodellen sowie Risiko- und Schutzfaktoren behandelt. Am Ende erfolgen die Implikationen (Kapitel 5), wobei speziell Präventionsmassnahmen Beachtung finden und die Zusammenfassung.

⁵ Ähnliche Befunde werden namentlich, unter anderem, für Grossbritannien, Neuseeland und Deutschland gemeldet. Wobei anzumerken gilt, dass die Thematik nur in den wenigsten Ländern wissenschaftlich bearbeitet worden ist (Bagley und Tremblay 2000:111-112; Cover 2005:78-80; Senatsverwaltung 1999:1-2).

1.) Suizidalität und sexuelle Orientierung

In diesem Kapitel sollen die zentralen Begriffe im Bereich der Suizidalität und der sexuellen Orientierung erörtert werden. Dabei geht es aber nicht um eine profane Definition der Wortbedeutung – hierzu dient das Glossar –, sondern die beiden Hauptbegriffe sollen in angemessenen Rahmen bezüglich des Forschungsstandes abgehandelt werden. Erstgenannter soll hinsichtlich Begriffsbestimmungen, Theorien und Erklärungsansätzen erörtert werden. Bei Letztgenanntem steht die Homo- und Bisexualität im engeren (Coming-out) und weiteren (Homophobie und Heterosexismus) Sinne im Vordergrund.

1.1) Suizidalität

Als erstes gilt es anzumerken, dass der Begriff Suizidalität ein weites Spektrum von mannigfaltigsten Handlungen mit stärkeren oder schwächeren Selbsttötungsabsichten beinhaltet. Dabei kann zwischen passiven Formen (Wunsch nach Ruhe und Unterbrechung des Lebens), Suizidgedanken bis hin zum Suizid(-versuch) unterschieden werden (Psychrembel Therapie 2008: Artikel Suizidalität). In der Adoleszenz sind viele solche Handlungen nicht ein explizit geäussertes Todeswunsch, sondern oftmals „nur“ ein Hilfeschrei. Damit will der oder die Jugendliche individuumspezifische Gefühle der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit oder Wut mitteilen (Dick 2002:326). Dieses Auf-sich-aufmerksam-Machen wird in der Fachliteratur auch als Parasuizid bezeichnet. Wobei dieser Begriff von Suizidversuch und indirektem Suizid (ebenso maskierter Suizid) unterschieden werden muss. Parasuizid ist ein „[...] willentliches, nicht-habituell Verhalten ohne tödlichen Ausgang, das ohne die Intervention anderer zu Selbstverletzungen führt“ (Dick 2002:326). Schliesst dieses Verhalten aber die Möglichkeit oder die Absicht eines tödlichen Ausganges mit ein, so handelt es sich um einen Suizidversuch (Psychrembel 2008: Artikel Parasuizid). Dagegen ist der indirekte Suizid ein Risikoverhalten z.B. im Strassenverkehr, bei einer Sucht oder in der Sexualität. Dies beinhaltet auch Unfälle, wobei das bewusste Eingehen von Gefahren nachträglich häufig nicht mehr eindeutig als Unfall oder indirekter Suizid unterschieden werden kann (Dick 2002:335).

In dieser Arbeit steht der Sammelbegriff Suizidalität mit all seinen – oben geschilderten – Ausprägungen im Vordergrund. Einzelne Aspekte des suizidalen Verhaltens werden unten – falls nötig – unterteilt.

Wie Dick (2002:326-327) festhält, sterben Kinder und Jugendliche heute nur noch selten an Krankheiten; andere Todesursachen (Unfälle, Drogen und Kriminalität) werden wichtiger. Die Säuglings- und Kindersterbeziffern nahmen in Westeuropa zwischen 1970-1990 um zirka 50% ab. Bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren sind diese geringfügig rückläufig. Unfälle und Suizid sind für Adoleszente die häufigsten Todesursachen. Wobei es sich annehmen lässt, dass bei Ebengenannten ein gewisser Teil als indirekter oder maskierter Suizid bezeichnet werden dürfte; und somit eine Dunkelziffer in unbekanntem Ausmass existiert. Selbsttötung ist in vielen Ländern der Welt die zweit- oder

dritthäufigste Todesart von jungen Menschen zwischen 15 und 24 Jahren (Evans et al. 2004:957), für Amerika melden Fitzpatrick et al. (2005:35), dass die Suizidrate der Bevölkerung von 1952-1996 abgenommen hat, währenddessen diejenige der Jugendlichen sich fast verdreifacht hat. Wobei nicht übersehen werden darf, dass für die westlichen Industrienationen beträchtliche Unterschiede existieren. Zusätzlich zu erwähnen ist, dass es bezüglich der Prävalenz der erfolgten Suizide und der Suizidversuche grosse Geschlechterdisparitäten gibt (mehr dazu im Kapitel 4.2.1.2).

Doch wie lässt sich das Auftreten von suizidalem Verhalten erklären? Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hält im Bericht „Suizid und Suizidprävention in der Schweiz“ (2005:17-19) nachfolgendes für die Erklärung von Suizid und -versuchen – unspezifisch für die Gesamtbevölkerung – fest: Die Faktoren, welche das Suizidalitätsrisiko beeinflussen, sind komplex und interagieren miteinander. Mehrheitlich sind Handlungen mit dem Ziel einer Selbsttötung bzw. -verletzung ein Ergebnis einer krisenhaften Situation und resultieren aus einer Verkettung unterschiedlichster Einflüsse. Die Autorinnen und Autoren des Berichts erwähnen hierzu demografische, psychische, biologische, soziale, individuelle und umgebungsbedingte Faktoren die eine Rolle spielen. Als wichtigste Einflüsse werden die beiden letztgenannten Variablen gesehen. Bei den individuellen sind biologische (Alter, Geschlecht und genetische Determinanten) und biografische Aspekte zu erwähnen. Persönlichkeitsmerkmale sowie psychische Vulnerabilität eines Individuums stehen hier im Mittelpunkt. Kritische Lebensereignisse können dazu beitragen die Stabilität einer Person stark zu stören und fallweise in einer suizidalen Handlung münden. Die stärksten Risikofaktoren sind aber bereits erfolgte Versuche oder anderes selbstgefährdendes Verhalten sowie psychische Erkrankungen (bis zu 90% in der Vorgeschichte von Suizidentinnen und Suizidenten zu finden). Werden nur Suizidversuche betrachtet, so ist der Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung weniger klar. Bei diesen sind Identitätskrisen (ein momentan unerträglicher Seelenzustand) sowie körperliche Erkrankungen von grösserer Bedeutung. Bei den umgebungsbedingten Faktoren wird der Werther-Effekt – ein durch Medienberichterstattung und Filme ausgelöstes Nachahmungsmuster, nebst dem neuen Phänomen der Suizidforen erwähnt. Wichtig sei auch ein Stigma, das heute den psychischen Erkrankungen und Krisen anhafte. Vielfach werden solche Probleme gar nicht dem medizinischen Fachpersonal gemeldet und teilweise von letzterem gar unkorrekt diagnostiziert.

Das BAG geht auch auf Schutzfaktoren ein (Ebd.:19). Hier gibt es eine ganze Reihe von positiven Einflüssen. Wobei individuelle Faktoren (Sozialkompetenz, adäquates Coping, Gesundheitsbewusstsein, Hilfesuchverhalten und andere persönliche Eigenschaften), gesellschaftliche Integration und Unterstützung durch das soziale Netz sowie persönliche und berufliche Perspektiven einen vorteilhaften Effekt haben. Bei den eben erwähnten schützenden Einflüssen sind insbesondere das soziale Netz und die Resilienz von hoher Wichtigkeit.

Das ganze, oben erwähnte Modell hat auch für Adoleszente mindestens teilweise Gültigkeit. Dazu gilt es aber noch einige erweiterte Anmerkungen zu machen und die Risiko- und Schutzfaktoren ausführlicher darzulegen. Das BAG (2005:18) selbst erwähnt für Jugendliche: Schwierigkeiten mit dem Er-

wachsenwerden, der Integration in die Gesellschaft sowie soziale und finanzielle Herausforderungen, welche eine Rolle spielen. Ursula Wunderlich (2004:7) postuliert in ihrer Monographie, dass der Forschungsstand über die Risikobedingungen – sie reichen von soziologischen über psychologische bis hin zu biologischen Theorien (Ebd.:14-46) – im Allgemeinen gut erforscht ist. Doch die Zusammenhänge seien für adoleszente Frauen und Männer noch zu wenig beleuchtet. Gerade in den letzten Jahren habe die Wissenschaft die These einer engen Verbindung von Depression⁶ und suizidalem Verhalten revidiert und sehe heute eher psychische Störungen, psychopathologische Mechanismen sowie familiäre Verhältnisse als Hauptursachen.

Bei der Suizidalität von jungen Menschen spielen entwicklungs- und sozialpsychologische Randbedingungen und die damit verbundenen Belastungen – in dieser Übergangsphase vom Kind zum Erwachsenen – die Hauptrolle. Wie bei den Erwachsenen sieht die Autorin die Resilienz bei den Adoleszenten als einen wichtigen Schutzfaktor. Hingegen können die Identitätsbildung und das Selbsterleben der Jugendlichen zu Problemen führen. Das bisherige Selbstbild wird in der Pubertät herausgefordert; der Status des Kindes geht durch veränderte Erwartungen der Umwelt, eigenen Unabhängigkeitsbestrebungen und neue sexuelle Interessen verloren. Diese Entwicklung geht oft mit vielfachen Frustrationen und einem Konformitätsdruck einher. Zusätzlich verändern sich die körperlichen und hormonellen Voraussetzungen sowie das emotionale Gleichgewicht. Falls sich keine Identitätsbalance herstellen lässt, kann dies einem selbstverletzenden Verhalten Vorschub leisten. Wunderlich sieht weitere Problemzonen in der Schule, der Sexualität, dem Studium sowie mit Ablösungsprozessen. Zusammenfassend hält sie fest, dass eine Vielzahl von Anforderungen in der Pubertät an die Jugendlichen gestellt werden, was eine kontinuierliche Anpassung erfordert. Diese Herausforderungen können, wenn sie gehäuft zu einem Zeitpunkt oder über Jahre hinweg auftreten, zu einer Belastung führen. Die Lage verschlimmert sich noch, falls die Beziehung zu den Eltern gestört ist, die Anerkennung innerhalb der Peergroup ausbleibt und additiv Leistungsprobleme in Erscheinung treten.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, dass es verschiedenste Ursachen gibt, welche ein suizidales Verhalten erklären können und es sich um keinen monokausalen Prozess handelt. Zu erwähnen sind einerseits individuelle, soziale und biologische Risikofaktoren und andererseits Schutzfaktoren wie Coping und das soziale Netz, die eine suizidale Handlung ermöglichen bzw. verhindern können. Im Hauptteil (Kapitel 4) wird auf dieses Vorwissen aufgebaut und für LSB vertieft werden. Vor dem Kapitelwechsel erfolgt noch eine Erläuterung der sexuellen Orientierung.

⁶ Vgl. dazu die Aussage von Mathy, welcher sagt, dass Depression eine primäre Ursache für Suizid ist, doch eine Erklärung dazu unklar sei. Die Forschung auf dem Gebiete der sexuellen Orientierung und der Suizidalität stelle vermehrt die soziale Unterdrückung als Faktor, der zu Depressionen führe, in den Vordergrund (Mathy 2002:215-216).

1.2) Sexuelle Orientierung: Bi- und Homosexualität

Der Begriff lässt sich im engeren und weiteren Sinne definieren (Psychrembel Pflege 2008: Artikel „Orientierung, sexuelle“): einerseits eingeschränkt auf das Partnerwahlverhalten, andererseits für besondere sexuelle Interessen. Letzteres wird für ein „abweichendes“ Sexualverhalten verwendet wie Zoophilie, Pädophilie, Fetischismus usw., und ist für diese Arbeit nicht von Bedeutung. Im engeren Sinne geht es um das Partnerwahlverhalten, wobei zwischen Bi-, Hetero- und Homosexualität unterschieden werden kann. Bei der Inter- und Transsexualität handelt es sich nicht um einen Aspekt der sexuellen Orientierung. Die beiden sind nicht deckungsgleich mit einer bestimmten Ausprägung (Ebd.: Artikel „Intersexualität“; Ebd.: Artikel „Transsexualität“). Die sexuelle Orientierung wird heute meist als komplexes, vielschichtiges Modell mit fließenden Übergängen gedacht, „[...] das[...] sexuelle Anziehung, sexuelles Verhalten, sexuelle Fantasien, emotionale und soziale Vorlieben, Selbstdefinition und homo- oder heterosexuellen Lebensstil beinhaltet“ (zit. nach: Untersee und Kauer 2008:58, nach: Klein et al. 1990). Mit diesem neueren Modell ist eine eindeutige Einteilung nicht mehr möglich; die Übergänge sind fließend. Rob Cover (2005) sieht den Beweis erbracht, dass die heutige Jugend dies ähnlich empfindet.

Wie im Psychrembel Pflege (2008: Artikel „Orientierung, sexuelle“) festgehalten, kann davon ausgegangen werden, dass ein Kind grundsätzlich bisexuell ist. Über die Entstehung der sexuellen Orientierung herrscht noch grosse Unsicherheit. Aber es wird angenommen, dass genetische sowie hormonale Grundvoraussetzungen „[...] unter prägenden Einflüssen und nachfolgenden Lernerfahrungen die sexuelle Orientierung schon im frühen Kindesalter festlegen und dabei überwiegend eine heterosexuelle Orientierung entsteht“ (Ebd.). Im Verlauf der Pubertät erfolgt dann die meist endgültige Festlegung der sexuellen Orientierung. Über die Verbreitung der sexuellen Orientierung sind naturgemäss nur Schätzungen vorhanden. Je nach Definitionsart der Homosexualität (Verhalten, Selbstidentifikation und sexuelle Anziehung) lassen sich verschiedene Vorkommenshäufigkeiten ausweisen (Plöderl 2005:2-21), dies ist nicht zuletzt auch in der Operationalisierung ersichtlich (Vgl. Kapitel 2). Wobei sich selbst nur sehr wenige Personen als nicht-heterosexuell beschreiben. Als bi- beziehungsweise homosexuell bezeichnen sich in Deutschland 1-2% und 2-4% der Männer sowie 2-3% und 1-2% der Frauen (Psychrembel Pflege 2008: Artikel „Bisexualität“; Psychrembel 2008: Artikel „Homosexualität“). Anzumerken gilt, dass allgemein etwa jede vierte Frau und jeder zweite Mann gleichgeschlechtliche, sexuelle Erfahrungen im Leben macht. Wobei die Werte in der Adoleszenz höher sind als im späteren Leben.

Bi- und homosexuelle Personen sind eine spezifische Minderheit, die verschiedenen Belastungen ausgesetzt sind, welche heterosexuelle Leute nicht betreffen, wie Coming-out und Identitätsmanagement sowie Diskriminierung und Gewalt aufgrund ihrer sexuellen Orientierung (Plöderl 2005:20-21). Bereits die Kindheit und Adoleszenz stellt LSB vor Probleme. So werden sie in einer heteronormativen Welt nach deren Idealen aufgezogen, was zu einem Konflikt führt; viele Adoleszenten hoffen gar, dass ihre gleichgeschlechtliche sexuelle Orientierung nur eine Phase sei und versuchen sich zu „hei-

len“ (Untersee und Kauer 2008:58-59). Das heisst: Viele Jugendliche, die sich ihrer Homo- oder Bisexualität bewusst werden, haben zuerst Probleme mit ihrer sexuellen Orientierung (Ebd.: 61-63).

Die Gesellschaft ist fast ausschliesslich heteronormativ ausgerichtet, von der Familie über die Schule⁷ bis zur Berufswelt. Adoleszente können somit kaum Alternativen zum heterosexuellen Lebensentwurf erfahren, was auch zu einer Art Aushöhlung der Identität und vermehrten persönlichen Problemen führen kann. Nebst jener normativen Ordnung ist die Präsenz von Homophobie und Heterosexismus für LSB eine akzentuierte Herausforderung. Bei ersterem handelt es sich um eine Furcht von heterosexuellen Menschen im Umgang mit Homo- und Bisexuellen und dient der sozialen Kontrolle und Aufrechterhaltung der traditionellen Rollenteilung (Gender). Bei letzterem handelt es sich um den Nährboden für Homophobie, wobei hier die Heterosexualität als überlegen postuliert wird und davon ausgegangen wird, dass eigentlich jede Person primär heterosexuell sein muss. Beide Formen einer ablehnenden Bewertung der Homo- und Bisexualität sind heute immer noch weit verbreitet. Dies kann zu Diskriminierung und Gewalt, vor allem in Schule und oder Elternhaus, führen.⁸ Die Folgen solch einer sozietaalen Misshandlung lassen sich erahnen, nicht zu vergessen sind allfällige psychische Probleme und ein negatives Selbstbild, das in gewissen Fällen gar zu einer internalisierten Homophobie führen kann, sprich einer Verinnerlichung von antihomosexuellen Einstellungen.

Nebst diesen gesellschaftlichen Herausforderungen ist es aber für eine gesunde Entwicklung des Selbstbildes jugendlicher LSB oft unerlässlich, sich vor dem sozialen Netz zu bekennen, sprich ein öffentliches Coming-out zu machen. Untersee und Kauer (2008:61) definieren dieses als einen Entwicklungsprozess, durch den sich Homo- und Bisexuelle ihrer sexuellen Präferenzen bewusst werden und dieses Wissen in ihr persönliches und soziales Leben integrieren wollen. Hier ist zwischen einem äusseren und inneren Coming-out zu unterscheiden, sprich sich selbst zu seiner sexuellen Orientierung zu bekennen und diese gegen aussen offen zu kommunizieren. Dabei ist eine positive Korrelation zwischen sozialem Support durch FreundInnen, PartnerInnen und der Familie sowie eine gelungene Identitätsentwicklung erwiesen (Plöderl 2005:33-36). Wird der Coming-out-Prozess nicht abgeschlossen, kann dies – aufgrund gesellschaftlicher Einflüsse und Normen – zu grossen Problemen und Störungen führen (Lebson 2002:111).

⁷ Vgl. Goodenow et al. (2006).

⁸ Mehr zu den Folgen von Heterosexismus: vgl. Fenaughty und Harré (2003:3-5).

Die Entwicklung einer sicheren, positiven Identität, eines gesunden Selbstbewusstseins und die Fähigkeit zu intimen Beziehungen sind die wichtigsten Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Genau diese sind aber aufgrund der gesellschaftlichen Herausforderungen, aus dem obigen geschlossen, für die lesbischen, schwulen und bisexuellen Adoleszenten bedeutend schwieriger. Es ist aber erstaunlich wie viele es, teilweise ohne Hilfe und Vorbilder schaffen, dies zu erreichen (Vgl. Untersee und Kauer 2008:62; Völkle 2006:46-47). Im nächsten Kapitel wird auf die verschiedenen Forschungsansätze und methodologischen Probleme eingegangen.

2.) Forschungsmethodik

In diesem Kapitel stehen methodologische Fragen im Vordergrund: Wie gehen die ForscherInnen vor? Wie wird Homo- und Bisexualität sowie Suizidalität gemessen? Mit Blick auf die weiteren Kapitel ist es dabei unerlässlich, auf die Probleme hinzuweisen, welche spezifisch bei einer (vergleichenden) Betrachtung von wissenschaftlichen Studien zum Thema auftreten.

Zuerst ist darauf aufmerksam zu machen, dass der grösste Teil der Studien einem quantitativen Ansatz folgt, sprich mittels verschiedener Erhebungsarten Daten gesammelt und mit Hilfe der Statistik geprüft werden. Als Erhebungsinstrument dient in den meisten Fällen ein Fragebogen, sei es schriftlich, online oder am Computer. Für die intime Frage, ob der Untersuchungsteilnehmende bereits gleichgeschlechtliche Erfahrungen gemacht hat, wurde gefunden, dass die höchste Anzahl affirmativer Antworten bei einem über das Headset vorgelesenen Computerfragebogen gegeben wurde (Bagley und Tremblay 2000:113, nach: Turner et al. 1998).⁹ Als alternative Erhebungsinstrumente werden noch Telefonbefragungen und Interviews vorgenommen. Eine neuartige Kombination für die Messung der psychischen Gesundheit junger Schwuler wählten die Autoren der Santé Gaie Studie (Häusermann und Wang 2003:3): sie führten zuerst in Fokusgruppen Diskussionen über die Gesundheit mit Teilnehmern aus der homosexuellen Szene durch (qualitativ) und erstellten danach einen Fragebogen. Beim Forschungsdesign überwiegen Querschnittstudien. Längsschnittstudien werden nur selten angewandt, z.B. Wichstrøm und Hegna (2003) oder Qin et al. (2003).

Im Weiteren soll nun auf Probleme in einzelnen Bereichen hingewiesen werden, die sich bei einem Vergleich der Studien stellen:

1) Operationalisierung der sexuellen Orientierung: Mit Dennert (2006:365) lässt sich sagen, dass es verschiedene Ansichten und auch Arten gibt dies zu tun, was zu einer konzeptionellen und methodischen Heterogenität führt. Zu beachten gilt immer, welche Gruppe untersucht und wer ausgeschlossen wird. Je nach Studie werden zum Beispiel jene, die bezüglich ihrer sexuellen Orientierung noch unsicher sind (Questioning), ausgeschlossen oder in die Gruppe der LSB integriert; wie dies zum Beispiel bei einigen „High School-Studien“ der Fall ist (Vgl. Bagley und Tremblay 2000:113). Wie bereits oben angesprochen, wird die Homo- bzw. Heterosexualität mittels verschiedenen Dimensionen gemessen. Häufig wird aber nur eindimensional nach der Selbstidentifikation oder den gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrungen (z. B. Männer die Sex mit Männern haben, MSM) gefragt, eine Ausnahme ist hierbei die Studie von Wichstrøm und Hegna (2003). Plöderl et al. (2006:545-546) zeigen die Probleme solch einer einseitigen Erhebung auf. Gerade homo- und bisexuelle Frauen und Männer, die sexuell abstinent sind, verfügen über ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen,

⁹ Beim schriftlichen Ausfüllen eines Fragebogens teilen 1.5% der Männer (15-19 Jahre) mit, dass sie bereits gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen haben, während dem bei der Computerumfrage es schon deren 5.5% sind.

werden aber bei der Messung nach der sexuellen Aktivität nicht berücksichtigt. Problematisch ist auch eine Selbstidentifikation, da sich nur wenige selbst als „normabweichend,“ in einer heterosexuellen Welt, definieren (Fenaughty und Harré 2003:2), je nach Anonymisierungsgrad des Erhebungsinstrumentes – siehe oben – die Zahlen stark variieren und gerade in der Adoleszenz die sexuelle Orientierung manifest wird (Russell und Joyner 2001:1280). Werden mehrere Kriterien oder die Erlebnisdimension berücksichtigt, steigen die Zahlen teilweise beträchtlich. Ähnlich sieht es Savin-Williams (2001:986) der darauf hinweist, dass viele Jugendliche, die sich nicht als LSB bezeichnen, gleichgeschlechtliche Wünsche, Romanzen und Anziehungen haben. Häufig wird in Studien auch mit einer simplen Binarität zwischen Homo- und Bisexuellen oder Heterosexuellen gearbeitet, was häufig mit den kleinen Stichproben zu erklären ist. Doch genau für die Bisexuellen wurden in einigen Studien die höchsten Werte für psychische Störungen und Suizidalität gefunden (Plöderl et al. 2006:546). Schlussendlich ist die Operationalisierung der sexuellen Orientierung vorsichtig zu behandeln (Savin-Williams 2001:983) und für Vergleiche ist es immer notwendig, die jeweilige Definition zu betrachten.

2) Wie die Operationalisierung der Homo- und Bisexualität, ist auch jene für die Suizidalität nicht einheitlich. Es gilt zu beachten, welcher Aspekt der Suizidalität berücksichtigt wird: z. B. ist ein direkte Gleichsetzung von Suizidgedanken und -versuchen unzulässig. Nebst der Art des suizidalen Verhaltens ist Rücksicht zu nehmen auf welchen Zeitpunkt es sich bezieht. Dabei dominieren die Lebenszeitprävalenz und die 12-Monatsprävalenz. Die meisten Forschenden messen die Suizidalität retrospektiv mittels der üblichen Erhebungsinstrumente (Fragebogen oder Interviews). Post-Mortem-Studien gab es bisher noch kaum; eine Ausnahme bildet eine dänische Studie, welche aber nur am Rande auf die sexuelle Orientierung eingeht (Qin et al. 2003). Sowieso sind solche Studien, die nach dem Tod der Untersuchungsfälle erfolgen, vor grosse Probleme gestellt. So wird teilweise eine allfällige Homo- oder Bisexualität nicht erkannt oder nicht zugestanden (Lebson 2002:110), und eine polizeiliche Erfassung erfolgt nur bei eindeutiger Zuordnung von Suizid oder Parasuizid (Hofsäss 1999:82). Problematisch ist vor allem, dass die Suizidalität oft nur mit einer Frage, die vage und unspezifisch eingeschränkt ist, gemessen wird (Savin-Williams 2001:983). Savin-Williams zweifelte die Validität der angegebenen Suizidalität an und entwarf ein Modell, welches falsch-positive Suizidversuche – wenn sich mittels Kontrollfrage zeigen lässt, dass ein Suizidversuch nur gedacht aber nicht ausgeführt wird – ausschliessen kann. Das heisst er hat ein Instrument entworfen mit dem die Ernsthaftigkeit der Suizidversuche gemessen wird (Plöderl 2006:546-547). Savin-Williams (2001:986) würde für die Abschätzung eines Suizidversuches spezifische Fragen an die Adoleszenten mit einer Bestätigung durch eine erwachsene Person als ideale Erfassungsmethode sehen.

3) Stichprobe und Teilnehmende: Als eines der grössten Probleme wird von den Forschenden fast unisono die Stichprobe betrachtet. So werden selbst bei grossen Untersuchungen oft weniger als 100 LSB befragt, wobei für diese Fälle vielfach eine hohe Quantität von Variablen gemessen werden (Plöderl et al. 2006:546). Nebst der geringen Fallzahl gibt es auch Unterschiede innerhalb der gewählten Populationen. Oftmals werden nicht generalisierbare Bevölkerungsstichproben verwendet, sondern Spezialpopulationen (Szene, BesucherInnen von Beratungsstellen). Die Arbeit mit solchen Populatio-

nen ist keineswegs unadäquat, aber es werden evtl. gewisse Verzerrungen – aufgrund der mangelnden Repräsentativität – in Kauf genommen. Ähnliches gilt für die Schulstudien, die sich in den USA hoher Verbreitung erfreuen, anzumerken. So ist anzunehmen, dass in den High Schools – bei Befragungen – gerade die Hochrisikogruppen fehlen, nämlich etwa SchülerInnen, die aus Angst der Schule fernbleiben oder solche, die auf der Strasse leben und sich teilweise prostituieren (Bagley und Tremblay 2000:113-114). In Schulen ist auch wegen den oben – in Punkt 1 und 2 – erwähnten Gründen von einer Unterrepräsentation der homo- und bisexuellen Bevölkerung auszugehen. Aber auch für Spezialpopulationen, die häufig fast nur homo- und bisexuelle Jugendliche beinhalten, sind einige Dinge zu berücksichtigen. Auch hier ist von einer Unterschätzung und mangelnder Repräsentativität auszugehen. Je nach Rekrutierungsort sind gewisse Übervertretungen zu erwarten. Klar ist, dass die Hochrisikogruppen, Obdachlose oder etwa LSB mit internalisierter Homophobie, nur äussert selten berücksichtigt werden. Die Freiwilligkeit der Umfragen kann teilweise zu Verzerrungen führen, es könnte ja sein, dass gerade die Gefährdetsten nicht an einer Befragung teilnehmen möchten. Aber auch die Antworten, die gegeben wurden, müssen jeweils kritisch hinterfragt werden, wie dies Savin-Williams (2001) für die Ernsthaftigkeit der Suizidversuche tat. Im Weiteren kann es sein, dass ein gewisser „Minderheitenanreiz besteht,“ die Resultate zu beschönigen um so ein besseres Bild abzugeben (Cochand und Singy 2001:32).

Diese und andere Gedanken müssen in jede Prüfung einer Studie oder einen Vergleich einfließen. Es geht dabei immer darum, Stärken und Schwächen eines Studiendesigns zu erkennen und sich dessen bewusst zu sein. Mit diesen methodischen Erläuterungen können nun im nächsten Kapitel die Resultate dargelegt werden.

3.) Befunde

In diesem Kapitel soll, bezüglich der Fragestellung, die aktuellste Befundlage für das In- und Ausland dargelegt werden. In einem ersten Teil werden die aktuellen Suizidraten der Schweiz – ohne Berücksichtigung der sexuellen Orientierung – und eine kurze Interpretation dieser Daten vorgestellt. Danach folgt die Würdigung der Resultate, wobei die ausführliche Diskussion im anschliessenden Kapitel erfolgt.

3.1) Suizid in der Schweiz

Die im Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (2005:8-15) ausgewiesenen Zahlen gelten unverändert. Etwa 1-2% aller Todesfälle in der Schweiz werden als Suizid angegeben. Dabei wird geschätzt, dass zirka 10% aller EinwohnerInnen in ihrem Leben einen oder mehrere Versuche begehen und etwa jede zweite Person berichtet retrospektiv über Suizidgedanken. Konservative Schätzungen gehen von etwa 15'000-25'000 versuchten Suiziden in einem Kalenderjahr aus. Hierbei werden die indirekten Suizide nicht mitberücksichtigt. Pro Jahr sterben durchschnittlich etwa 1'300 bis 1'400 Personen durch ihre eigene Hand, wovon etwa 400 Frauen und 1'000 Männer sind.

Die neusten Kennzahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) aus dem Jahr 2006 bestätigen die obigen Aussagen. 2006 starben offiziell 1308 Personen, davon 863 Männer und 445 Frauen in der Schweiz durch Suizid (Bfs 2008: je-d-14.02.05.01 und je-d-14.02.05.02). Dies entspricht Sterbeziffern von 20.9 auf 100'000 für Männer und 9.4 für Frauen. Durch Unfälle starben 2'251 EinwohnerInnen (1'264 Männer und 987 Frauen), wobei es sich bei diesen teilweise noch um indirekte Suizide handeln könnte. Werden die Daten alters- und geschlechterspezifisch aufgeteilt (Ebd.), so zeigt sich, dass für 15-44-jährige Frauen und Männer Suizid die zweithäufigste Todesursache, mit 7.1 respektive 18.3 Personen pro 100'000, ist. Bei der Altersgruppe von 1-14 gibt es nur Einzelfälle von Suizid und bei den über 45-Jährigen werden andere Todesursachen viel bedeutender, das obwohl die Anzahl der Fälle meistens bis 84 noch leicht steigt und erst danach klar sinkt. Für die Adoleszenten (15-24-Jährigen) meldet die Weltgesundheitsorganisation WHO (2008) für 2004 9.8 Suizidentinnen und Suizidenten unter 100'000 Menschen (14.5 Männer und 4.9 Frauen) in der Schweiz. Bezüglich Erklärungsmuster für die Geschlechterdifferenz sei auf Kapitel 4.2.1.2 verwiesen. Im internationalen Vergleich befindet sich die Schweiz hinsichtlich Suizidrate deutlich über dem Durchschnitt der Länder. Für ausführliche bzw. historische Informationen, nationale und internationale Vergleiche und weitere Informationen sei auf die in diesem Abschnitt zitierten Quellen verwiesen.

3.2) Befunde: Suizidalität und sexuelle Orientierung

In diesem Abschnitt stehen die Ergebnisse für einen (mutmasslichen) Zusammenhang zwischen sexueller Orientierung und Suizidalität im Vordergrund. Dabei wurden, wenn möglich, auch heterosexuelle Kontrollgruppen berücksichtigt. Aufgrund der unterschiedlichen Studien und den mannigfaltigen Forschungsdesigns und sonstigen Differenzen muss – wie in Kapitel 2 ausgeführt – ein vorsichtiger Umgang mit den Zahlen erfolgen. So lässt sich mittels dieser Zahlen zum Beispiel noch keine monokausale Erklärung deduzieren, d. h. diese Ergebnisse sagen alleine noch überhaupt nicht, dass die Homo- oder Bisexualität verantwortlich für eine erhöhte Suizidalität ist. Es könnte auch eine intervenierende Drittvariable sein, die dafür verantwortlich ist.

Im Rahmen dieser Arbeit war eine Metaanalyse der bisherigen Studien weder zeitlich noch ohne die entsprechenden Daten, möglich. Für Europa existieren hierzu bereits zwei Metaanalysen, auf welche es zu verweisen gilt (Plöderl et al. 2006; Dennert 2006). Beim vorliegenden Bericht wurde die Darstellung von erstgenannter Studie (Plöderl et al. 2006) übernommen, wobei die tabellarischen Schlussfolgerungen jener durch zusätzliche Forschungsergebnisse aus der Schweiz und dem Ausland erweitert wurden. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens – welcher auf die Dauer des Zivildiensteinsatzes des Verfassers beschränkt war – konnten nicht alle bisherigen Arbeiten zum Thema berücksichtigt werden. D. h. eine gewisse Subjektivität bzw. Arbitrarität, in punkto Selektion der Forschungsliteratur ist nicht komplett auszuschliessen. Schwerpunktmässig wurde auf eine vollumfängliche Abbildung der schweizerischen Ergebnisse¹⁰ sowie auf eine repräsentative Darstellung der wissenschaftlichen Artikel und Monographien nach 2002 hin gearbeitet. Dabei standen die Studien mit adoleszenten Teilnehmenden im Zentrum. Eine ausführliche Bibliographie und die Ergebnisse der verschiedenen Datenbankrecherchen sind in den Räumlichkeiten von PINK CROSS als Textquellen (auch in digitaler Form) hinterlegt. Für die untenstehenden Ausführungen sei auf die Tabellen 2-4 im Anhang verwiesen, welche die Befunde darlegen.

3.2.1) Erläuterung des Tabellenanhangs

Wie zu sehen (Vgl. Anhang 2-4), handelt es sich um drei tabellarische Darstellungen. Zuerst sei auf die erste, „Details zu den Studien,“ verwiesen. Hier werden alle in den anderen Abbildungen verwendeten Studien nach gewissen Gesichtspunkten hin dargelegt. Diese Auflistung dient dazu, die Zahlen jener Darstellungen kritisch zu würdigen. Dabei werden in der zweiten Spalte erweiterte Informationen zur Studie angeboten; so die Anzahl der Teilnehmenden (n), die Altersverteilung, das biologische Geschlecht sowie Ort und Zeit der Datenerhebung. Zum Geschlecht ist zu erwähnen, dass hier 11 Studien ausschliesslich Männer berücksichtigten, wobei es keine einzige gibt, die nur Frauen unter-

¹⁰ Nebst der Datenbankrecherche sowie dem Schneeballprinzip wurde hier auch das Gespräch mit Fachpersonen und Institutionen sowohl im Suizidpräventionsbereich als auch bei Interessenorganisationen homo- und bisexueller Personen gesucht. Die Kontakte erfolgten in den allermeisten Fällen via E-Mail und sind bei PINK CROSS nachgewiesen.

sucht. Auch bei den Erhebungsorten ist eine Überrepräsentation, welche aber die Beschäftigung mit der Thematik widerspiegelt, festzustellen. D.h. nordamerikanische und aussereuropäische Arbeiten machen mehr als die Hälfte der berücksichtigten Studien aus. In der letzten Spalte wird nach der Anzahl nicht-heterosexueller Menschen gefragt und die Definition für diese erläutert. Falls es keine heterosexuelle Kontrollgruppe gab, wird dies hier durch den Vermerk nach einer Vorselektion der Teilnehmenden ersichtlich, sprich es wurde spezifisch nur nach LSB gesucht. Zum Schluss wird zusätzlich noch das Erhebungsinstrument erläutert, wofür hier etwas öfters Fragebögen denn Interviews benutzt wurden. Wird diese Auflistung (Anhang 2) gewürdigt, lassen sich die beiden anderen Statistiken zur Suizidalität betrachten. Ihr Aufbau ist identisch, wobei sie einen unterschiedlichen Aspekt des suizidalen Verhaltens berücksichtigen. Erstere (Anhang 3) zeigt die Suizidgedanken und letztere (Anhang 4) die Versuche. Die acht Spalten geben den Herkunftsort der Angaben (Studie), die untersuchte Population im Zeitraum (Wer, Zeitraum) und in den darauf folgenden Felder die Kennzahlen nach Geschlecht getrennt wieder. Dabei werden die Ergebnisse nach Geschlecht getrennt wie folgt ausgeführt. In der jeweils ersten Spalte (Spalte 3 bzw. 6) wird die Prävalenz von LSB (Untersuchungsgruppe) dargelegt, welche bereits Suizidgedanken aufwies oder einen Versuch unternommen haben. Hier sind die Fallzahlen, die Gesamtpopulation und der prozentuale Anteil der Fälle nachgewiesen. Dieselbe Berechnung gilt auch für Spalten 4 und 7, nur dass es sich hier um heterosexuelle Menschen (Kontrollgruppe) handelt. Wenn in den Studien berechnet, wurde auch die Odds-Ratio (OR) mit einem Konfidenzintervall von 95% angegeben. Dies erfolgt in den Spalten 5 und 8, wobei sich die Zahlen einfach interpretieren lassen. So lässt sich zum Beispiel sagen, dass homo- und bisexuelle Männer – gemäss Eisenberg und Resnick (2006) – über ein 1.14-1.86-fach höheres Risiko verfügen Suizidgedanken zu haben als die Männer in der Kontrollgruppe.

Falls möglich, wurde versucht alle Zeilen zu füllen. Häufig wurden aber etwa einzelne Werte gar nicht erhoben oder die Geschlechter nicht getrennt betrachtet. Bevor detaillierter auf die Resultate eingegangen wird, muss noch vor einer falschen Interpretationsart gewarnt werden. Aufgrund der verschiedenen Forschungsdesigns und dessen Konsequenzen ist es nicht möglich einen Mittelwert oder Ähnliches zu berechnen. Dies ist statistisch nur möglich, wenn eine Metaanalyse der erhobenen Daten, wie es Plöderl et al. (2006) taten, durchgeführt wird. Es lässt sich somit keine Kennzahl ausweisen. Hingegen kann es durchaus sinnvoll sein, eine Bandbreite anzugeben. Wobei immer gleichermassen die im Kapitel 2 geschilderten Punkte zu berücksichtigen sind.

3.2.2) Ergebnisse der nationalen und internationalen Studien

Betrachten wir die Ergebnisse, so sind sowohl Gedanken an Suizid als auch Suizidversuche bei den als lesbisch, schwul oder bisexuell bezeichneten Personen fast ausnahmslos signifikant höher als bei der heterosexuellen Kontrollgruppe. Dabei werden auch die erwarteten Unterschiede, bezogen auf Geschlecht und Aspekt der Suizidalität bestätigt. Das heisst die Prävalenz der Suizidgedanken ist gegenüber jenen, die versucht haben sich zu töten, erhöht, was für beide Geschlechter Gültigkeit hat. Ähnliches ist auch für die Geschlechter zu schliessen: die beiden Suizidalitätswerte sind für homo-, bi- und heterosexuelle Frauen zumeist stärker ausgeprägt als für Männer. Diese Resultate bestätigen

sich auch, wenn die Studien mit kleinen Stichproben ausgeschlossen werden. Werden die Daten detaillierter analysiert, fällt rasch die Studie von Mathy (2002) auf. Jener wollte mittels Internet-Fragebögen die Beziehung der Suizidalität und der sexuellen Orientierung weltweit herausfinden, wobei Afrika auf Grund mangelnder Fallzahlen ausgeschlossen wurde. Er ging von kontinentalen, kulturellen Unterschieden und einer andersartigen Einstellung zur Sexualität – Europa als individualistisch und sex-positivistisch und Asien als kollektivistisch und sex-negativistisch – sowie der sexuellen Orientierung aus. Mathys Arbeit widerspricht in einigen Punkten den bisherigen und hier geschlossenen Ergebnissen: Für die Variable Suizidgedanken fand er für Australien und Europa, hinsichtlich der sexuellen Orientierung, keinen Unterschied. Für die Geschlechter wurde eine signifikante Beziehung mit der Homo- oder Bisexualität nur für nord- und südamerikanische Männer bzw. südamerikanische Frauen gefunden. Ähnliches gibt es von der Variable „Suizidversuche“ zu berichten. Hier wurde für alle Kontinente ein signifikanter Zusammenhang gefunden, mit Ausnahme Europas. Das heisst in Europa gab es keinen statistisch relevanten Unterschied von Suizidversuchen mit Berücksichtigung der sexuellen Orientierung. Wiederum konnte für Nord- und Südamerika ein erhöhtes Risiko für LSB aufgezeigt werden. Mathy (2002:223-224) konnte in seiner Untersuchung also zeigen, dass Geschlecht und kulturelle Unterschiede zu berücksichtigen sind. Es sei an dieser Stelle noch daran erinnert, dass die Arbeit von Mathy (2002) gewisse Mängel aufwies, so sind über $\frac{3}{4}$ der fast 41'000 Teilnehmenden aus Nordamerika und somit sind nur dort genügend LSB enthalten um statistisch einwandfreie Aussagen zu machen.

Im Folgenden soll der Aspekt der kulturellen Ähnlichkeit beachtet werden. Dabei werden nur die Resultate für die Schweiz und Europa näher erläutert. Jene für Nordamerika und Neuseeland werden nicht genauer besprochen, dafür sei auf den Tabellenanhang verwiesen. Im nächsten Kapitel werden aber wieder alle Studien für eine Erklärung der Resultate – sofern dies opportun ist – verwendet. Für die Schweiz und das deutschsprachige Ausland sind hierzu Zeugnisse von Biechele (2004), Cochand und Singy (2001), Faistauer und Plöderl (2006), Häusermann und Wang (2003), Plöderl (2005), Senatsverwaltung (1999) und Wang et al. zu berücksichtigen. Bei diesen ist zu erwähnen, dass nur Plöderl (2005) eine Kontrollgruppe in die Studie miteinbezogen hat. Die restlichen Autoren erwähnen nur die Prävalenz des suizidalen Verhaltens bei LSB, davon ausgenommen ist die Studie von Wang et al. In dieser wird für die Berechnung der ORs ein weiterer Datensatz zur Hilfe genommen. In beiden Fällen sind aber die Prävalenzen bei homo- und bisexuellen Frauen und Männern signifikant erhöht. Für die Schweiz lässt sich nachfolgendes festhalten: In der Arbeit von Cochand und Singy (2001:35-37) wird geschlossen, dass in den letzten 6 Monaten nur 68.3% der adoleszenten Schwulen oder Bisexuellen in der Westschweiz noch nie Suizidgedanken hatten und bereits 24.4% mindestens einmal versuchten sich zu suizidieren. Das homo- und bisexuelle Gesundheitsprogramm in Genf (Santé Gaie) weist in einer Studie (Häusermann und Wang 2003:14-15) vergleichbare Zahlen für Schwule und bisexuelle Männer auf. So hatten 22% der Testgruppe in den letzten 12 Monaten Suizidgedanken, während dem bereits 19% irgendwann einmal in ihrem Leben einen Versuch unternommen haben. Aufgrund der anderen Altersstruktur in dieser Publikation – die Jugendlichen machen nur etwa 17% aus – schliessen die Autoren, dass auch Erwachsene einem erhöhten Risiko ausgesetzt seien. In

einer noch unveröffentlichten Arbeit (Wang et al.), die auf Daten der Santé Gaie-Studie aufbaut, werden die Zahlen letzterer noch präzisiert. Hiernach seien von Suizidalität am stärksten die Jugendlichen (unter 25 Jahren) betroffen. Für einen Risikovergleich wurde auf die Datensätze aus der SMASH (2002) Studie zurückgegriffen. Dabei wurden nur 16-20-Jährige Männer berücksichtigt, darunter der marginale Anteil von 65 Homo- und Bisexuellen. Diese Gruppe verfügt über ein signifikant höheres Risiko für suizidales Verhalten. So hatten sie in den letzten 12 Monaten mehr Suizidgedanken (OR 2.26), Pläne zum Suizid (OR 2.18) und Versuche (OR 2.09 und 5.36 im ganzen Leben) begangen als ihre heterosexuelle Kontrollgruppe. Alle bisherigen Berichte für die Schweiz zeigen also unmissverständlich, dass homo- und bisexuelle Männer über ein erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten verfügen. Leider sind in der Schweiz – gemäss Recherche – noch keine Zahlen für Frauen erhoben worden. Anzufügen wären noch die Ergebnisse einer klinischen Untersuchung von Hepp et al. (2002:285-286). Jene weisen, trotz geringer Fallzahl (n=33), für transsexuelle Menschen – sowohl für Mann-zu-Frau- als auch für Frau-zu-Mann c die sich meistens einer Geschlechtsumwandlung unterzogen haben, ein erhöhtes Suizidrisiko aus. Dabei gaben 12 von 25 Teilnehmenden an, bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen zu haben. Mit diesen Ergebnissen werden auch transsexuelle Personen als mögliche Risikogruppe identifiziert. Aufgrund dieser Befunde für die Schweiz wird nun, mit Annahme der zu erwartenden kulturellen Ähnlichkeit, unten die Datenlage für Europa und insbesondere das deutschsprachige Ausland erweitert.

Dabei zeigen die Studien aus Deutschland und Österreich, ähnlich den Schweizer Befunden insbesondere Resultate für homo- und bisexuelle Männer. Nur die Studie im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung (1999:66-71) gibt Werte für Prävalenzen der Suizidversuche von LSB nach Geschlecht getrennt wieder, welche bei identischen 18% liegt. Rund 60% der Teilnehmenden haben bereits einmal in ihrem Leben Suizidgedanken gehabt, wobei die Mädchen häufiger daran denken sich umzubringen (64% zu 56%). Die Dissertation von Biechele (2004:110-111) zur Identitätsentwicklung junger – überwiegend deutscher – Schwuler geht nur ganz kurz, in einer Frage, auf die Suizidalität ein. Dabei folgert er, dass nur 27.2% der Teilnehmenden noch nie an Suizid gedacht haben. Biechele unterscheidet hierbei die Suizidgedanken im Leben der Untersuchungsgruppe in 19.2% ernsthafte und 44.9% nicht ernsthafte. Fast jeder Zehnte (8.7%) hat bereits mindestens einmal in seinem Leben versucht, sich zu suizidieren. In Österreich ist es insbesondere Martin Plöderl, der sich mit der Frage eines Einflusses der sexuellen Orientierung auf suizidales Verhalten beschäftigt (Faistauer und Plöderl 2006; Plöderl 2005; Plöderl et al. 2006). Zusammen mit Gregor Faistauer führte Plöderl (2006) eine Schulstudie unter homo- und bisexuellen, adoleszenten und erwachsenen Männern durch. Fast 17% der Untersuchungsteilnehmer gaben dabei an, bereits einmal im Leben versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen. Für Jugendliche (18-26-Jahre) besteht dabei gegenüber den Erwachsenen (27-45-Jahre) eine erhöhte Prävalenz (19% zu 15%) (Ebd.:35-39). Verglichen mit einer Untersuchung in Deutschland (Weissman et al. 1999) ist dabei das Risiko für Heterosexuelle einen Versuch zu begehen 6 mal geringer (2.76% zu 17%) (Ebd.:8).

Die ausführlichste Studie schrieb Martin Plöderl bereits 2005. Es ist aktuell die umfassendste deutschsprachige Monographie zum Thema. Der Autor behandelt den Begriff der Suizidalität in all seinen Facetten und erhob Daten für Frauen und Männer aller sexuellen Orientierungen. Da er erstaunlicherweise keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern fand, hat er sie nachfolgend zusammengeführt. Der Datensatz beinhaltet 358 LSB und eine Kontrollgruppe mit 267 heterosexuellen Frauen und Männern. In allen Dimensionen der Suizidalität – von Leben ist nicht lebenswert - Wunsch, tot zu sein - Suizidgedanken ohne Absicht - ernsthafte Suizidgedanken - abgebrochener Suizidversuch bis zu Suizidversuch – wiesen homo- und bisexuelle Menschen beider Geschlechter eine erhöhte Gefahr im Vergleich zu Heterosexuellen auf (Plöderl 2005:130-147). Dies gilt für die 12-Monats- genauso wie für die Lebenszeitprävalenzen. Zu beachten ist dabei, dass der Unterschied zwischen LSB und Heterosexuellen mit zunehmenden Schweregrad der Suizidalität sich immer stärker akzentuiert. So wird bei den Lebenszeitprävalenzen für LSB mit Vergleich der Kontrollgruppe für „ernsthafte Suizidgedanken“ ein OR von 3.6 (50% zu 22%) und für „Suizidversuch“ einen von 14.6 (14% zu 1%) ausgewiesen. Bei der 12-Monatsprävalenz betragen die „ernsthafte Suizidgedanken“ für Homo- und Bisexuelle 18% und für Heterosexuelle 7%, was einem OR von 3.7 entspricht. Die oft geäußerte Annahme, dass bisexuelle Menschen gefährdeter sind, konnte zumindest für die Variablen „ernsthafte Suizidgedanken“, „abgebrochene Suizidversuche“ und „gegenwärtige Suizidversuchsfährdung“ bestätigt werden. Allgemein bejaht Plöderls Dissertation die Forschungsfrage, ob die Suizidversuchsrate unter homo- und bisexuellen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen und Männern erhöht sei, eindeutig. Ein erstaunliches Resultat, das nicht im Tabellenanhang vermerkt ist, betrifft Dänemark. Qin et al. (2003:767) stellen in einer Post-Mortem Studie, die auf vier nationalen Längsschnittregistern basiert, fest, dass Leute, die in registrierten Partnerschaften leben, im Vergleich zu heterosexuellen Ehen ein 3.63-4.34-fach erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Wie Plöderl et al. (2006:547) festhalten, ist dies erstaunlich, da Dänemark eines der liberalsten Länder, bezogen auf den Umgang mit Homo- und Bisexuellen, ist. Diese Ergebnisse lassen sowohl erhöhte Werte für nicht in registrierten Partnerschaften lebende Personen wie auch für jene, die in weniger toleranteren Ländern leben, erwarten.

Die oben ausgeführten wie auch die „nur“ im Tabellenanhang vermerkten Ergebnisse bestätigen für Nordamerika, Europa und die Schweiz ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko (Suizidgedanken und -versuche) für LSB im Vergleich zu heterosexuellen Frauen und Männern. Des Weiteren lassen sich teilweise erhöhte Prävalenzen für Frauen, Bi- und Transsexuelle aufzeigen, wie noch zu sehen sein wird. Das nächste Kapitel wird mögliche Erklärungen zu diesen erhöhten Gefahren und Differenzen erläutern und schwergewichtig Risiko- und Schutzfaktoren berücksichtigen.

4.) Diskussion

In diesem Kapitel sollen die Schlussfolgerungen aus Kapitel 3 erklärt, sprich die Fragestellung beantwortet werden. Wie in der Einleitung dargelegt, werden hier die Risiko- und Schutzfaktoren ausführlich dargelegt. Ausgehend von Erklärungsmodellen folgt danach eine Abhandlung der daraus abgeleiteten Faktoren. Zum Ende erfolgt ein Fazit des gesamten Teils.

4.1) Modelle

Nachfolgend dienen die Modelle von Morrison und L'Heureux (2001) und Fenaughty und Harré (2003) als Ausgangspunkt. Erstgenannte entwarfen ein Suizidberechnungsmodell für jugendliche Homo- und Bisexuelle, das auf einem soziokulturellen Rahmen beruht. Basierend auf dem menschlichen Entwicklungsmodell von Bronfenbrenner (1997) gehen die Autoren (Morrison und L'Heureux 2001:41) dabei von drei soziokulturellen Ebenen aus: Die individuellen Risikofaktoren „Individual Risk Factors“ (demographische und situationsbezogene Variablen), die Risikofaktoren des Mikrosystems „Microsystem Risk Factors“ (die unmittelbare Umgebung des Subjekts) und jene des Makrosystems „Macrosystem Risk Factors“ (die sozialen Bedingungen, mit welchen die Umgebung funktioniert). Dieses Schema soll Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit geben, das Suizidrisiko eines schwulen, lesbischen oder bisexuellen Menschen abzuschätzen bzw. entsprechend zu intervenieren. Für die Ebenen werden einzelne Risikofaktoren ausgewiesen:

Individual Risk Factors (Ebd.:41-42): Hier müssen auch jene Punkte beachtet werden, die bei allen Jugendlichen zu einem erhöhten Risiko führen. Es gibt aber auch individuelle Gefahren, die nur Homo- und Bisexuelle betreffen. So etwa jene Herausforderungen, welche sich aus dem Coming-out (riskant leben jene, die sich früh oder gar nie outen), dem Geschlecht (das Coming-out erfolgt bei Männern früher) oder einem allfälligen Status einer doppelten Minderheit (z.B. homosexuell und schwarz) ergeben.

Microsystem Risk Factors (Ebd.:42-44): Als Mikrosystem wird die Umwelt bezeichnet, welche mit dem Individuum zusammenspielt, darin eingeschlossen sind LehrerInnen, Eltern, FreundInnen usw. Hierbei ist wichtig, worüber in der Schule gesprochen wird. Mangelnde Informationen über Homo- und Bisexualität in den Bildungsanstalten können die Suizidalitätsanfälligkeit verstärken. Selbiges kann für genderatypisches Verhalten gelten. Die Rolle von Homophobie und/oder Heterosexismus und die damit verbundenen engen Rollenmodelle und die Unfähigkeit, diese anzupassen, können schwerwiegende Folgen haben. Ein einflussreicher Schutzfaktor könnte der Zugang zu homo- und bisexuell-affirmativen Organisationen, wie etwa „les-bi-schwule“ Jugendgruppen, sein. Ohne letztere kann die Gefahr eines Suizids ausgeprägter sein.

Macrosystem Risk Factors (Ebd.:44-45): Unter diesem Begriff werden Institutionen verstanden, die das Mikrosystem beeinflussen, aber nicht zwingend mit dem Individuum interagieren. Massenmedien

können sowohl bei mangelnder Berücksichtigung von LSB als auch bei einer negativen Berichterstattung auf die Suizidalität einwirken. Antidiskriminierungspolitiken in Schulen und dem sozialen Umfeld haben eine ausgeprägt protektive Wirkung. Dem entgegen steht eine kulturelle Werthaltung, mit der das Coming-out eines Menschen abgelehnt wird.

Dieses Modell gibt bereits einen guten Überblick über die Bandbreite von verschiedensten Einflüssen, die auf die Suizidalität eines Jugendlichen oder Erwachsenen einwirken können. Die vorgenommene Aufteilung in drei Sphären ist adäquat und hilft, die Problematik multidimensional zu betrachten. Aber wie das Autorenteam bemerkt, wurde das Modell in der Praxis noch nicht getestet, sprich: es wurde nicht empirisch getestet.

Aufgrund von qualitativen Interviews entwarfen Fenaughty und Harré (2003) ein Modell,¹¹ das sowohl Schutz- wie auch Risikofaktoren berücksichtigt. Wobei Fenaughty und Harré sich nur auf Männer bezogen haben. Zentral dabei ist ein verhaltensorientiertes Ergebniskontinuum, welches einer Wippe (Seesaw) nachempfunden wurde (Ebd:16-18). Die Erkenntnis der eigenen Homo- oder Bisexualität fungiert darin als Drehpunkt, wobei die Eckpunkte (Sitzplätze der Wippe) Suizid und Suizidresilienz darstellen. Zwischen den beiden Enden besteht ein sich stetig wandelndes Gleichgewicht: je nach Masse der Schutz- oder Risikofaktoren kippt es in die eine oder andere Richtung bzw. verharrt in horizontaler Lage. Ergo sind die Individuen nicht einfach passive Rezipienten der Risiko- oder Schutzfaktoren, sondern aktiv an diesem Prozess beteiligt; sie agieren in unterschiedlichen Situationen und kreieren fortlaufend neue Bedingungen. Im Modell werden verschiedene Faktoren, welche sich gegenseitig beeinflussen, auf multiplen Ebenen ausgewiesen. An erster Stelle werden reflektierende soziale Normen und Bedingungen „Social Norms and Conditions“ (Heterosexismus oder soziale Isolation gegenüber sozialer Akzeptanz, positiver Vertretung von Homo- und Bisexueller und soziale Unterstützung); zweitens individuelle Unterschiede „Individual Differences“ (Bullying, Angst vor HIV, Depressionen, internalisierte Homophobie und Einsamkeit/Zurückweisung oder aber Unterstützung durch Umfeld, Verfügbarkeit von Vorbildern); Drittens die verschiedenen Methoden damit umzugehen, sprich Coping Mechanismen (Drogenmissbrauch, sozialer Rückzug (Social Withdrawal), Identifizierung mit einem Vorbild sowie Hilfesuchverhalten) genannt. Obwohl das Modell aufgrund qualitativer Interviews mit insgesamt acht Männern beruht, bietet es im Vergleich zu dem Modell von Morrison und L’Heureux (2001) eine neue Perspektive, die die Einflüsse der Schutz- und Risikofaktoren gleichermaßen berücksichtigt.

¹¹ Eine grafische Darstellung des „Seesaw-Modells“ ist Anhang 5 zu entnehmen.

Was in beiden Studien etwas zu wenig Berücksichtigung findet, ist die mentale und physische Verfassung eines Menschen. In einer Metaanalyse zu Faktoren, welche bei Jugendlichen in einem Zusammenhang mit Suizidalität stehen, erwähnen Evans et al. (2004:958-959) folgendes Einteilungsschema: 1) mentale und physische Gesundheit, 2) andere individuelle Merkmale und Erfahrungen, 3) familiäre Umstände und 4) soziale Bedingungen. Mit diesem Modell wird somit dem Gesundheitszustand ein grösserer Raum zu gestanden, was in untenstehender Diskussion berücksichtigt wird.

4.2) Risikofaktoren

Für die detaillierte, untenstehende Abhandlung der Risikofaktoren für Suizidalität sollen zwei Kategorien verwendet werden. Zuerst wird die individuelle Ebene behandelt (4.2.1), welche das Problemlösungsverfahren und die Gesundheit beinhaltet. Die zweite Dimension (Mikro- und Makrosystem; 4.2.2) folgt Morrison und L'Heureux (2001) und bezeichnet somit das Umfeld und die sozialen Normen und Bedingungen. Bei diesen zwei Themenfeldern sind Risikofaktoren teilweise kaum von Schutzfaktoren zu trennen. Nichtsdestoweniger soll nach der Behandlung der Risikofaktoren noch spezifisch auf die protektiven Ursachen (4.3) eingegangen werden.

4.2.1) Individuelle Merkmale und mentale Gesundheit

4.2.1.1) Physisches und psychisches Wohlbefinden

Ursula Wunderlich (2004:47-67) weist vier Kategorien von Risikofaktoren bei der Entwicklung von Suizidalität auf, die bei Jugendlichen beachtet werden müssen. Drei davon behandeln unmittelbar die mentale wie auch körperliche Gesundheit. So sind dies psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie -merkmale und biologisch-medizinische Risiken. Unter Erstgenannten (Ebd.:47-53) werden etwa Suchterkrankungen und Depressionen verstanden. Auch andere Diagnosen wie bipolare Störungen, Essverhaltensprobleme, Angststörungen und Schizophrenie scheinen einen Einfluss zu haben. Bei Jugendlichen lässt sich annehmen, dass eine erhöhte Anzahl von Erkrankungen mit vermehrten Suizidversuchen einhergeht (Ebd.:53, nach: Lewinsohn et al. 1995). Die zweite Kategorie (Wunderlich 2004:54-57), jene der Persönlichkeitsstörungen und -merkmalen weist Borderlinestörungen, antisoziales Verhalten sowie eine narzisstische Persönlichkeit als Risikofaktoren aus. Für Hoffnungslosigkeit und emotionale Labilität wird dies ebenfalls geschlossen. Bei dem letztgenannten Themenbereich (Ebd.:58-67) wird die Wirkung von biologischen Einflüssen meistens verneint. Aber es konnte gezeigt werden, dass gewisse genetische Faktoren eine Rolle spielen könnten. Körperliche Erkrankungen seien bei Jugendlichen noch nicht sehr wichtig, aber als Grund der sich daraus ergebenden Konsequenzen können sie zu einem Risikofaktor werden. In ihrer Studie schliesst Wunderlich (2004:86), dass Ko- und Multimorbidität von psychischen Störungen¹² und Angststörungen die stärksten Auswirkungen für eine Erhöhung eines Suizidversuches, in einer nicht spezifisch homo- und bise-

¹² Bei ihrer Analyse stellte Wunderlich (2004:82) fest, dass 90.6% aller Suizidentinnen und Suizidenten mindestens eine DMS-IV-Diagnose aufwiesen. Die Mehrheit (79.2%) litt unter ko- oder multimorbiden Störungen.

xuellen Stichprobe, haben (Vgl. Evans et al. 2004:959-963).¹³ Physische und psychische Leiden scheinen einen beträchtlichen Einfluss auf die Suizidalität von Jugendlichen zu haben. Wie sieht dies fokussiert auf Homo- und Bisexuelle aus?

Gabriele Dennert (2006) führte eine Metaanalyse über die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen in Europa durch. Auch wenn sie den Zusammenhang von mentalem Wohlbefinden und Suizidalität nicht untersuchte, sind ihre Ergebnisse von einer gewissen Bedeutung, mit Berücksichtigung obiger Ergebnisse. Ihr Fazit ist, dass die bisherigen Untersuchungen ein uneinheitliches Bild zur psychischen Gesundheit Homo- und Bisexueller abgeben (Ebd.:566-568). Für Europa sei es zurzeit nicht möglich eine genaue Aussage zu machen, ob sexuelle Orientierung messbar das Auftreten von psychischen Erkrankungen beeinflusse. Aber im internationalen Kontext mehrt sich die Evidenz dafür, wobei die Hintergründe dieser Assoziationen noch unklar seien. Das Resümee von Dennert (2006) lässt sich auch mit der Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben von Plöderl et al. (2006) belegen. Sie wiesen für Major Depression, Angststörungen sowie Alkohol- und Drogenabhängigkeit für homo- und bisexuelle Adoleszente und teilweise Erwachsene im Vergleich zu der heterosexuellen Kontrollgruppe (Ebd.:539-543) – mit einer Ausnahme (generalisierte Angststörungen) – ein signifikantes häufigeres Auftreten nach. Botnick et al. (2002) schlossen in einem Vergleich von versuchten, homo- und bisexuellen Suizidenten und solche die keinen Versuch begingen, folgendes: Jene, die einen Versuch unternommen haben, verfügen über höhere Depressionswerte, ein signifikant tieferes Selbstvertrauen (nur 39% haben ein hohes, im Vergleich zu 72%), mehr Gefühlsstörungen oder psychische Störungen und waren länger in einer psychiatrischen Anstalt (Ebd. S. 5-6). Auch beim Suchtverhalten war für diese Gruppe ein erhöhtes Risiko bezüglich Popperskonsum, Alkoholkonsum und Besuch einer Entzugsklinik feststellbar. Nach einer multivariaten Analyse verblieben von diesen aber nur noch der Konsum von Poppers und das tiefe Selbstvertrauen unabhängig mit einem erhöhten Suizidalitätsrisiko verknüpft. Einen signifikanten Unterschied zwischen homo- und bisexuellen Jugendlichen und einer heterosexuellen Kontrollgruppe konnten Russell und Joyner (2001:1277-1279) nicht nur für Suizid, sondern eben auch für Alkoholismus und Depressionen feststellen. Für Hoffnungslosigkeit dagegen wurde keine Differenz gefunden.

Goodenow et al. (2006:578-583) testeten für eine Studie im schulischen Umfeld nur die Variable „Felt sad or hopeless for 2 weeks or more, past year,“ wobei für jugendliche Homo- und Bisexuelle fast doppelt so hohe Werte gefunden wurden (54.6% zu 29.4%). Keinen Unterschied ausser für Stimmungsstörungen zwischen LSB und Heterosexuellen wurde von Fitzpatrick et al. (2005:38-41) hinsichtlich psychischer Gesundheit (Depressionen, Hoffnungslosigkeit, DSM-IV-Diagnosen) ausgewiesen. Die Autoren erklären dies mit einer unterschiedlichen Altersstruktur, weil hier eine tendenziell ältere Population, zwischen 16-34 Jahren, berücksichtigt wurde.

¹³ Weiter weist sie traumatische Ereignisse vor dem 12. Lebensjahr, Scheidung der Eltern, Ängstlichkeit/Kränklichkeit und schwere körperliche Erkrankungen aus (Wunderlich 2004:86).

Obwohl sich die Resultate teilweise widersprechen und nicht 1:1 vergleichbar sind, lässt sich schliessen, dass sowohl für Hetero- als auch für Homo- und Bisexuelle die psychische Gesundheit für ein allfälliges Auftreten eines suizidalen Verhaltens eine wichtige Rolle spielt. Die verschiedenen Ergebnisse lassen keine endgültige Antwort zu, ob die Gesundheit diese unterschiedlichen Suizidprävalenzen zwischen LBS und Heterosexuellen erklären kann. Doch das sich die zusätzlichen Belastungen der homo- und bisexuellen Personen (Coming-out, Viktimisierung in der Gesellschaft sowie spezifisch in der Schule) auf das Wohlbefinden auswirken können, erscheint plausibel und nachvollziehbar. Diskriminierung kann dabei als intervenierende Variable zwischen der sexuellen Orientierung und der Prävalenz psychischer Probleme auftreten, wie später noch gezeigt werden wird (Vgl. 4.2.2).

4.2.1.2) Soziodemographische Variablen

Auch soziodemographische Einflüsse werden öfters untersucht; in amerikanischen Studien erscheint es opportun, allfällige ethnische Unterschiede zu untersuchen. Je nach Forschungsdesign spielen soziodemographische Einflüsse eine grössere oder kleinere Rolle. Für die Gesamtbevölkerung werden hierbei unterschiedlichste Risikofaktoren in Betracht gezogen. Plöderl (2005:88) weist als unspezifische Faktoren (nicht spezifisch für LSB) etwa das Geschlecht (Frauen begehen mehr Suizidversuche) und das Alter (insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene sind stärker betroffen) aus. Erhöhte Gefahr wird ebenfalls für Singles oder geschiedene Personen angenommen. Traditionell werden eine niedrige Bildung, Arbeitslosigkeit, Behinderung und Zugehörigkeit zu einer tiefen Sozial-schicht diesen zugeordnet. Für Religion (in protestantischen Gebieten werden im Vergleich zu katholischen höhere Suizidraten festgestellt), Klima (sonnenärmere Gebiete melden mehr Suizidentinnen und Suizidenten) und Urbanisierung (in Städten ist die Suizidprävalenz höher als auf dem Land) werden gewisse Einflüsse gemeldet, wobei die genannten nicht unwidersprüchlich diskutiert werden (Wunderlich 2004: 16-17).

In Studien, welche homo- und bisexuelle Personen betreffen, werden teilweise gegensätzliche Aussagen gemacht. So zeigten Bontempo und D'Augelli 2002 (368-371) zwischen lesbischen, schwulen und bisexuellen oder heterosexuellen, amerikanischen SchülerInnen kleine Unterschiede auf deskriptiver Ebene auf, die aber statistisch nicht relevant sind (Ethnie, Aufenthaltsdauer in den USA, Urbanitätsgrad des Wohnortes). Ähnlich fanden Goodenow et al. (2006:578-580) für Alter und Geschlecht keine signifikanten Differenzen in einer Schülerumfrage. Aber für die Ethnie wurden unter den lesbischen, schwulen und bisexuellen Adoleszenten weniger „Weisse“ gefunden (65.9% zu 72.1%). Wobei zu beachten ist, dass die ebengenannten Befunde sich nicht spezifisch auf Menschen mit suizidalem Verhalten bezieht.

Botnick et al. (2002:4-6) verglichen jene Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) (18-30-Jährige), die sich in ihrem Leben mindestens einmal suizidieren wollten (n=67) mit denen, die dies nicht wollten (n=278). Sie fanden keine Differenzen für Alter, Ethnie und Geburtsort. Aber Erstgenannte verfügten über eine etwas geringere Bildung (47.6% schlossen keine High School ab, gegenüber 30.2%), sowie ein tieferes Einkommen (37.5% hatten Jahreseinkommen unter 10'000 kanadischen Dollar, zu 19%).

Im selben Jahr veröffentlichten Paul et al. (2002:1340-1342) eine Studie, die ähnlich wie Botnick et al. (2002), auf MSM fokussiert ist, und eine Gruppe mit suizidalem Verhalten (Suizidversuch und -gedanken) einer ohne ein solches gegenüberstellt. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Suizidpläne und -versuche wurde für Männer mit einer tieferen Bildung, niedrigerem Einkommen und mit Teilzeitbeschäftigung gefunden. Die höchste Prävalenz von Suizidversuchen wiesen „Native Americans“ auf, von diesen begingen bereits 30% einen Suizidversuch im Vergleich zu 12% der Gesamtpopulation. Es wurden auch Alterskohorten getestet, dort gibt es nur für 25-Jährige nach 1990 einen Unterschied. So begingen 25-Jährige mit einer Prävalenz von 11% mehr Suizidversuche vor dem 25. Lebensjahr als die älteren Generationen. Die gleichbleibenden Werte bei den Alterskohorten weisen auf keine Veränderung der Lage für LSB hin, es gibt sogar noch eine Zunahme bei den Suizidversuchen im jüngeren Alter, wobei die Prävalenz der Versuche im Allgemeinen konstant blieb. Bei der anschließenden Berechnung einer logistischen Regression erklärten die aufgezeigten Variablen aber keinen Teil mehr der Varianz, nur noch vier nicht soziodemographische Variablen hatten einen Einfluss.

Vergleichbare Aussagen berichtet Remafedi (2002:307) für MSM (16-25-Jährige). Obwohl der Datensatz mit 255 Teilnehmer deutlich geringer war, konnte er für die soziodemographischen Faktoren folgendes aufweisen: Jene Befragten, die einen Suizidversuch durchführten, waren signifikant häufiger Afro-Amerikaner (14.6% zu 6.0%) und Bewohner von urbanen Zonen (82.4% zu 69.2%). Gleiches gilt für die Bildung, d. h. erstgenannte verfügten über eine geringere Anzahl an Bildungsjahren und waren weniger in Schulen eingeschrieben. Keine statistisch relevanten Differenzen wurden für Alter, Beschäftigungsgrad und US-Nationalität festgestellt. Nach einer multiplen Regressionsanalyse verblieb nur noch der Schulstatus als bedeutende Variable.

Im Umkehrschluss wies Hofsäss (1999:84-85) insbesondere eine hohe Bildung und soziale Herkunft als Schutzfaktoren aus, d. h. je höher der Bildungsgrad und die soziale Schicht, um so eher ist eine Sozialisation von LSB nur kurz von vorübergehenden Störungen begleitet.

Werden die Populationen hetero- und homo- sowie bisexueller Menschen verglichen, so sind kaum signifikante soziodemographische Varianzen festzustellen. Wenn aber nicht-heterosexuelle Adoleszente betrachtet und diese zwischen jenen mit suizidalem Verhalten und solchen ohne unterschieden werden, ergeben sich teilweise beträchtliche Verschiedenheiten. Obwohl die Befunde teilweise widersprüchlich sind, lassen sich für suizidale LSB im Vergleich zu nicht-suizidalen u. a. erhöhte Werte für Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minorität, eine tiefere Bildung sowie ein niedrigeres Einkommen nachweisen. Dass diese Differenzen innerhalb der LSB einen Teil der Varianz der Suizidalität zwischen Homo- und Bisexuellen im Vergleich zu Heterosexuellen erklären können, wurde noch kaum festgestellt. Oftmals waren die getesteten soziodemographischen Variablen, beschränkt auf einige, wenige Kennzahlen, womit die Frage nach allfälligen soziodemographischen Differenzen zwischen LSB und Heterosexuellen unklar bleibt.

Bereits mehrmals wurde auf die Frage des biologischen Geschlechtes hingewiesen. So gilt es fast schon als ein wissenschaftliches Artefakt, dass Frauen erhöhte Suizidgedanken und -versuche aufweisen, aber Männer unter den Suizidentinnen und Suizidenten häufiger anzutreffen sind. Als Beispiel erwähnt Dick (2002:326-327, nach: Kosky 1982) etwa eine Studie für Westaustralien für den Zeitraum von 1969-1978. Hierbei betrug das Verhältnis für Suizidversuche bei Jungen und Mädchen (unter 15 Jahren) 1:3.6, respektive für vollbrachte Suizide 3:1. Für die Jugendlichen aller sexuellen Orientierungen erklärt Wunderlich (2004:19-21) dies mit verschiedenen Ansätzen. Beide Geschlechter wählen die Suizidmethoden, zu welchen sie einen einfachen Zugriff haben; für Männer sind dies Schusswaffen und für Frauen Medikamente. Da es sich bei den Schusswaffen um die letalste Suizidversuchsmethode handelt, sind die Suizide unter Männern viel häufiger, trotz der erhöhten Anzahl von Versuchen durch Frauen (IPSILON 2008: Vergleich nach Methoden). Wunderlich (2004:19-21) fügt weiter an, dass aufgrund der Geschlechterrolle, Suizidversuche bei Frauen eher gesellschaftlich toleriert seien, während dasselbe bei Männern als Schwäche interpretiert werden würde. Bei suizidalem Verhalten der Frau entspreche dies dem Klischee des schwachen, hilflosen Geschlechts, das Schutz benötige. Weiter wird als mögliche Erklärung u.a. eine stärkere Einschränkung an Möglichkeiten zum Aggressionsabbau beim weiblichen Geschlecht postuliert. Eine wichtige intervenierende Variable könnte sein, dass Mädchen übermässig stark von sexuellem Missbrauch betroffen sind.¹⁴

Allgemein muss aber festgehalten werden, dass eher wenige Studien die Geschlechter getrennt betrachten oder überhaupt Frauen in die Stichprobe aufnehmen. Dies wurde auch in Kapitel 3 mehr als augenfällig. Es lässt sich kein abschliessendes Urteil bilden, ob ein Geschlechterunterschied hinsichtlich des suizidalen Verhaltens unter LSB besteht. So melden etwa Russell und Joyner (2001:1277-1279) sowie Wichstrøm und Hegna (2003:146-148) erhöhte Werte für Frauen aller sexuellen Orientierungen. Dem gegenüber steht etwa Plöderl (2005:130), der keine signifikanten Differenzen zwischen den Geschlechtern fand. Ebenso Savin-Williams (2001:988-989), der zu selbigem Resultat kam und feststellte, dass ein Suizidversuchsrisiko für beide Geschlechter unter LSB gegenüber Heterosexuellen stark erhöht ist (Männer 10 mal mehr, Frauen 2 mal mehr). Bontempo und D'Augelli (2002:368-370) fanden gar erhöhte Suizidalitätswerte für homo- und bisexuelle Männer im Vergleich zu Lesben und bisexuellen Frauen. Was aber durchaus plausibel erscheint, ist, dass es bezogen auf die Risikofaktoren Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. So wiesen etwa Bontempo und D'Augelli (2002:368-371) für vier von sieben Risikofaktoren – Viktimisierung, Schulschwänzen aus Angst, Alkoholmissbrauch und Drogenmissbrauch – signifikant erhöhte Werte für Schwule und Bisexuelle aus. Bei Russell und Joyner (2001:1277-1279) wurde das Ergebnis für die Viktimisierung bestätigt, für Alkoholmissbrauch waren die Werte der LSB vergleichbar. Bei anderen Risikofaktoren wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Homo- und Bisexuellen festgestellt. Für die psychische Gesundheit konnte Dennert (2006:566-567) gewisse Unterschiede bezgl. Lesben und

¹⁴ Wunderlich weist in ihrer Untersuchung – ohne Unterscheidung der sexuellen Orientierung – für Jugendliche aus, dass Suizidentinnen neun mal häufiger sexuellen Missbrauch oder Vergewaltigung erlebten (Wunderlich 2004:83).

Schwule mittels europäischen Studien nachweisen. Somit sind etwaige Einflüsse von biologischem Geschlecht und Gender aufgrund der gemischten Evidenz nicht klar zu beantworten.

4.2.1.3) Sonstige individuelle Einflüsse: Identität und Sexualverhalten

Nebst soziodemographischen bzw. psychischen und physischen Risikofaktoren gibt es auch noch andere individuelle Einflüsse, die für homo- und bisexuelle Personen die Möglichkeit suizidalen Verhaltens beeinflussen können. Zwei Problemfelder seien dazu erläutert: das Coming-out und das Sexualverhalten.

Wie bereits kurz erwähnt, wird für das Coming-out von verschiedenen Phasen des Sich-Abgrenzens von der heterosexuellen Identität gesprochen. Lebson (2002:110-112) ging dabei von einem Modell in drei Schritten aus. Diese beinhalten fließende Wechsel und sind kaum einheitlich. In der ersten Etappe kommen in der Pubertät („early adolescent years“) Gefühle einer Homo- oder Bisexualität auf. Danach folgt ein Kampf um eine Integration der Gefühle im Umfeld von gesellschaftlicher Wahrnehmung und Selbstverleugnung dieser Tendenzen. Zweifel, Ablehnung und sich in Frage stellen, stehen hier im Zentrum. Als Drittes erfolgt die Selbstanerkennung der Normabweichung. Es beginnt ein Verschmelzen der Emotionen und Sexualität. Hierbei ist entscheidend, dass diese Entwicklung bis zum Ende erfolgreich durchlaufen wird. Geschieht dies nicht oder ist ein Schritt zu überwältigend, so können Gefühle der Unordnung, des Selbsthasses und Identitätslosigkeit auftreten. Diese Folgen lassen sich auch mit dem Minderheiten-Modell von Allport (1954) erklären. Jener untersuchte die Identitätsentwicklung von Minderheiten, die Vorurteilen ausgesetzt sind, wobei er nicht spezifisch LSB berücksichtigt hatte (Lebson 2002:111, nach: Allport 1954). Lebson geht davon aus, dass die soziale Umgebung die persönlichen Charakteristika von Angehörigen einer Minorität beeinflusst und formt. Diese entwickeln Problemlösungsverfahren, mit welchen die Viktimisierung und Diskriminierung bekämpft werden soll, wobei diese Mittel auch Unsicherheit, Rückzug, Selbsthass, emotionale Labilität und ein extremes Bild – entweder positiv oder negativ – vom Status der Zugehörigkeit zu einer Minderheit, beinhalten.

Sehr naheliegend ist, dass auch ein erfolgreiches Coming-out zu Problemen führen kann. Für die mentale Gesundheit ist ein klares Bekenntnis zu seiner eigenen sexuellen Orientierung sowohl gegen Innen als auch gegen Aussen sehr vorteilhaft (Paul et al. 2002:1342-1344). Aber die Offenheit kann auch zu Gewalt, Belästigung, Ausgrenzung und permanentem Stress führen. Damit treten viele psychische Probleme auf, die wiederum Gedanken an Suizid oder den Versuch, sich zu suizidieren begünstigen. Paul et al. (Ebd.) stellen auch Parallelen zwischen einem sinkenden Alter des Coming-outs und einer erhöhten Suizidrate bei Menschen unter 25. Jahren her. Sie kommen zum Schluss, dass die verstärkte Präsenz der „Gay Community“ zu einem früheren Coming-out führe und die Möglichkeiten für sich selbstidentifizierte Schwule, Lesben oder Bisexuelle erweitere. Aber es wird angenommen, dass für Jugendliche das Risiko der Viktimisierung steige und sie von gewisser sozialer Unterstützung abschneiden würde.

Diese Befunde lassen sich teilweise für die Schweiz und das deutschsprachige Ausland bestätigen. Altersmässig wird der Entwicklungsprozess für adoleszente Männer von Cochand und Singy (2001:15-17) für die Schweiz folgendermassen angegeben: Im Mittel erfolgen die ersten gleichgeschlechtlichen Gefühle mit 12.9 Jahren, mit 16.6 Jahren die Identifikation als homosexuell und mit 17.1 werden die ersten sexuellen Erfahrungen mit Männern gemacht. Häusermann und Wang (2003:13) berichten nur von den ersten homosexuellen Gefühlen, welche konsistent mit Cochand und Singy (2001) zwischen 12 und 13 Jahren auftreten. Aber sie weisen darauf hin, dass die Mehrheit sich mit 22 Jahren vor dem Umfeld geoutet haben.

Für Österreich sind die Ergebnisse um einiges detaillierter. Plöderl (2005:179-184) wies nach, dass das Alter der Bewusstwerdung der sexuellen Orientierung für Männer (18 Jahre) niedriger war als für Frauen (20.88 Jahre). Dabei zeigte sich auch ein Kohorteneffekt, der die Vermutung von Paul et al. (2002) bestätigt: Je älter die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung waren, desto später geschah ihr Coming-out. Aber dieser Effekt gilt eigentlich nur für Frauen, bei den Männern ist das Alter des Eingeständnisses der Homo- bzw. Bisexualität in allen Altersgruppen etwa gleich. Auch beim Alter des Coming-outs waren die Männer jünger als Frauen (22.06 zu 23.8 Jahren). Bei den sexuellen Erfahrungen ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern noch grösser (Männer mit 18.56 Jahren zu 23.97 Jahren bei Frauen). Als Erklärung für die bedeutenden Differenzen zwischen Frauen und Männern, sieht Plöderl (ebd.), dass Frauen einer stärkeren gesellschaftlichen Erwartung unterstehen, eine heterosexuelle Partnerschaft einzugehen und somit dem sozialen Druck nachzugeben. Auffällig ist bei dieser Studie, dass keine erhöhte Suizidalität für Personen, welche in jüngeren Jahren ihr Coming-out hatten, festgestellt wurde (Ebd.:251). Hingegen konnte bezüglich Suizidalität und Coming-out der Bericht der Berliner Senatsverwaltung (1999:66-79) gewisse Probleme aufzeigen. Darin wurde nach Herausforderungen der jugendlichen Homo- und Bisexuellen gefragt, wobei geschlussfolgert wird, dass viele in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Coming-out stehen. Auf den Zeitpunkt bezogen, hatten 58% der Frauen vor dem inneren Coming-out versucht sich zu töten, 16% im gleichen Jahr und 16% erst später. Bei den männlichen Jugendlichen beging jeder fünfte Suizident vor dem Coming-out einen Versuch, 1/3 tat es im selben Jahr und 40% danach. Diese Einflüsse der Identitätsentwicklung

und des inneren und äusseren Coming-outs müssen als eine zentrale Erklärungsvariable für suizidales Verhalten berücksichtigt werden, wie auch später (4.2.2.1) noch zu sehen ist.

Auch das Sexualverhalten und das Auftreten von HIV/AIDS werden öfters genannt. Botnick et al. (2002:4-6) zeigen in ihrer Studie über die Determinanten von Suizid, dass junge Männer (Durchschnittsalter 26-27 Jahre), die einen Suizidversuch unternommen haben, im Vergleich zu denen, die es nicht taten, signifikant öfter für Sex bezahlten (Ja-Anteile: 31.3% zu 14.6%) und zu sexuellen Handlungen in ihrem Leben gedrängt bzw. gezwungen wurden. Wobei bei der Berechnung einer multiplen Regression die beiden Variablen (forcierte sexuelle Erlebnisse und bezahlter Sex) keinen Teil der Varianz mehr erklären. Die Rolle eines riskanten Sexualverhaltens als eine Art Selbstverletzung oder indirekten Suizid wurde ebenso untersucht. In einer aktuellen Studie (Scourfield et al. 2008:332-333) wurde dieses riskante Verhalten von TeilnehmerInnen einer qualitativen Studie angesprochen. Dabei wurde eine Verbindung zwischen psychischer Gesundheit, sexuellem Risikoverhalten und Selbstverletzung hergestellt. Eine lesbische Teilnehmerin berichtete von sexuellen Handlungen mit Männern als eine Selbstbestrafung. Aber auch ein anderer Teilnehmer berichtete von einer Frau, die ihr Unglück mit einer erhöhten Promiskuität mit PartnerInnen beider Geschlechter auslebte. Dieser gehäufte Partnerwechsel und das Unglücklichsein scheinen verbunden zu sein. Die Autoren nehmen an, dass dieses sexuelle Selbstverletzen gleichwohl bei Männern auftritt. In Bontempos und D'Augellis Arbeit (2002:368-371) wird für das sexuelle Risikoverhalten¹⁵ ein erhöhter, signifikanter Wert für LSB ausgewiesen. Cochand und Singy (2001) untersuchten ebenfalls einen allfälligen Zusammenhang zwischen einem vorgenommenen Suizidversuch und sexuellem Risikoverhalten unter homo- und bisexuellen Männern.¹⁶ Dabei fanden sie keine Korrelation der beiden Variablen, aber auch keinen Zusammenhang mit dem HIV-Status. Lebson (2002:114, nach: Siegel und Meyer 1999) zeigten, dass Suizidgedanken und -versuche mit einem positiven HIV- oder AIDS-Befund zusammenhängen. Paul et al. (2002:1340-1342) konnten nur einen signifikanten Zusammenhang für Suizidgedanken feststellen, bei den Versuchen unterschieden sich HIV-positive nicht von HIV-negativen Menschen.

4.2.2) Mikro- und Makrosystem

In ihrem vierdimensionalen Modell weist Wunderlich (2004:63-67) als letzte Kategorie von Risikofaktoren noch die „familiären Bedingungen“ auf. Hierin sieht die Autorin die Familienkonstellation, physischer und sexueller Missbrauch und die Kommunikationsstruktur als relevante Einflüsse an. Für erstgenannte steht der Begriff „broken home“ im Vordergrund. Höchst wahrscheinlich ist aber nicht der Zustand des „broken home“ für Suizidalität, sondern das Fehlen von Liebe, Anerkennung und Geborgenheit dafür verantwortlich. Ein weiterer Punkt ist das „Modellernen,“ bei welchem Jugendliche das

¹⁵ Bontempo und D'Augelli (2002:365-366) definieren sexuelles Risikoverhalten mit zwei Fragen. Diese bezogen sich auf den letzten Geschlechtsverkehr. Dabei wurde nach der Verhütung mit Kondom sowie dem allfälligen vorherigen Alkohol- oder Drogenkonsum gefragt.

¹⁶ Gemäss Cochand und Singy (2001:43) beinhaltet ein risikohaftes Sexualverhalten ungeschützten Geschlechtsverkehr (anal wie vaginal) sowie die Berührung von Sperma mit dem Mund in den letzten 6 Monaten.

Problemlöseverhalten der Eltern kopieren. Hierbei ist das suizidale Verhalten der Eltern von Bedeutung. Da bei einem physischen oder sexuellen Missbrauch der Täter oder die Täterin oftmals in der Familie vorzufinden ist, lässt sich solch einer unter die familiären Bedingungen subsumieren. Für Opfer von sexueller Gewalt sind schwere mentale und körperliche Schäden oftmals die Folge eines Missbrauchs. Frauen werden viel öfter Opfer als Männer und dies teilweise in zweifacher Hinsicht; durch den primären Schaden der Tat und den darauf folgenden, sekundären Schaden durch das Verhalten der Umwelt auf die Tat, wobei ihnen oftmals die Opferrolle abgesprochen wird. Missbrauchte und misshandelte Kinder sowie Jugendliche verfügen gehäuft über autoaggressive Tendenzen, sprich sie richten die Wut gegen sich, was zu einem suizidalen Akt führen kann. Wunderlich (Ebd.) weist auch daraufhin, dass es nicht *die* Suizidfamilie gibt, sondern es ist meist eine langandauernde Problemgeschichte mit verschiedenen Ereignissen die einem (versuchten) Suizid vorangehen.

Nebst diesen familiären Bedingungen sind aber noch Einflüsse des Umfelds und der Umwelt von Bedeutung. Bei Evans et al. (2004:967-968) wird, unspezifisch für alle Adoleszenten, noch von Bildung und sozialen Faktoren gesprochen. Darunter werden die schulische Leistung, die Beziehungen zu MitschülerInnen, die soziale Unterstützung und die Freizeitaktivitäten verstanden. Spezifisch für homo- und bisexuelle Jugendliche sieht Lebson (2002:112-113) verstärkend noch folgende Problemfelder: „Gender Nonconformity“ sowie negative Reaktionen von Familie und Umfeld wegen der sexuellen Orientierung. Gerade letzterer Punkt die „socio-environmental Factors“ wie Stress und Kommunikationsschwierigkeiten mit Gleichaltrigen sind von grosser Bedeutung. Dabei steht die (internalisierte) Homophobie im Vordergrund, welche zu Quälen (Bullying), Missbrauch und Viktimisierung der adoleszenten LSB führen kann.

Unten soll dieser Bereich des Mikro- und Makrosystem auf zwei grob abgegrenzte Bereiche beschränkt werden, wobei Überlappungen unvermeidlich sind. Für das Mikrosystem soll der Genderspekt berücksichtigt. Danach wird der Themenkomplex von Homophobie, Viktimisierung und Schule näher betrachtet werden, während an dritter Stelle das Umfeld und die familiären Bedingungen von Bedeutung sind. Zu guter letzt folgen noch verschiedene Faktoren wie die Kultur und Umwelt, was auf der Ebene des Makrosystems anzusiedeln ist.

4.2.2.1) Mikrosystem: genderatypisches Verhalten, Viktimisierung und Homophobie

Für das Mikrosystem sehen Morrison und L'Heureux (2001:42-44) die vier bereits kurz angesprochenen Problembereiche. So ist von Bedeutung, worüber in der Schule gesprochen wird, was sich direkt auf die Akzeptanz von Homo- und Bisexuellen auswirken kann. Die Homophobie und der Heterosexismus sind im ganzen Mikrosystem omnipräsent, wobei die Schule und die Familie für die Jugendlichen am Wichtigsten sind, weil sie dort den Grossteil ihrer Zeit verbringen. Die stereotypen Vorstellungen von Geschlechterrollen können bei atypischem Geschlechterverhalten zu Problemen führen. Für den Mangel an sozialer Unterstützung lässt sich ebenso ein erhöhtes Risiko für Problemverhalten voraussagen.

Der Zusammenhang der Geschlechterrolle (Gender) und der Suizidalität wird vermehrt untersucht. In der Psychologie wird Gender oftmals mit dem „Bem Sex Role Inventory“ gemessen (Fitzpatrick et al. 2005.:36-37). Das typische Verhalten der Frau wird bei diesem Test als emotional, abhängig, herzlich und nachgiebig definiert. Jenes des Mannes gilt als analytisch, durchsetzungsfähig, dominant und konkurrenzfähig. Im Test werden auch noch androgyn und cross-gender (Verhaltensaspekte des anderen biologischen Geschlechts) erfasst.

Fitzpatrick et al. (2005) testeten, ob Gender als erklärende Variable zwischen sexueller Orientierung und suizidalem Verhalten wirken kann. Ihre Resultate bestätigen die Annahme, dass bei LSB signifikant mehr Personen zu finden sind, die cross-gender sind (51% zu 23%) (Ebd.:38-41). Es konnten für Leute, die sich genderatypisch verhalten, auch erhöhte oder sogar signifikante Werte für viele Risikofaktoren nachgewiesen werden, so auch für Suizidalität. Dabei werden von den AutorInnen v.a. die niedrigere Akzeptanz durch die Peergroup und die tiefere soziale Unterstützung als Erklärung für den Suizid, bei Personen, die nicht den Erwartungen ihrer Geschlechterrolle entsprechen, angeführt. Nicht die sexuelle Orientierung, sondern die Gender Variable erklärt den grössten Teil der Varianz in der Suizidalität. Interessanterweise konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlechtsrolle und sexueller Orientierung gefunden werden, d.h. die Kombination beider bedeutete kein grösseres Suizidalitätsrisiko als eine Variable alleine. Für diese Ereignisse muss aber auch der sehr kleine, homogene Datensatz (n=77, Studierende) hinterfragt werden. In einer Studie, die ein Jahr später veröffentlicht wurde, kamen Friedman et al. (2006:621-623) zu vergleichbaren Schlussfolgerungen, wobei bei ihnen die Beziehung von cross-gender, Quälungen, sozialer Support und Suizidalität bei männlichen Homo- und Bisexuellen (18-25 Jahre, n=69) im Mittelpunkt standen. Aufgrund des geschlechtstypischen Verhaltens wird oftmals davon ausgegangen, dass dies bei Jugendlichen – egal welcher sexuellen Orientierung – zu verstärkter Viktimisierung durch MitschülerInnen führt. Mittels einer Pfadanalyse kann diese Vermutung bestätigt werden. Es handelt sich aber nur um einen kleinen Effekt. Jugendliche Männer, die als „weiblich“ wahrgenommen werden, sind suizidgefährdeter, wobei das Quälen als ein Mediator zwischen den beiden Variablen fungiert. D’Augelli et al. (2005:10-12) konnten diese Tendenzen bestätigen und zeigen, wie stark genderatypisches Verhalten sich auf suizidale Handlungen auswirkt. Dabei stand der Umgang der Eltern mit diesem Verhalten im Vordergrund, wobei in der Adoleszenz eine Abweichung weniger geduldet wird als in der Kindheit. In einer Stichprobe aus Österreich liess sich für schwule Männer in ihrer Schulzeit nachweisen, dass jene, die einen Suizidversuch begangen hatten, verstärkter auf ihre Femität angesprochen wurden (Faistauer und Plöderl 2006:39). Mit dem Genderaspekt, dem Quälen und dem Schulumfeld wurden bereits bedeutende Einflüsse des nächsten Abschnittes angeschnitten. Im Folgenden sollen die Einflüsse von Viktimisierung, Homophobie und Gewalt erläutert werden.

„Whether in the family, in the school or on the streets, gay and bisexual youth confront heterosexism and homophobia in their day-to-day lives“ (Zit. nach: Botnick et al. 2002:7).

Mit Bontempo und D’Augelli (2002:364-365) lässt sich die Thematik der Homophobie, der Gewalt und der Viktimisierung adäquat zusammentragen. So wurde nachgewiesen, dass internalisierte Homo-

phobie, Stigma,¹⁷ Diskriminierungserfahrungen und Gewalt Stressoren für LSB sind. Davon lässt sich eine spezifische Herausforderung für Homo- und Bisexuelle ableiten („gay-related Stress“), welche Probleme rund ums Coming-out, die Entdeckung der Nichtheterosexualität oder das Drangsalieren wegen der sexuellen Orientierung beinhaltet. Zusätzlich sind externe Stressoren von Bedeutung für LSB, etwa physischer und psychischer Missbrauch. Viktimisierung lässt sich als Mediator zwischen sexueller Orientierung und Suizidalität bestätigen. Es wurde gar vermutet, dass eine Viktimisierung aufgrund der sexuellen Orientierung prädiktiv für psychische Probleme, Drogenmissbrauch und sexuelles Risikoverhalten, zusätzlich zur Suizidalität ist. Es leiden zwar alle Jugendlichen an der Viktimisierung aufgrund einer tatsächlichen oder unterstellten Homo- oder Bisexualität, aber LSB sind hiervon stärker betroffen. Auch heterosexuelle Männer werden Opfer von Homophobie, da jede Intimität mit Männern sofort als Homosexualität ausgelegt wird (Plöderl 2005:45-46).

Diese Anfälligkeit erklären Russell und Joyner (2001:1277-1279), so dass LSB selbst verwirrt sind wegen ihrer sexuellen Orientierung, wenig Informationen über Homo- und Bisexualität haben oder einfach nicht über die entsprechenden Problemlösungsverfahren verfügen (Bontempo und D'Augelli 2002:364-365). Der Einfluss des Stresses wegen antihomosexueller Viktimisierung und des Coming-outs hat sowohl direkten als auch indirekten Einfluss auf die Suizidalität (Paul et al. 2002:1338-1339). Erstens kann er emotionales Leiden hervorrufen, was bei Adoleszenten genügt um einen Suizid zu erwägen und zweitens ist der Stress verbunden mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, Substanzmissbrauch und Stimmungsschwankungen, die eine Anfälligkeit für Suizid verstärken. Aufgrund der vermehrten Stigmatisierung und Viktimisierung erfahren LSB mehr psychisches Leid. Dieser gesellschaftliche Stress wird aber nicht immer durch Unterstützung gedämpft. Teilweise treten negative Erfahrungen wegen der sexuellen Orientierung oder gar ein Verheimlichen jener in den Familien auf. Da den Jugendlichen keine Problemlöseverfahren bekannt sind und die Lebenserfahrung meist fehlt, sind LSB geschwächt.

Bontempo und D'Augelli (2002:371-373) konnten in ihrer Arbeit drei Hypothesen bestätigen. So ist die Viktimisierung in der Schule bei SchülerInnen, die lesbisch, schwul, oder bisexuell sind überproportional hoch. Als zweites wurde geschlossen, dass jene, die kaum in der Schule leiden, bezüglich Risikoverhalten den Heterosexuellen sehr ähnlich sind. Die letzte Prämisse besagt, dass die jugendlichen Homo- und Bisexuellen, die unter einer starken Viktimisierung leiden, ein stärkeres Risikoverhalten (Schulschwänzen, Zigarettenkonsum, Drogenkonsum, sexuelles Risikoverhalten und Suizidversuche) aufweisen, als ihre heterosexuelle Peergroup. Dabei wurde fast für alle Risikofaktoren eine Geschlechterdifferenz festgestellt, wobei die Männer gefährdeter sind.

Der Einfluss antihomosexueller Erfahrungen auf Jugendliche wurde auch in einer Kohortenuntersuchung nachgewiesen (Paul et al. 2002:1342-1344). Für Personen, die vor dem 25. Lebensjahr einen

¹⁷ Stigma bedeutet hier, „eine [...] negative Bewertung von homosexuellen Menschen auf kulturell/gesellschaftlicher Ebene [...]“ (Plöderl 2005:46 zit. nach Goffman 1963/2001).“

Suizidversuch begingen, waren u. a. wiederholte antihomosexuelle Erfahrungen vor dem 17. Lebensjahr 2.88 mal höher (OR 2.88, 95% Konfidenzintervall, 0.90, 9.16) als bei den älteren Suizidentinnen und Suizidenten. Für die Schweiz haben Häusermann und Wang (2003:26), unspezifisch, Gewalterfahrungen der Testpopulation (adoleszente und erwachsene homo- und bisexuelle Männer) ausgewiesen, wobei 80% in ihrem Leben, bzw. 35% in den letzten 12 Monaten bereits Gewalterfahrungen ausgesetzt waren.

Viele Studien konnten zeigen, dass insbesondere die Schule für (angenommene) homo- oder bisexuelle Jugendliche ein Ort der Viktimisierung ist (Goodenow et al. 2006:574). Dabei stehen Gewalterfahrungen, Quälungen oder das Fernbleiben des Unterrichtes aus Angst im Mittelpunkt. Der Einfluss solcher Diskriminierungen wirkt auch ausserhalb der Schule. In der Folge können gar Depressionen, Angstzustände oder Suizidgedanken bzw. -versuche auftreten. Goodenow et al. (2006:580-583) führten eine logistische Regression mit SchülerInnen zweier Staaten für die Suizidalität durch. Dabei erklärten die schulische und die persönliche Viktimisierung einen Teil der Varianz für jeden Aspekt des suizidalen Verhaltens. In der bereits oben erwähnten Studie zeigten Friedman et al. (2006:621-623) das Zusammenspiel von geschlechtsatypischen Verhalten, Quälen (Bullying) und sozialer Unterstützung mit der Suizidalität auf. Mittels einer Pfadanalyse konnte gezeigt werden, dass das Viktimisierung auf allen Schulstufen (Elementary-, Middle- und High-School) Varianz erklärt bezüglich eines suizidalen Verhaltens und der Feminität. Das heisst, eine mangelnde Maskulinität eines jugendlichen Mannes scheint in Quälungen durch MitschülerInnen zu münden, welche wiederum das Suizidrisiko erhöhen.

Für Österreich liegt eine Studie über Schwule in der Schule vor (Faistauer und Plöderl 2006:13-15). Darin wird auch darauf aufmerksam gemacht, dass „schwul“ bereits in der Volksschule ein alltägliches Schimpfwort ist und als etwas Ablehnendes verstanden wird. Mangelnde Aufklärung und Offenheit sowie die institutionelle Duldung von solchen Diskriminierungen festigen dieses Bild noch unter den Kindern und Jugendlichen. Stellen Kinder dann fest, dass sie nicht heterosexuell sind, geraten sie in eine Minderheitenrolle. Dadurch können sie Opfer von Homophobie werden. Wobei dies wie gesehen eng mit den Geschlechterrollen zusammenhängt. Die beiden Autoren untersuchten in einer retrospektiven Befragung zur Schulzeit den Einfluss der Schule auf das suizidale Verhalten (Ebd.:35-39). Hierbei wurde festgestellt, dass die Suizidversuchsrate bei Teilnehmern mit homophoben Diskriminierungserlebnissen durch MitschülerInnen etwa doppelt so hoch ist, wie jene ohne solche Erlebnisse (27% zu 13%). Diejenigen, die bereits diskriminiert wurden, „[...] sahen die Schule knapp nicht signifikant häufiger als Haupt- oder Mitgrund für den Suizidversuch im Vergleich zu jenen ohne solche Diskriminierungserlebnisse [...]“ (Ebd. S.38). Wird bei allen, die sich töten wollten (n=82), nach der Schule als Haupt- oder Mitgrund für einen Versuch gefragt, so spielte nur in 56% der Fälle die Schule gar keine Rolle. Mit Rücksicht auf die geringe Fallzahl derjenigen, die einen Versuch begingen, wird hier die Rolle der Schule als Hort der Diskriminierungen und als ein (Mit-)Grund für einen suizidalen Akt ersichtlich.

Für lesbische, schwule und bisexuelle SchülerInnen ist aber auch die soziale Unterstützung, sei es in der Schule, durch die Peergroup, die LehrerInnen, Betreuende oder in der Familie von grossem Einfluss. Für die Schulen bewerten Goodenow et al. (2006:583-586) die Rolle von solchen „support groups“ nebst anderen schulischen Faktoren. Unbestrittenes Resultat ist, dass der schulische Kontext einen grossen Teil des suizidalen Verhaltens von Jugendlichen erklärt. In der Studie werden verschiedene Schulen verglichen, wobei festgestellt wird, dass das Fehlen von „support groups“ und einer erwachsenen Ansprechperson Risikofaktoren sind. Dieser Einfluss der sozialen Unterstützung wurde noch in anderen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht. So die bereits mehrfach erwähnte Pfadanalyse (Friedman et al. 2006:621-623). Hierbei konnte das Suizidalitätsrisiko mit der Unterstützung durch MitschülerInnen und die Familie gesenkt werden. Die Bedeutung des sozialen Supports wird auch von Botnick et al. (2002:4-7) gezeigt. Diese können für homo- und bisexuelle Männer (26-27 Jahre im Durchschnitt), die einen Suizidversuch begingen, einen signifikanten Unterschied bezüglich sozialer Unterstützung aufzeigen (IES Social Support Scale: Median 61 zu 52). In der multiplen Regression erklärt jene immerhin noch einen Teil der Varianz. Auch für Leute die cross-gender sind sowie die LSB selbst konnten Fitzpatrick et al. (2005:39-41) niedrigere Werte für die Familienunterstützung finden. Gemäss der Studie Santé Gaie (Häusermann und Wang 2003:17) sind ¼ der befragten Männer mit ihrer sozialen Unterstützung nicht zufrieden, einsam fühlten sich bereits 63% mindestens einmal in ihrem Leben. Unterstützung finden viele besser bei ihren Freundinnen und Freunden als bei den Familien.

Doch nicht nur die soziale Unterstützung ist von Bedeutung, auch andere Einflüsse aus dem Umfeld sind zu berücksichtigen. Nebst der Isolation durch die mangelnde Unterstützung sowie die homophoben Reaktionen des Umfeldes sehen die TeilnehmerInnen einer qualitativen Studie noch die Auswirkungen des Coming-outs auf die Familie als eine Erklärung für einen Jugendsuizid bei LSB (Scourfield et al. 2008:334-335). Sprich: eine negative Reaktion der Familie kann suizidales Verhalten fördern. Für die Westschweiz haben Cochand und Singy (2001:21-23; vgl. Plöderl 2005:257-258) gezeigt, dass v. a. die Eltern mehr Mühe als andere soziale Gruppen mit einem Coming-out der Kinder haben. So verfügen 38.2% der Väter, 28% der Mütter, 12.9% der Geschwister, 9.8% des Gesundheitspersonals, 4.3% der ArbeitskollegInnen und 2.1% der heterosexuellen FreundInnen über eine ablehnende Haltung bezogen auf die Homosexualität. Zwei weitere Resultate zu den Variablen sexueller Missbrauch und Suizid im Familienkreis seien noch angefügt. Schwule und bisexuelle mit mindestens einem Suizidversuch (Median 26-27 Jahre) wurden in der Jugend häufiger sexuell missbraucht als Männer ohne Suizidversuch (unter 12 Jahren 26.9% zu 13.7%; von 12-17 Jahren 23.9% zu 7.6%; über 18 Jahre 20.9% zu 14.4%) (Botnick et al. 2002:4-7). Russell und Joyner (2001:1277-1279) gehen der Frage des Einflusses eines Suizides im Umfeld (FreundInnen und Familienmitglieder) nach. Dabei waren die Werte der homo- und bisexuellen Jugendlichen für beide Geschlechter höher als die der heterosexuellen. Wobei Mädchen mehr Suizid(versuche) von FreundInnen erlebten und Knaben vermehrt mit Suizid(versuchen) von Familienmitgliedern konfrontiert waren. Die Gründe für diese Differenzen sind unklar.

Im Mikrosystem wurden verschiedene Themen behandelt. Omnipräsent ist hierbei die Homophobie; sie wirkt sich auf Gewalt, Missbrauch und die mangelnde Unterstützung direkt aus und erhöht somit das Suizidrisiko. Wobei v. a. der schulische Kontext – nebst Familie und Umfeld – für die Adoleszenten ein Hort des Schutzes und Risiko darstellen kann, verbringen sie doch sehr viel Zeit in der Schule.

4.2.2.2) Makrosystem: Kultur, Binarität der sexuellen Orientierung

Nach den Risikofaktoren im Mikro- folgen nun jene im Makrosystem. Dabei stehen kulturelle und umweltspezifische Einflüsse im Vordergrund. In der bereits angesprochenen Unterteilung von Morrison und L'Heureux (2001:44-45) werden der Einfluss der Massenmedien, die Nichtdiskriminierungspolitiken an Schulen und in der Gesellschaft sowie der sozietale Druck, das Coming-out zu verhindern, erwähnt. Der Einfluss der Nichtdiskriminierungspolitiken wird im Abschnitt zu den Schutzfaktoren behandelt und für die restlichen beiden Variablen wurden keine Studien gefunden bzw. hinzugezogen. Es stehen andere Dinge im Zentrum, die auch einen Einfluss haben können.

So zum Beispiel die kulturelle Akzeptanz, sprich die Tolerierung von Suizid als Lösung, welche ein suizidales Verhalten verstärken könnte (Scourfield et al. 2008:334-335). Es gibt Vermutungen, dass es insbesondere kulturelle Faktoren (soziale Skripts und Bewertungen) seien, die eine Wahrscheinlichkeit auf Probleme mittels Suizid zu reagieren, erhöhen würden (Cato und Canetto 2003:497-499). So ist es möglich, dass in gewissen Ländern toleriert wird, wenn sich Witwen umbringen, aber für alle anderen Gruppen dies verpönt ist (Indien). Diese kulturellen Skripts (cultural scripts) bilden die spezifischen Formen ab, wie ein suizidales Verhalten typischerweise in einer Kultur auftritt (wer, warum und wie). Die Möglichkeiten, welche sich dem Individuum stellen, werden durch diese Muster beeinflusst. Des Weiteren sind Zeichen sichtbar, dass etwa bei physischen Krankheiten eine Selbsttötung tolerabler ist. Die Befunde, ob suizidales Verhalten bei Mann und Frau anders beurteilt wird, sind widersprüchlich. Aber allgemein sind Frauen beim Bewerten dieses Verhaltens negativer eingestellt. Im Jahr 2000 wurde eine Befragung von jugendlichen Homo- und Bisexuellen durchgeführt, wobei Suizid von ihnen als unvermeidbar, als eine Art Ritual beschrieben wurde (Ebd.:499, nach: Russell et al. 2000:80). Die Autoren schlossen gar, dass manche Jugendliche sich unwohl fühlen würden, begängen sie keinen Versuch.

Cato und Canetto (2003:502-504) verifizierten in ihrer Studie diese Ergebnisse nicht, aber sie untersuchten auch die Bewertung von Suizid in einer fast zu 97% heterosexuellen Population (Durchschnittsalter 20 Jahre). Bei dieser Arbeit war die Fragestellung zentral, wie ein suizidales Verhalten nach einem Coming-out, das bei den Eltern zu negativen Reaktionen führte, im Vergleich zu anderen Gründen betrachtet wird. Dabei wurde nur eine körperliche Krankheit als Grund akzeptiert, ein suizidales Verhalten nach einem Coming-out wurde als ungesund und schwach bewertet. Es scheint, dass solch ein Verhalten innerhalb der Jugend nicht toleriert ist. Andere Ergebnisse waren, dass das Geschlecht der suizidalen Person keine Rolle spielte, Männer bewerteten eine solche Tat weniger negativ und androgyne Personen urteilten am Negativsten. Diese kulturellen Beurteilungen von suizidalem Handeln müssen für die vorliegende Arbeit immer wieder in Betracht gezogen werden.

Ein letzter makrosystemischer Aspekt sei noch erwähnt; der Einfluss der fixen Binarität der sexuellen Orientierung. Cover (2005) tritt für ein neues Konstrukt der sexuellen Orientierung ein. Dabei postuliert er ein Modell einer amorphen, konstruierten und beweglichen sexuellen Identität (Ebd.:86-96). Oftmals würde in der Forschung von einem natürlichen vorgegebenen und zeitlosen binären Zustand ausgegangen. So existiert nur homo- (gay) oder heterosexuell (straight) sowie bisexuell, welches dazwischen liegt oder als eine Art Experimentierfeld diene. Er entwickelt dabei ein Modell, dass auch die bisherigen Annahmen der Suizidalitätsforschung überdenkt. So argumentiert Cover, dass es keinen logischen Grund gibt, dass Suizid und die sexuelle Orientierung korrelieren, noch einen Hinweis, dass dies exklusiv ist. Suizide auf Grund der Sexualität sind nicht identischerweise solche von LSB. Am Ende seiner Arbeit führt er noch ein Beispiel an, bei welchem die Binarität und nicht die sexuelle Orientierung eine Rolle spielte (Ebd.:97-98). Cover interpretiert einen Fall eines 14-jährigen Jungen. Jener wurde von seinem Umfeld positiv aufgenommen und von der Familie wie von einem Therapeuten als homosexuell beschrieben. Die soziale Unterstützung war beträchtlich und es wurde ihm geholfen. Es wurden keine Hinweise auf einen Zusammenhang mit Homophobie gefunden, aber er wollte nicht zum Therapeuten und mit homosexuellen FreundInnen über seine Sexualität reden. Hier nimmt Cover an, dass der Knabe vermutlich keine binäre sexuelle Vorstellung hatte und diese, aufgrund des dualen Verständnisses im Umfeld, gar nicht verstanden werden konnte. Letzteres hat ihm eine Sexualität erschaffen und dabei auf das „Label“ Homosexualität „reduziert.“ Der Suizid des Jungens, könnte also mit dieser Reduktion auf etwas was für ihn nicht so eindeutig definierbar war im Zusammenhang stehen. Dieses „Doing Sexuality“ kann durchaus gefährlich sein und muss als kultureller Risikofaktor in Betracht gezogen werden.

Nach dem nun die Risikofaktoren behandelt wurden, soll anschliessend auf die Schutzfaktoren eingegangen werden, die teilweise bereits angesprochen wurden.

4.3) Schutzfaktoren

Die Aussage von Fenaughty und Harré (2003:4-5), dass über die Schutzfaktoren weniger geforscht wird als über Risikofaktoren, trifft noch immer zu. Als mögliche Faktoren werden – von den beiden –

hierbei die soziale Integration und Unterstützung, die Akzeptanz, die frühe, ausgewogene schulische Thematisierung, positive Rollenmodelle für homo- und bisexuelle Menschen und ein hohes Selbstbewusstsein vorgesehen. In acht Interviews wurden diese Bereiche besprochen, dabei wurden folgende Resultate erzielt (Ebd.:8-16): *Positive Stereotypen und Repräsentation* in der Öffentlichkeit via Massenmedien vermögen die Unsichtbarkeit und die Isolation gewisser Jugendlicher zu reduzieren. Wichtig ist dies insbesondere für solche, die sich ihrer sexuellen Orientierung noch unsicher sind (Questioning). Durch jene positive Darstellung von LSB in den Medien, kann sich aber auch das gesellschaftliche Klima für ein Coming-out verbessern. Nicht zu vergessen wäre hierbei, dass es für Jugendliche nun Vorbilder gäbe, die im Umgang mit der eigenen sexuellen Orientierung helfen könnten. Als zweites ist die *Unterstützung und die Akzeptanz durch die Familie* wertvoll. So kann das Kind oder der/die Jugendliche lernen, dass homo- oder bisexuell zu sein etwas Positives ist. Auch Eltern, die möglicherweise unglücklich sind, aber ihr Kind nicht zurückweisen, können helfen. Insbesondere der Einfluss und die Macht der Erziehenden kann sich für ihr Kind positiv auswirken. Nebst der elterlichen Unterstützung, die für Kinder von hohem Wert ist, kann dasselbe für ein *schwulen-, lesben- und bisexuellen freundliches Klima in der Schule* gesagt werden. Speziell Supportgruppen (wie etwa schwulesBische Jugendgruppen) und die Rolle von Lehrpersonen können hierbei viel bewirken. Eine Beschäftigung mit allen sexuellen Orientierungen in einem offenen Rahmen kann die Toleranz der SchülerInnen erhöhen. Ähnlich bedeutend sind die Faktoren einer *Partizipation einer Hilfsstelle* (spezifische Schulprojekte oder Beratungsstellen). Durch die gemeinsamen Erfahrungen der Homo- bzw. Bisexualität können diese Organisationen als ein Forum dienen, in Krisensituationen eingreifen und ein positives Vorbild bieten. Die individuelle Rolle eines *hohen Selbstbewusstseins* kann durch die verstärkte soziale Unterstützung auftreten und das Individuum vor Schaden schützen. Dabei sind eine positive Selbstwahrnehmung und ein Fehlen von internalisierter Homophobie die Schlüsselwerte. Als letztes seien noch die *individuellen Problemlösefähigkeiten* (Coping Mechanisms) zu erwähnen, mittels dieser durch soziale Unterstützung und Vorbilder geprägten Strategien, kann das Suizidalitätsrisiko gesenkt werden.

In einer qualitativen Arbeit (Scourfield 2008:331-332) gaben jugendliche LSB einige Strategien an, wie mit den Herausforderungen, die sich ihnen stellen, umgegangen werden kann. Dabei wird auch auf eine „sexuelle Geographie“ (sexual geography) hingewiesen, sprich einige Orte sind für homo- und bisexuelle Menschen gefährlicher als andere. Oftmals ist gerade die Familie ein Konfliktherd. Nebst den selbstverletzenden Methoden werden zwei Strategien genannt, wie mit diesen Misslichkeiten umzugehen ist. Die erste ist die *Resilienz*, hierunter verstehen sie den Diskurs einer natürlichen sexuellen Diversifikation zu führen, um sich vor der Argumentation nicht normal zu sein zu schützen. Auch versuchen einige aktiv den Diskriminierungen zu widerstehen und dagegen anzukämpfen. Hierbei werden sie durch das Leiden noch in ihrer sexuellen Orientierung gestärkt. Aber der wichtigste Aspekt der Resilienz ist die Flucht, sprich sichere Personen und Plätze zu finden, wo die Person toleriert und akzeptiert ist. Darunter werden die Universität oder Supportgruppen sublimiert. Nebst der Resilienz ist auch eine *Ambivalenz* möglich, das heisst einige denken, dass die gleichgeschlechtliche Anziehung natürlich ist, aber die Erschaffung einer homo- bzw. bisexuellen Identität schwierig sei. Dies bedeutet

auch sich gegen den enormen Druck der heterosexuellen Norm zu konstruieren. Eisenberg und Resnick (2006:662-663) weisen darauf hin, dass adoleszente LSB keine homogene Risikogruppe darstellen. Viele verfügen über individuelle Eigenschaften oder Charakteristiken im Umfeld, die sie schützen, so würden die meisten von ihnen gesund und glücklich aufwachsen.

Diese oben erwähnten Schutzfaktoren sollen nun, falls möglich, noch mit Ergebnissen von quantitativen Berichten verifiziert bzw. falsifiziert werden. Für eine Schulbefragung 2004 in Minnesota wurde für 21'927 (davon 2'255 LSB) Adoleszente vier Schutzfaktoren (Family Connectedness, Teacher Caring, Other Adult Caring und Safe School) getestet (Eisenberg und Resnick 2006:664-667). Dabei waren die Suizidalitätswerte (Gedanken und Versuche) bei homo- und bisexuellen signifikant höher als bei heterosexuellen SchülerInnen. LSB waren bei den vier Schutzfaktoren weniger häufiger im oberen Quartil vertreten. Bemerkenswert ist, dass die Schutzfaktoren bei Berechnung von linearen Regressionen einen grösseren Teil der Varianz der Suizidalität erklärten, als die sexuelle Orientierung alleine. Wobei aber der grösste Teil der Varianz in der Studie nicht erklärt werden konnte. Die bedeutende Rolle der getesteten Schutzfaktoren wurde bestätigt. In einer Pfadanalyse liess sich der negative Einfluss des sozialen Supports auf die Suizidalität ebenso nachweisen (Friedman et al. 2006:621-623). Es wurde zwar keine Interaktionen zwischen der Unterstützung durch die Eltern und Mitschülerinnen und dem Quälen von jugendlichen (18-25 Jahre) Homo- und Bisexuellen gefunden, aber ein erhöhter Wert der Variable „soziale Unterstützung“ senkte das Suizidrisiko. Eine weitere Schulstudie (Goednow et al. 2002:583-585) testete für 202 homo- und bisexuelle Frauen und Männer den Einfluss von Supportgruppen und anderen Schulcharakteristiken, die die Sicherheit von diesen erhöhen. Dabei wurden die Hypothesen gestützt; Unterstützungsgruppen an Schulen und die Hilfe durch die Schule sind mit einer tieferen Viktimisierung bzw. einer niedrigeren Rate von suizidalem Verhalten verbunden. Einige schulspezifische Merkmale und Programme haben einen Einfluss auf die Sicherheit von LSB. Wider Erwartung werden geringere Prävalenzen von suizidalem Handeln und Viktimisierungen für Bildungsstätten festgestellt, die mehr Kinder mit tieferem Einkommen und niedrigerem Sozialstatus aufweisen, grösser und urbaner sind und eine tiefere Sicherheitsbewertung durch die Gesamtpopulation der SchülerInnen erfuhren. Homo- und bisexuelle Mädchen und Knaben waren also genau in den Schulen sicherer, die allgemein als gefährlich gelten, evtl. spielt die Grösse und die Verschiedenheit hierbei eine Rolle, welche ein Nischendasein erlaubt. Unterschiedliche Programme beeinflussten das psychische Wohlbefinden der Testgruppe. So senkten Kurse zum Thema „sexuelle Belästigung“ etwa die Viktimisierungsfälle. „Antibullying Policies“ wirkten negativ auf das Suizidrisiko.

In der Arbeit von Faistauer und Plöderl (2006:12-13) wird der schulische Kontext näher beleuchtet. Im Teil über die „Zusammenhänge zwischen Schulklima und Wohlbefinden bzw. Sicherheit“ zeigen sie, dass homosexuelle Männer weniger häufig über Suizidversuche berichten, wenn sie sich akzeptiert fühlen, sich nicht diskriminiert fühlen, gegenüber fast allen oder fast niemandem geoutet sind, weniger auf ein gendertypisches Verhalten angesprochen werden und wenn sie sich nicht wegen ihrer Homosexualität um besonders gute Noten bemühen.

Auf zwei weitere Ergebnisse sei noch verwiesen. Remafedi (2002:307-309) fand als einzigen Schutzfaktor für junge MSM, die „School Connectedness.“ Das heisst der Schulbesuch senkt die Gefahr eines Suizidversuchs. Dies bestätigt natürlich auch die erhöhte Gefahr von Schulabbrechern oder Obdachlosen. Somit kann Schulbesuch sowohl Risiko- wie auch Schutzfaktor sein, dabei spielt das Klima und die Betreuung an der Schule eine bedeutende Rolle. Diese Feststellung ist konsistent mit der Aussage von Bontempo und D’Augelli (2002:371-373), die bei geringerer Viktimisierung eine ähnliche Prävalenz von suizidalem Verhalten für hetero- wie homo- und bisexuelle SchülerInnen fanden.

Erneut kann festgestellt werden, dass die sexuelle Geographie (sexual geography) eine zentrale Rolle spielt. Nebst individuellen (Resilienz und Coping) und familiären Voraussetzungen, sind es v.a. die protektiven Einflüsse in der Schule, die zu beachten sind. Mit diesen Worten sei auf den nächsten Abschnitt verwiesen, bei welchem Kapitel 4 zusammenfassend betrachtet wird.

4.4) Fazit

Bevor zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen dieser Arbeit übergeleitet wird, gilt es die Quintessenz aus Kapitel 4 wiederzugeben. Wie gesehen ist nicht die sexuelle Orientierung der Grund für die erhöhte Suizidalität, sondern es sind Risikofaktoren, für die homo- und bisexuelle Menschen teilweise anfälliger sind oder gar die spezifisch nur bei ihnen vorhanden sind. Plöderl (2005:96-98) formuliert dazu zwei Hypothesen. Die Stresshypothese geht davon aus, dass Suizidalität und psychische Störungen deshalb bei Homo- und Bisexuellen ausgeprägter sind, weil auf sie mehr und stärkere Stressoren einwirken. Die Vulnerabilitätshypothese besagt, dass allgemeine Stressoren bei LSB stärker mit psychischen Problemen zusammenhängen. Li Kitts (2005:624-626) führt die erhöhte Suizidprävalenz auf den psychosozialen Stress zurück, welcher mit der Homo- und Bisexualität verbunden ist. Die Stressoren sind dabei etwa ein genderatypisches Verhalten, die Viktimisierung, mangelnde soziale Unterstützung, familiäre Probleme, Drogenmissbrauch usw. Trotz der gesetzlichen und medialen Änderungen im Umgang mit der Homo- und Bisexualität, werden LSB immer noch diskriminiert und viktimisiert und dies teilweise auch von den Eltern. Hier werden erhöhte Werte für LSB nach einem Coming-out oder aber jene mit einem genderatypischem Verhalten gemeldet, wobei letzteres auch für Heterosexuelle zutreffen kann. D. h. soeben erwähnte, welche sich nicht geschlechterkonform verhalten, werden ebenso vermehrt Opfer von Schikanierungen (Bullying) oder Gewalt (Scourfield et al. 2008:329-330). Gerade die Ablehnung durch Schlüsselpersonen wie die Eltern kann nach einem Coming-out bei jungen und verletzlichen Adoleszenten zu Isolation und Einsamkeit führen (Cato und Canetto 2003:497-499). Solche negativen Erfahrungen sind es, die in einem niedrigeren Selbstbewusstsein, in Stress, Gemütsprobleme, Drogenmissbrauch und Suizid münden können (Li Kitts 2005:624-626).

Aber bei alldem darf nicht vergessen werden, dass Suizidalität nicht einfach eine simple Funktion von Schwierigkeiten ist, es muss daher nicht sein, dass stärker belastete anfälliger wären (Cato und Canetto 2003:497-499). Auch Ursula Wunderlich (2004:112-113) sieht dies ähnlich und postuliert, dass

es nicht *die/den* prototypischen Suizidentin oder Suizidenten gäbe, sondern es ganz verschiedene Faktoren sind, die in unterschiedlichster Zusammensetzung zur Entwicklung von Suizid beitragen würden.

Ähnliches gilt für die Schutzfaktoren, bei welchen u.a. soziale Unterstützung, Resilienz, Problemlösungsmuster (Coping Mechanisms), schulische und kulturelle Einflüsse, welche protektiv wirken können, zu berücksichtigen sind und die ein Risiko für einen zukünftigen suizidalen Akt senken können. Wobei der Familie und der Schule, sowohl für die Schutz- wie auch die Risikofaktoren, eine Schlüsselrolle zukommt.

Im Anschluss folgen die Implikationen aus den hier präsentierten Zusammenhängen.

5.) Empfehlungen

Im Folgenden werden Empfehlungen für allfällige Präventions- und Therapiemassnahmen, v. a. für homo- und bisexuelle Frauen und Männer, formuliert. Ein wichtiges Ziel hierbei ist es, dass die entsprechenden Stellen Kenntnis davon nehmen, dass es gewisse Risikogruppen gibt, was eines der Ziele des hier vorliegenden Berichts ist, und dabei spezifische Präventionsmittel einsetzen können (Vgl. Wang et al.).

Für die Gesamtbevölkerung beschrieb die Studie des BAG (2005) die Suizidprävention in der Schweiz wie folgt: Die Kompetenz für das Anbieten von Hilfsangeboten liegt ausschliesslich bei den Kantonen, aber der Bund darf sich an Projekten beteiligen oder sie initiieren sowie Massnahmen in der Forschungsförderung, statistischen Datenerhebung und der Suizidprävention bei Suchterkrankungen unterstützen (Ebd.:29-36). Für gewisse Aufgaben fehlen der Eidgenossenschaft die gesetzlichen Grundlagen, so etwa für nationale Informations-, Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen. Eine Bestandesaufnahme der Tätigkeiten von kantonalen und regionalen Suizidpräventionskampagnen ergab (Ebd.; vgl. <http://www.ipsilon.ch>), dass Suizidprävention kaum eine Hauptaktivität von ihnen ist. Nur für die wenigsten Personengruppen erfolgt eine gezielte Prävention; 68% der Kampagnen seien nur auf die jüngere Generation fokussiert. Dabei existiert eine Art der Aufteilung zwischen kantonalen und privaten Organisationen. Erstere beschäftigen sich primär mit dem therapeutischen und pflegerischen Aspekt und letztere mit der psychosozialen Betreuung sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Mittel und Zeit für Forschungsaktivitäten sind dabei meistens knapp. Weitere Probleme sind, dass insbesondere der interprofessionelle Austausch zwischen den Organisationen nicht funktioniert, die Qualität der Institutionen fraglich ist und kantonale Grenzen selten überschritten werden.

Im Bericht des BAG (2005:36-38) zeigen die Autorinnen und Autoren Handlungsbedarf auf und schlagen folgende Massnahmen vor: die Themen der öffentlichen Gesundheit und der Prävention sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, jeder kann daran teilhaben. Da, das Angebot an suizidpräventiven Massnahmen in der Schweiz gering ist und viele Risikogruppen ausschliesst, gilt es eine Koordination der aktuellen und zukünftigen Strategien vorzunehmen. Der Bundesrat gab den Auftrag, eine Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen in einigen Bereichen zu prüfen. So soll etwa das Monitoring im Gesundheitssektor erweitert, die Thematik in bestehende Bundesprogramme der Gesundheits- und Suchtprävention integriert, das Thema in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von ÄrztInnen und PsychologInnen integriert und ein nationales Forschungsprogramm eingerichtet werden. Zu bemerken gilt, dass diese Massnahmen und auch die Empfehlungen des Berichtes bis heute nicht umgesetzt wurden.¹⁸

¹⁸ Gemäss E-Mail vom 08. August 2008 mit Frau Barbara Weil von der Organisation IPSILON. Wie auch der Tatsache, dass neue Vorstösse im schweizerischen Parlament für die Suizidprävention eingereicht wurden (Vgl. www.admin.ch).

Es ist hier nicht sinnvoll, alle möglichen Suizidpräventionsmittel vorzustellen, adäquat erscheint aber, auf die Meinungen der Forschenden einzugehen, die sich spezifisch mit der Suizidalität bei homo- und bisexuellen Menschen beschäftigt haben. Zuallererst muss anerkannt werden, dass Homo-, Bi- und Transsexuelle eine Risikogruppe darstellen, doch danach muss eine Verankerung dieser Tatsache in den nationalen, kantonalen und regionalen Suizidpräventionsprogrammen erfolgen. Die spezifischen, oben genannten, Herausforderungen für LSB sollten dabei entsprechend berücksichtigt werden (Vgl. Scourfield et al. 2008:335). Nebst den Organisationen können drei weitere Bereiche genannt werden: die Schule, das Personal im Gesundheits- und Sozialbereich und die Gesellschaft.

Wie wir gesehen haben, ist die Schule sowohl als Hort des Schutzes wie auch des Risikos omnipräsent gewesen. Wenn, wie Evans et al. (2004:972-975) festhalten, dort angesetzt wird, kann vieles bewirkt werden. Jene schlagen einen „whole-school approach“ für die Prävention vor. Dabei gilt es, die Lehrpersonen und die SchülerInnen entsprechend zu schulen, so dass gefährdete Personen sich selbst identifizieren oder von der Peergroup sowie einer Lehrperson identifiziert werden. Das heisst, das Klima an den Schulen und der Umgang mit der Suizidalität würde verbessert. Spezifisch für LSB weisen Untersee und Kauer (2008:56-57) darauf hin, dass die Schule den Auftrag hat, die Persönlichkeitsentwicklung von Adoleszenten zu fördern. Dabei sollte das Thema der Homo- und Bisexualität breit und unvoreingenommen für alle Jugendliche thematisiert werden. Wie gesehen, im Kapitel 4.3, haben eine ausgewogene und frühe schulische Behandlung der Homo- und Bisexualität, die Rolle der Lehrpersonen auch als positive Rollenbilder und die Herstellung eines homosexuell-affirmativen Klimas (Lehrpläne, Strategien, Support Groups) einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden von Adoleszenten. Nicht zu vergessen, dass nicht nur LSB unter antihomosexueller Gewalt leiden, sondern eben auch genderatypische Heterosexuelle, meist Knaben.

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Personen, welche im sozialen oder gesundheitlichen Bereich arbeiten, ist ein zweiter Punkt, bei dem angesetzt werden kann. So würde zum Beispiel ein besseres Verständnis der spezifisch psychosozialen Herausforderungen homo- und bisexueller Adoleszenter durch die (heterosexuelle) Hausärztin oder den Hausarzt das Vertrauen erhöhen, ein Gefühl von Akzeptanz vermitteln und somit auch das Risiko eines Suizides vermindern (Li Kitts 2005:626). Für Fachpersonal, dass sich direkt mit Suizid beschäftigt, ist es unerlässlich zu verstehen, warum adoleszente LSB so handeln, wie sie es tun (Scourfield et al. 2008:335). Dies alles kann nur durch spezifische Massnahmen in der Bildung und Forschung erreicht werden (Scourfield et al. 2008:335).

Als drittes sind noch wir direkt, die Leserin und der Leser angesprochen. Die Gesellschaft selbst ist es, in der Homophobie und Heterosexismus immer noch stark verbreitet sind. Mittels einer öffentlichen Bildung und der Entstigmatisierung der Homo- und Bisexualität, welches ein langfristiger Prozess ist, kann hier vieles erreicht werden (Lebson 2002:116). Dazu sind Faktoren wie eine positive Darstellung in den Medien, die Arbeit von Organisationen, die soziale Unterstützung durch Familie und Umfeld usw. zu berücksichtigen (Fenaughty und Harré 2003:18-19).

Im Anschluss folgt die Zusammenfassung der Befunde dieser Arbeit.

Zusammenfassung

Als Ausgangspunkt dient die Fragestellung (Vgl. Seite 3), wobei nach den Ursachen sowie Risiko- und Schutzfaktoren einer erhöhten Suizidalität bei LSB (Lesben, Schwulen und Bisexuellen) gefragt wird.

Eine Definition von Suizidalität ist immer multidimensional und beinhaltet verschiedenste Arten des Suizids wie etwa passive Formen (Wunsch nach Ruhe), Suizidgedanken bis hin zum Suizid(-versuch). Sexuelle Orientierung wird als Partnerwahlverhalten verstanden, wobei für die Homo- und Bisexualität noch spezifische Problemkreise zu beachten sind – Coming-out, Identitätsmanagement, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen – (vgl. Kapitel 1). Für eine adäquate Behandlung der Thematik ist es unerlässlich, die Operationalisierung der Schlüsselbegriffe dieser Arbeit (Suizidalität und Sexuelle Orientierung) in den Studien und sonstige Stärken und Schwächen der wissenschaftlichen Literatur zu beachten, verwiesen sei hier nur auf die Fallzahlen, die angesprochene Operationalisierung der verschiedenen Variablen und die Auswahl der Stichprobe (Vgl. Kapitel 2).

Mittels vier Tabellen (Vgl. Anhang 2-4) lassen sich die Befunde dieser Arbeit grösstenteils darstellen. Bezüglich sexueller Orientierung und Suizidalität kann dabei folgendes festgehalten werden (Vgl. Kapitel 3):

- 1.) Es ist nicht möglich *eine* Kennzahl für einen Zusammenhang zwischen Suizidalität und Sexueller Orientierung auszuweisen, es lässt sich nur eine Bandbreite angeben.
- 2.) Die berücksichtigten Daten untersuchen zum überwiegenden Teil nur Männer oder trennen nicht zwischen den Geschlechtern. Spezifisch für die Schweiz sind es ausschliesslich männliche Untersuchungsgruppen – fast nur aus der Westschweiz –, wobei heterosexuelle Kontrollgruppen nahezu immer fehlen.
- 3.) Die bisherigen Annahmen werden ausschliesslich bestätigt: So sind Suizidgedanken und -versuche bei LSB signifikant höher als bei heterosexuellen Männern und Frauen. Suizidgedanken treten gehäuft auf als der Akt selbst, und die Geschlechtsunterschiede – Frauen haben eine höhere Prävalenz bei Suizidgedanken sowie –versuchen, Männer bei Suiziden – können verifiziert werden.
- 4.) Bi- sowie Transsexuelle und Menschen können in Studien ebenfalls als Risikogruppen ausgewiesen werden. Wobei die Bisexuellen sogar noch gefährdeter leben als Lesben und Schwule.

Die erhöhte Prävalenz der Suizidalität unter LSB lässt sich mit sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren erklären (Vgl. Kapitel 4). Ausgehend von drei Modellen, mit welchen das Suizidalitätsrisiko von Jugendlichen gemessen wird, können als Risiko und Schutzfaktoren individuelle, psychische und körperliche Faktoren nebst Einflüssen des Mikro- und Makrosystems ausgewiesen werden.

Risikofaktoren: Hier ist nicht klar, ob unspezifische Risikofaktoren wie soziodemographische (Geschlecht, Alter, Bildung, soziale Schicht) und Gesundheit die unterschiedliche Suizidprävalenz zwischen LSB und Heterosexuellen erklären können. Sprich: allgemein waren für die Populationen nur wenig Unterschiede festzustellen. Aber es darf nicht vergessen werden, dass natürlich mit solchen Faktoren sowohl für Homo- und Bi- als auch für Heterosexuelle ein suizidales Verhalten erklärt werden kann. Spezifische Risikofaktoren, welche fast nur LSB betreffen, können zumindest teilweise die unterschiedliche Suizidprävalenz zwischen Homo- und Bisexuellen einerseits sowie Heterosexuellen andererseits erklären. Dabei sind Herausforderungen, die sich aus dem Prozess einer (nicht abgeschlossenen) homo- oder bisexuellen Identitätsfindung ergeben können, zentral. Für solche daraus folgenden Probleme sind die Schule und die Familie von grösster Bedeutung. Hierbei wird für verschiedenste Variablen ein Einfluss gefunden: genderatypisches Verhalten, riskantes Sexualverhalten, Probleme aufgrund des Coming-outs, mangelnde soziale Unterstützung, kulturelle Unterschiede, Quälen (Bullying) und Viktimisierung, usw. Wobei aber meistens nur ein geringer Teil der Varianz erklärt werden kann. Es ist nochmals darauf aufmerksam gemacht, dass nicht die sexuelle Orientierung der Grund für die erhöhte Suizidalität ist, sondern es sind Risikofaktoren, für die LSB anfälliger sind oder die nur bei ihnen auftreten.

Schutzfaktoren: Hier stehen wiederum die soziale Unterstützung und die Wirkung der Bildungsstätten im Vordergrund. In Schulen können die Individuen mit positiven Rollenmodellen, einer frühen und angemessenen Behandlung des Themas Homo- und Bisexualität, durch Schaffung eines affirmativen Klimas und durch Leitbilder gezielt gestärkt werden. Auch eine Unterstützung aus dem Umfeld und der Verwandtschaft kann helfen, ein gesundes Selbstbewusstsein und eine positive homo- bzw. bisexuelle Identität zu erschaffen. Nebst diesen sozialen Einflüssen gibt es aber auch Jugendliche, die diese Probleme ohne suizidalen Akt überstehen können. Dabei stehen Strategien von Ambivalenz, Resilienz und Coping Mechanismen im Vordergrund.

Schlussendlich sind Faktoren, die das Auftreten einer Handlung der Suizidalität erklären, komplex und interagieren miteinander, eine prototypische suizidale Person gibt es nicht!

Empfehlungen (Vgl. Kapitel 5): Aus den Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich teilweise bereits Empfehlungen ableiten. Die Suizidprävention ist in der Schweiz sehr uneinheitlich geregelt und liegt vor allem in der Verantwortung der Kantone. Es gibt zwar gewisse Möglichkeiten für eine Intervention des Bundes, doch für nationale Informations-, Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen etwa, fehlen die rechtlichen Grundlagen. Mit dem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, das der Bundesrat im Herbst 2008 in die Vernehmlassung gegeben hat, würde diese Lücke geschlossen. Dass Handlungsbedarf besteht, hat der Bericht des Bundesamtes für Gesundheit aus dem Jahre 2005 aufgezeigt. Der Bericht machte namentlich darauf aufmerksam, dass das Angebot an präventiven Massnahmen gering ist, viele Risikogruppen (wie LSB) ausklammert sind und eine Koordination fehlt.

Für eine spezifische Suizidprävention homo- und bi- und transsexueller Menschen ist es wichtig, diese Gruppe als Risikogruppe für eine erhöhte Suizidalität zu erkennen und zweitens diese Erkenntnis in den privaten und öffentlichen Suizidpräventionsprogrammen zu verankern. Anstrengungen braucht es namentlich auf folgenden Ebenen.

Schule:

- Frühe, regelmässige und wertneutrale Thematisierung von Homo- und Bisexualität namentlich in Zusammenhängen wo es um Selbstbilder, Vielfalt, Gesellschaft und Lebensformen geht;
- Verankerung dieser Inhalte in Lehrplänen, Lehrbüchern;
- Vorbereitung der Lehrpersonen in Aus- und Weiterbildung;
- Schulregeln und Diversity-Politiken, welche allen sexuellen Orientierungen und Identitäten gerecht werden.

Sozial- und Gesundheitsbereich:

- Sensibilisierung von Fach- und Beratungsstellen sowie der Jugendarbeit für Fragen der sexuellen Orientierung und Identität
- Vorbereitung der Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitswesen auf Fragen der sexuellen Orientierung und Identität.

Gesellschaft:

Sensibilisierungsprogramme, die der Stigmatisierung von Homo-, Bi- und Transsexualität entgegen wirken. Zielpublika können namentlich sein:

- Medien
- Politik und Behörden
- Familien und ihre Organisationen
- Arbeitswelt
- besondere gesellschaftliche Organisationen, über die das Umfeld von Homo-, Bi-, und Transsexuellen erreicht werden kann.

Bibliographie

Internetquellen

BFS 2008: Bundesamt für Statistik, Neuenburg: Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, nach Alter, Frauen. je-d-14.02.05.02:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>.

Letzter Zugriff am 04. September 2008.

BFS 2008: Bundesamt für Statistik, Neuenburg: Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, nach Alter, Männer. je-d-14.02.05.01:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>.

Letzter Zugriff am 04. September 2008.

IPSILON 2008: IPSILON, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz: Vergleich nach Methoden: <http://www.ipsilon.ch/index.php?id=109>. Letzter Zugriff am 30. Juli 2008.

Lexikon zur Psychologie 2002: Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg: Lexikon zur Psychologie, 2002: <http://www.zb.unibe.ch/unicd/daba.php?id=127>. Letzter Zugriff am 05. September 2008.

Psychrembel 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Klinisches Wörterbuch 261. Auflage: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Letzter Zugriff am 12. September 2008.

Psychrembel Pflege 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Pflege 2. Auflage: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Letzter Zugriff am 01. September 2008.

Psychrembel Sozialmedizin 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Sozialmedizin: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Letzter Zugriff am 01. September 2008.

Psychrembel Therapie 2008: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin: Psychrembel Online, Handbuch Therapie 3. Auflage: <http://www.wdg.psychrembel.de/Xaver/start.xav>. Letzter Zugriff am 12. September 2008.

WHO 2008: World Health Organization, Genève: Switzerland [pdf 55kb]:

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.

Letzter Zugriff am 31. Juli 2008.

Literatur

Allport 1954: Allport G: The Nature of Prejudice. Cambridge 1954.

BAG 2005: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251). 2005.

Bagley und Tremblay 1997: Bagley C, Tremblay P: Suicidal Behaviors in Homosexual and Bisexual Males. *Crisis* 1997; 18(1): 25-34.

Bagley und Tremblay 2000: Bagley C, Tremblay P: Elevated Rates of Suicidal Behavior in Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Crisis* 2000; 21(3): 111-117.

Bell und Weinberg 1978: Bell AP, Weinberg MS: Homosexualities. A Study of Diversity Among Men and Women. New York, 1978.

Biechele 2004: Biechele U: Identitätsentwicklung schwuler Jugendlicher. Eine Befragung deutschsprachiger junger Schwuler in der schwulen Szene sowie im Internet. Ludwigshafen am Rhein, 2004.

Bontempo und D'Augelli 2002: Bontempo DE, D'Augelli AR: Effects of At-School Victimization and Sexual Orientation on Lesbian, Gay, or Bisexual Youths' Health Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health* 2002; 30(5): 364-374.

Botnick et al. 2002: Botnick MR, van Heath K, Cornelisse PGA et al.: Correlates of Suicide Attempts in an Open Cohort of Young Men who Have Sex with Men (Manuskript). *Canadian Journal of Public Health* 2002; 93(1): 59-62.

Bronfenbrenner 1997: Bronfenbrenner U: Ecological Models of Human Development. In: Gauvain M, Cole M (Hrsg.): Readings on the Development of Children. New York, 1997.

Cato und Canetto 2003: Cato JE, Canetto SS: Attitudes and Beliefs About Suicidal Behavior when Coming Out Is the Precipitant of the Suicidal Behavior. *Sex Roles* 2003; 49(9/10): 497-505.

Clark et al. 1996: Clark L, Marsh GW, Davis M, et al.: Adolescent Health Promotion in a Low-Income, Urban Environment. *Family and Community Health* 1996; 19(1): 1-13.

Cochand und Singy 2001: 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.

Cochran und Mays 2000: Cochran SD, Mays VM: Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders Among Men Reporting Same-Sexual Partners: Results from NHANES III. American Journal of Public Health 2000; 90: 573-578.

Cover 2005: Cover R: Queer Subjects of Suicide: Cultural Studies, Sexuality and Youth Suicide Concepts in New Zealand. New Zealand Sociology 2005; 20(1): 78-101.

D'Augelli et al. 2005: D'Augelli AR, Grossman AH, Salter PH et al.: Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth (Manuskript). Suicide and Life-Threatening Behavior 2005; 35(6): 646-660.

Dennert 2006: Dennert G, Die psychische Gesundheit von Lesben und Schwulen – eine Übersicht europäischer Studien. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2006; 38(3): 559-576.

Dick 2002: Dick, A., Suizid und Unfälle. In: Flammer, A Alsaker F (Hrsg.): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschliessung innerer und äusserer Welten im Jugendalter. Bern, 2002: 325-342.

Eisenberg und Resnick 2006: Eisenberg ME, Resnick MD: Suicidality Among Gay, Lesbian and Bisexual Youth: The Role of Protective Factors. Journal of Adolescent Health 2006; 39: 662-668.

Evans et al. 2004: Evans E, Hawton K, Rodham K: Factors Associated with Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. Clinical Psychology Review 2004; 24: 957-979.

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

Faulkner und Cranston 1998: Faulkner AH, Cranston K: Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students. American Journal of Public Health; 88: 262-266.

Fenaughty und Harré 2003: Fenaughty J, Harré N: Life on the Seesaw: A Qualitative Study of Suicide Resiliency Factors for Young Gay Men. Journal of Homosexuality 2003; 45(1): 1-22.

Fergusson et al. 2005: Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM et al.: Sexual Orientation and Mental Health in a Birth Cohort of Young Adults. Psychological Medicine 2005; 35: 971-981.

Fitzpatrick et al. 2005: Fitzpatrick KK, Euton SJ, Jones JN et al.: Gender Role, Sexual Orientation and Suicide Risk. Journal of Affective Disorders 2005; 87: 35-42.

Friedman et al. 2006: Friedman MS, Koeske GF, Silvestre AJ et al.: The Impact of Gender-Role Non-conforming Behavior, Bullying, and Social Support on Suicidalilty Among Gay Male Youth. *Journal of Adolescent Health* 2006; 38: 621-623.

Garofalo et al. 1999: Garofalo R, Wolf RC, Lawrence R et al.: Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts Among a Representative Sample of Youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1999; 152: 487-493.

Gibson 1989: Gibson P: Gay Male and Lesbian Youth Suicide. In: Feinlieb MR (Hrsg.): Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide Bd. 3., U.S. Departement of Health and Human Services, 1989: 115-147.

Gilman et al. 2001: Gilman SE, Cochran SD, Mays VM et al.: Risk of Psychiatric Disorders Among Individuals Reporting Same-Sex Sexual Partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health* 2001; 91: 933-939.

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

Goodenow et al. 2006: Goodenow C, Szalacha L, Westheimer K: School Support Groups, Other School Factors, and the Safety of Sexual Minority Adolescents. *Psychology in the Schools* 2006; 43(5): 573-589.

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

Hepp et al. 2002: Hepp U, Klaghofer R, Burkhard-Kübler R. et al.: Behandlungsverläufe transsexueller Patienten. Eine katamnestische Untersuchung. *Nervenarzt* 2002; 73(3): 283-288.

Herell et al. 1999: Herell R, Goldberg J, True WR et al.: Sexual Orientation and Suicidality. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 867-874.

Hofsäss 1999: Hofsäss T: Exkurs zum Suizidalverhalten von Jugendlichen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung. In: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen (Hrsg.): Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin, 1999: 82-88.

Klein et al. 1990: Klein F, Sepekoff B, Wolf T: Klein Sexual Orientation Guide. In: Geller T (Hrsg): Bisexuality. A Reader and a Sourcebook. California, 1990: 64-81.

Kosky 1982: Kosky R: Suicide and Attempted Suicide Among Australian Children. The Medical Journal of Australia 1982; 1(3): 124-126.

Lebson 2002: Lebson M: Suicide Among Homosexual Youth. Journal of Homosexuality 2002; 42(4): 107-117.

Lewinsohn et al. 1995: Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR: Adolescent Psychopathology. III. The Clinical Consequences of Comorbidity. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1995; 34: 510-519.

Li Kitts 2005: Li Kitts R: Gay Adolescents and Suicide: Understanding the Association. Adolescence 2005; 40(159): 621-628.

Mathy 2002: Mathy RM: Suicidality and Sexual Orientation in Five Continents: Asia, Australia, Europe, North America, and South America. International Journal of Sexuality and Gender Studies 2002; 7(2/3): 215-225.

Morrison und L'Heureux 2001: Morrison LL, L'Heureux J: Suicide and Gay/Lesbian/Bisexual Youth: Implications for Clinicians. Journal of Adolescence 2001; 24: 39-49.

Paul et al. 2002: Paul JP, Catania J, Pollack L. et al.: Suicide Attempts Among Gay and Bisexual Men: Lifetime Prevalence and Antecedents. American Journal of Public Health 2002; 92(8): 1338-1345.

Plöderl 2005: Plöderl M: Sexuelle Orientierung, Suizidalität und psychische Gesundheit. Basel, 2005.

Plöderl et al. 2006: Plöderl M, Sauer J, Fartacek R: Suizidalität und psychische Gesundheit von homo- und bisexuellen Männern und Frauen – Eine Metaanalyse internationaler Zufallsstichproben. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2006; 38(3): 537-558.

Qin et al. 2003: 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. American Journal of Psychiatry 2003; 160(4): 765-772.

Remafedi 2002: Remafedi G: Suicidality in a Venue-based Sample of Young Men who Have Sex With Men. Journal of Adolescent Health 2002; 31: 305-310.

Richardson und Waite 2002: Richardson GE, Waite PJ: Mental Health Promotion Through Resilience and Resiliency Education. International Journal of Emergency Mental Health 2002; 4: 65-75.

Robin et al. 2002: Robin L, Brener ND, Donahue SF et al.: Associations between Health Risk Behaviors and Opposite-, Same-, and Both-Sex Sexual Partners in Representative Samples of Vermont and Massachusetts High School Students. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2002; 156: 349-355.

Rofes 1983: Rofes E: „I Thought People Like that Killed Themselves.“ Lesbians, Gay Men and Suicide. San Francisco, 1984.

Russell et al. 2000: Russell GM, Bohan JS, Lilly D: Queer Youth: Old Stories, New Stories. In: Jones SL (Hrsg.): *A Sea of Stories: The Shaping Power of Narrative in Gay and Lesbian Cultures*. New York, 2000: 69-92.

Russell und Joyner 2001: Russell ST, Joyner K: Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence from a National Study. *American Journal of Public Health* 2001; 91(8): 1276-1281.

Savin-Williams 2001: Savin-Williams RC: Suicide Attempts Among Sexual-Minority Youths: Population and Measurement Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69(6): 983-991.

Scourfield et al. 2008: Scourfield J, Roen K, McDermott L: Lesbian, Gay and Transgender Young People's Experiences of Distress: Resilience, Ambivalence and Self-Destructive Behaviour. *Health and Social Care in the Community* 2008; 16(3): 329-336.

Senatsverwaltung 1999: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Fachbereich für gleichgeschlechtliche Lebensweisen: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin, 1999.

Siegel und Meyer 1999: Siegel K, Meyer I: Hope and Resilience in Suicide Ideation and Behavior of Gay and Bisexual Men Following Notification of HIV Infection. *AIDS Education and Prevention* 1999; 11(1): 53-64.

Skegg et al 2003: Skegg K, Shyamala NR, Dickson N et al.: Sexual Orientation and Selfharm in Men and Women. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 541-546.

SMASH 2002: Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento, et al.: Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002: Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health 2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne, 2004.

Turner et al. 1998: Turner C, Ku L, Lindberg L et al.: Adolescent Sexual Behavior, Drug Use, and Violence: Increased Reporting with Computer Survey Technology. *Science* 1998; 280: 867-973.

Untersee und Kauer 2008: Untersee M, Kauer M: Homo? Hetero? Bi? Sexuelle Orientierungen thematisieren. In: Rhyner T, Zumwald B (Hrsg.): Coole Mädchen – starke Jungs. Impulse und Praxistipps für eine geschlechterbewusste Schule. Bern, 2008: 55-63.

Völkle 2006: Völkle H: Suizid bei jungen Homosexuellen. Bündnis Magazin. Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. Zug, 2006: 46-47.

Wang et al.: Wang J, Häusermann M, Wydler H, et al.: Suicidality and Sexual Orientation Among Men in Switzerland. Referat anlässlich der Swiss Public Health Conference in Olten im Juni 2007.

Weissman et al. 1999: Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al.: Prevalence of Suicide Ideation and Suicide Attempts in Nine Countries. *Psychological Medicine* 1999; 29: 9-17.

Wichstrøm und Hegna 2003: Wichstrøm L, Hegna K: Sexual Orientation and Suicide Attempt: A Longitudinal Study of the General Norwegian Adolescent Population. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112(1): 144-151.

Wunderlich 2004: Wunderlich U, Suizidales Verhalten im Jugendalter. Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. Göttingen, 2004.

Abkürzungsverzeichnis

- AIDS:* Acquired Immune(o) Deficiency Syndrome.
BAG: Bundesamt für Gesundheit, Schweiz.
BFS: Bundesamt für Statistik, Schweiz.
DSM: Diagnostisches und statisches Manual psychischer Störungen.
Fels: Freundinnen, Freunde und Eltern von Lesben und Schwulen, Schweiz.
HIV: Human Immunodeficiency Virus.
LOS: Lesbenorganisation Schweiz.
LSB: Lesben, Schwule und Bisexuelle.
MSM: Männer die Sex mit Männern haben.
OR: Odds-Ratio.
SMASH: Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health.
VIH: Siehe HIV.
WHO: World Health Organization.

Glossar

Adoleszenz: „zeitlich nicht einheitl. definierter Lebensabschnitt zwischen (Beginn od. Ende) der Pubertät u. dem Erwachsenenalter“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Adoleszenz“).

Androgynie: „[...] auf beide Geschlechter anwendbare Bez. Für eine uneindeutig gemischte Ausprägung von psych. Merkmalen, die als typ. männlich bzw. weiblich gelten“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Androgynie“).

Angststörung: „psych. Störung mit im Vordergrund stehenden Sympt. der Angst [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Angststörung“).

Antisoziale Persönlichkeitsstörung: „spezif. Persönlichkeitsstörung mit deutl. Diskrepanz zwischen dem gezeigten Verhalten u. den geltenden sozialen Normen u. weiteren Charakteristika [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Persönlichkeitsstörung, dissoziale“).

Bipolare, affektive Störungen: „Form der affektiven Störung mit wiederholten (mind. 2) Episoden, in denen Stimmungs-, Antriebs- u. Aktivitätsniveau des Betroffenen durch das Auftreten von Symptomen einer Depression od. Manie, aber auch von hypomanischen, subdepressiven od. Mischzuständen (bis zu 40 % der Pat.), deutl. verändert sind [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Störung, bipolare affektive“).

Bisexualität: „Bezeichnung für sexuelles Interesse und sexuelle Aktivität, die sich gleichermaßen auf Partner beiderlei Geschlechts richten [...]“ (Zit. nach: Psychrembel Pflege 2008: Artikel „Bisexualität“).

Borderline-Persönlichkeitsstörung: „Bez. für pathol. Persönlichkeitsorganisation mit struktureller Schwäche des Ich (Identitätsdiffusion), die sich durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschl. Beziehungen u. den Affekten zeigt [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Borderline-Persönlichkeitsstörung“).

Broken Home: „[...] bezeichnet eine Familie, in der eine Erziehungsperson fehlt bzw. in der trotz Vollständigkeit die emotionalen Bindungen nicht (mehr) bestehen“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Broken Home“).

Coming-out: „[...] Bezeichnung für den biographischen Zeitraum, in dem normabweichende sexuelle Neigungen (am häufigsten Homosexualität) von einem Menschen erkannt, für sich selbst anerkannt und dem sozialen Umfeld mitgeteilt werden“ (Zit. nach: Psychrembel Pflege 2008: Artikel „Coming-out“).

Coping: „(psychol.) Verhalten zur Bewältigung schwieriger Situationen; med. von Bedeutung als Krankheitsbewältigung v. a. bei Pat. mit. chron. Erkr. u. Behinderungen od. zweifelhafter Progn. [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Coping“).

Cross Gender: ist ein Missverhältnis zwischen biologischem Geschlecht und Gender (Fitzpatrick et al. 2005:36).

DSM: „Abk. für **D**iaagnostisches und **S**tatisches **M**anual psychischer Störungen; von der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation (Abk. APA) herausgegebenes Handbuch zur Klassifikation u. Vereinheitlichung der Nomenklatur in der Psychiatrie, das in der 4. Version (DSM-IV) von 1994 (deutsche Ausgabe 1996) vorliegt“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „DSM“).

Fetischismus: „spezialisiertes Sexualverhalten, bei dem best. Objekte, z. B. Körperpartien außerhalb der Genitalsphäre (Fuß, Haar), Gegenstände (Kleidungsstücke) od. Materialien (Leder, Gummi), die mit dem Liebesobjekt zusammenhängen bzw. dieses ersetzen, zu sexueller Erregung führen“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Fetischismus“).

Gender: „umfasst die gesellschaftlich, sozial u. kulturell geprägten Geschlechtsrollen von Frauen u. Männern, die erlernt u. somit grundsätzlich veränderbar sind [...]“ (Zit. nach: Psychrembel Sozialmedizin 2008: Artikel „Gender“).

Heterosexismus: „[...] ist der Nährboden der Homophobie und ist gekennzeichnet durch ein gesellschaftliches und institutionalisiertes Denk- und Verhaltenssystem, das Heterosexualität gegenüber anderen Formen sexueller Orientierung als überlegen klassifiziert [...]“ (Zit. nach: Untersee und Kauer 2008:60).

Heterosexualität: „Bez. für sexuelle Orientierung, Erregbarkeit u. Aktivität gegenüber Partnerinnen od. Partnern des jeweils anderen Geschlechts; häufigste Form des Sexualverhaltens [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Heterosexualität“).

Homophobie: „[...] Furcht heterosexueller Menschen im Umgang mit Lesben und Schwulen. [...] Homophobie dient der sozialen Kontrolle und trägt dazu bei, bestimmte Werte und Vorstellungen von «Männlichkeit» und «Weiblichkeit» sowie traditionelle Rollenverteilungen aufrechtzuerhalten und bestimmte Verhaltensweisen vorzuschreiben beziehungsweise implizit zu verbieten [...]“ (Zit. nach: Untersee und Kauer 2008:60).

Homosexualität: „Bez. für sexuelle Orientierung, Erregbarkeit u. Aktivität mit Bezug auf Partner gleichen Geschlechts; Genese weitgehend unklar; biographisch frühe Entstehung, Entdeckung meist erst im Jugendalter, oft verbunden mit heftigen Abwehrmechanismen, die erst i. R. der homosexuellen

Identitätsfindung (sog. Coming-out) überwunden werden“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Homosexualität“).

Intersexualität: „Sammelbez. für Störungen der vorgeburtlichen sexuellen Differenzierung, bei der sich die inneren und äusseren Geschlechtsorgane in unterschiedlich starker Ausprägung im Widerspruch zur chromosomalen Geschlechtsdeterminierung entwickeln [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Intersexualität“).

Komorbidität: „Vorkommen von 2 od. mehr diagn. unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Pat., ohne dass eine ursächl. Beziehung zwischen diesen bestehen muss [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Komorbidität“).

Major Depression: (Auch „akute Depression“ oder „depressive Episode, „psychische Störung mit trauriger, gedrückter Stimmung, pessimistischen Zukunftsperspektiven, Interessenverlust, Freud- und Gefühllosigkeit, Hemmung von Antrieb und Denken, Energie- und Kraftlosigkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Appetitverlust, Schlafstörungen, Angst und Selbsttötungsneigung [...]“ (Zit. nach: Psychrembel Therapie 2008: Artikel „akute Depression“).

Multimorbidität: „gleichzeitiges Bestehen von mehreren Krankheiten“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Multimorbidität“).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung: „Form der Persönlichkeitsstörung mit Grossartigkeitsgefühlen, Bedürfnis nach Bewunderung u. Mangel an Einfühlungsvermögen [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Persönlichkeitsstörung, narzisstische“).

Pädophilie: „Bez. Für ein als Paraphilie eingeordnetes abweichendes Sexualverhalten, bei dem sexuelle Erregung u. Befriedigung überwiegend od. ausschliessl. durch sexuelle Handlungen mit Kindern unter 14 Jahren erreicht werden; wissenschaftl. ist der Begriff nur anwendbar auf mind. 16-Jährige, die Kontakt mit mind. 5 Jahre jüngeren Personen suchen; i. e. S. richtet sich P. ausdrücklich auf vorpubertäre Kinder“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Pädophilie“).

Parasuizid: „absichtl. selbstverletzendes Verhalten ohne Todesfolge, z.B. Schnitt- od. Brandverletzung, Arzneimittelüberdosierung, Sprung aus geringer Höhe“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Parasuizid“).

Peergroup: „Gruppe Gleichrangiger, z. B. Gleichaltrigengruppe, Kreis von Bezugspersonen; der englische Begriff Peergroup ist als Fachbegriff ins Deutsche übernommen und wird insbesondere in der Entwicklungspsychologie für die Bezeichnung von Gruppen, Freundeskreisen und Cliques Jugendlicher genutzt“ (Zit. nach: Psychrembel Pflege 2008: Artikel „Peergroup“).

Poppers: „Ester der Salpetrigen Säure; flüchtige, explosive Flüssigkeit mit gefäßerweiternder, kurzfristig blutdrucksenkender u. spasmolytischer Wirkung; Anw. früher zur Inhalation bei Angina pectoris, Asthma bronchiale u. Migräne; *missbräuchlich zur sexuellen Stimulation (sog. Poppers)* [Hervorhebung CL]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Poppers“).

Prävalenz: „Anzahl der Erkrankungsfälle einer best. Erkrankung bzw. Häufigkeit eines best. Merkmals zu einem best. Zeitpunkt (Punktprävalenz) od. innerh. einer best. Zeitperiode (Periodenprävalenz); epidemiol. Mass zur Charakterisierung des Krankheitsgeschehens in einer best. Population [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Prävalenz“).

Psychopathologie: „i. e. S. wissenschaftliche Methodik zur Erfassung, Beschreibung sowie diagnostischen Einordnung von der Norm abweichender psychischer Phänomene, wobei neben der Ursache der psychischen Störungen eine mit der Normierung menschlichen Verhaltens u. Erlebens verbundene ethische Problematik zu berücksichtigen ist; darüber hinaus dient die Psychopathologie u. ihr Vokabular der umfassenden, mehrdimensionalen u. kennzeichnenden Beschreibung psychischer Störungen als Krankheitseinheiten [...]“ (Zit. nach: Psychrembel Sozialmedizin 2008: Artikel „Psychopathologie“).

Pubertät: „Entwicklungsperiode des Menschen vom Beginn der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale bis zum Erwerb der Geschlechtsreife, die mit tiefgreifenden Veränderungen im körperl., seel. u. sozialen Bereich einhergeht [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Pubertät“).

Resilienz: „Als «Resilienz» wird die psychische und physische Stärke bezeichnet, Lebenskrisen wie schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit oder den Verlust von nahe stehenden Menschen ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. Wesentliche Faktoren, welche die Resilienz begünstigen, sind das soziale und wirtschaftliche Umfeld des Betroffenen, seine biologische Vitalität und seine mehr oder weniger lösungsorientierte Einstellung zu Problemen [...]“ (Zit. nach: BAG 2005:19, nach Richardson und Waite 2002).

Schizophrenie: „[...] nichtorganische Psychose mit charakterist., jedoch vielgestaltigen Störungen der Persönlichkeit (des Ich od. Selbsterlebens), des Denkens, der Wahrnehmung, der Realitätskontrolle u. der Affektivität ohne Beeinträchtigung der Klarheit des Bewusstseins, ohne erkennbare hirnorganische Erkr. u. ohne Einwirkung von Psychedelika [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Schizophrenie“).

Sexuelle Orientierung: „Bezeichnung für die (mehr oder weniger eindeutige) Ausrichtung des sexuellen Interesses (Phantasien, Wünsche) auf bestimmte Sexualobjekte und deren Bevorzugung bei sexuellen Aktivitäten [...]“ (Zit. nach: Psychrembel Pflege 2008: Artikel „Orientierung, sexuelle“).

Social Support: „Hilfestellung, die zwischen Personen od. Gruppen in Form von emotionaler, instrumenteller od. informationeller Unterstützung ausgetauscht wird [...]“ (Zit. nach: Psychrembel Sozialmedizin 2008: Artikel „Unterstützung, soziale“).

Suizid: „absichtl. Selbsttötung als Reaktion auf eine Lebenskrise (Bilanzsuizid), als Ausdruck von Autoaggression od. Sehnsucht nach Beendigung eines Leidenszustandes; häufig auf dem Boden psych. Störungen (v. a. depressive Störungen u. Schizophrenie, Substanzabhängigkeit); multifaktorielle Genese“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Suizid“).

Suizidalität: „Selbstmordgefährdung, Selbsttötungsabsicht. Das Spektrum reicht von passiven Formen (Wunsch nach Ruhe, Unterbrechung des Lebens als Problemlösungsversuch) über Suizidgedanken mit zunehmendem Handlungsdruck bis zu aktiven z. T. impulshaften Suizidhandlungen mit oder ohne Plan bzw. Ankündigung. Bei vielen Suizidversuchen bzw. Suiziden besteht keine explizite Selbsttötungsabsicht [...]. Ausserhalb der medizinischen Behandlungsmöglichkeit liegt der sog. Bilanzsuizid oder Freitod bei voller Entscheidungsfähigkeit (selten)“ (Zit. nach: Psychrembel Therapie 2008: Artikel „Suizidalität“).

Suizidversuch: „Selbsttötungsversuch ohne tödl. Ausgang [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Suizidversuch“).

Transsexualität: „ausgeprägte Geschlechtsidentitätsstörung, bei der Menschen mit somat. eindeutig männlichem bzw. weiblichem Geschlecht (keine Intersexualität) sich psych. in jeder Hinsicht dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen u. ihr somat. Geschlecht ablehnen. T. kommt bei beiden Geschlechtern vor u. ist streng zu trennen von Homosexualität u. Transvestismus; Transsexuelle empfinden i. d. R. heterosexuell, häufig besteht ein erhebl. Leidensdruck“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Transsexualität“).

Viktimisierung: „eine Person oder Gruppe in die Opferrolle drängen [...]“ (Zit. nach: Lexikon zur Psychologie 2002: Artikel „Viktimisierung“).

Zoophilie: „sexuelle Neigung zu u. sexuelle Handlungen an Tieren [...]“ (Zit. nach: Psychrembel 2008: Artikel „Zoophilie“).

Anhang

Anhang 1: Abstract Wang et al.

Projet santé gaie SPHC 07 in submission

Suicidality and sexual orientation among men in Switzerland

Jen Wang^{1,3}, Michael Häusermann², Hans Wydler¹, Meichun Mohler-Kuo¹, Mitchell G. Weiss³

¹ Institute for Social and Preventive Medicine, University of Zurich; ² Dialogai, Geneva; ³ Swiss Tropical Institute, Basel

Background: In the past decade, compelling evidence of higher risk for suicidality associated with homosexual orientation has come from birth cohorts, twin studies, large-scale adolescent health surveys, and even a national health survey. Nevertheless, the issue remains largely invisible in mainstream suicide prevention programs and strategies in Switzerland.

Methods: The Geneva Gay Men's Health Survey (GGMHS) used probability time-space sampling to draw a representative sample of 571 gay/bisexual men at physical and virtual meeting points in 2002. Using computer-assisted self-completed interviews, questions on suicidality were measured using questions by Paykel, and 12-month major depression was measured using CIDI-SF. The Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH) drew a representative sample of 16-20 year olds in the secondary and post-compulsory school systems using a two-stage cluster procedure in 2002. The questions on suicidality were comparable to those by Paykel.

Results: In the GGMHS, suicide ideation (in the past 12 months/lifetime) was reported by 22%/55%, suicide plans 12%/38%, and suicide attempt 4%/19%. Nineteen percent of the men fulfilled CIDI-SF criteria for major depression in the past 12 months, and an additional 18% were subthreshold. The average and median age at first suicide attempt was 20 years (25% quartile = 15 years, 75% quartile = 25 years). Twelve-month suicidality was most prevalent among men 25 years and below: suicide ideation 35%, plans 18%, and attempt 12%. Lacking similar data for the general population, we used the SMASH dataset to compare male respondents reporting homo/bisexual attraction (n=65) to those reporting heterosexual attraction only (n=2932). Male respondents reporting homo/bisexual attraction were more likely to report suicide ideation OR=2.26 (95% CI=1.31-3.89), plans OR=2.18 (95% CI=1.28-3.72), and attempt OR=2.09 (95% CI=0.50-8.81) in the past 12 months and suicide attempt OR=5.36 (95% CI=2.57-11.2) lifetime.

Conclusion: These data confirm high rates of suicidality among gay/bisexual men and adolescents in Switzerland. While men 25 years and below appear to be at particular risk, suicidality remains an issue even among older gay men, buoyed by high rates of major depression across all age groups. Suicide prevention and mental health programs need to address the relevance of sexual orientation in their work and treat this population as a priority.

Anhang 2: Tabelle „Details zu den Studien“

Studie	Stichprobe	Anteil nicht-heterosexueller Personen; Definitionen sexueller Orientierung; Methode
Bagley und Tremblay 1997 _{a)}	750 Männer (18-27 Jahre), Calgary, Kanada, 1992	10.9% bezeichnen sich als homo- oder bisexuell oder hatten in den letzten sechs Monaten Sexualkontakte mit Männern; Computerfragebögen
Biechele 2004	353 Männer (15-25 Jahre), Deutschland und Internet	Teilnehmer durch Studie schon vorselektioniert. Selbstidentifikation; Fragebogen
Botnik et al. 2002	345 Männer (18-30 Jahre), Vancouver, Kanada, 1995	Selbstidentifikation als homo- oder bisexuell oder Sex mit anderen Männern und nicht HIV-positiv; Fragebogen
Cochand und Singy 2001	123 Männer (16-25 Jahre), Westschweiz, 1999	Teilnehmer durch Studie schon vorselektioniert. Selbstidentifikation als homo- (82.9%), bisexuell (11.4%) oder unsicher bzw. keine Antwort (5.7%); Fragebogen
Cochran und Mays 2000 _{a)}	3648 Männer (>17 Jahre) USA, 1988-1994	2.2% der Männer gaben Geschlechtsverkehr mit Personen gleichen Geschlechts an; Interview
D' Augelli et al. 2005	361 Jugendliche (15-19 Jahre), New York, USA, 2003	TeilnehmerInnen durch Studie schon vorselektioniert. Selbstidentifikation als Homo-, Bisexuell oder noch unsicher; Interview
Eisenberg und Resnick 2006	21927 Jugendliche (6., 9., 12. Klasse), Minnesota, USA, 2004	Nur sexuelle aktive in letzten 12 Monaten. 10.3% mindestens einmal gleichgeschlechtlichen Sexualverkehr in letzten 12 Monaten (1452 Männer und 803 Frauen); Fragebogen
Faistauer und Plöderl 2006	468 Männer (18-45 Jahre), Österreich, 2005	Teilnehmer durch Studie vorselektioniert. Mehrheitlich schwule Männer (89%), 11% Bisexuelle und 1% Unsichere; Fragebogen auf gayromeo.com
Faulkner und Cranston 1998 _{a)}	3054 Jugendliche, Massachusetts, USA 1993	6.4% der sexuell erfahrenen Jugendlichen hatten jemals Sexualkontakte mit mindestens einer Person gleichen Geschlechts; Fragebogen
Fergusson et al. 2005 _{a)}	967 junge Erwachsene, 25 Jahre, Neuseeland	Mittels Latent-Class-Analysis aus Verhalten, Identifikation und Attraktion im Alter von 21 und 25 Jahren wurden 18.1% der Frauen und 6.3% der Männer als homo- oder bisexuell klassifiziert
Garofalo et al. 1999 _{a)}	3365 Jugendliche, Massachusetts, USA 1995	3.8% der Jugendlichen bezeichnen sich als lesbisch, bisexuell oder nicht sicher; Fragebogen
Gilman et al. 2001 _{a)}	4910 Jugendliche und Erwachsene (>15 Jahre), USA, 1990-1992	2.1% der Männer und 1.5% der Frauen hatten in den letzten fünf Jahren Geschlechtsverkehr mit zumindest einer Person des gleichen Geschlechts; Interview
Goodenow et al. 2006	3637 Jugendliche, Massachusetts, USA, Schulstudie von 1999	202 Lesben, Schwule und Bisexuelle die mittels Selbstidentifikation und/oder gleichgeschlechtlichen sexuellen Kontakten ausgewählt wurden; Fragebogen
Häusermann und Wang 2003	471 Männer (15-84 Jahre), Genf, Schweiz, 2002	Teilnehmer durch Studie vorselektioniert. 87% Homosexuelle, 12% Bisexuelle und 1% Heterosexuelle; Fokusgruppen und danach Fragebogen.

Herell et al. 1999a)	206 erwachsene Männer, USA	1.8% hatten gleichgeschlechtliche Sexualpartner nach dem 18. Lebensjahr; Telefoninterview
Mathy 2002	36830 Erwachsene (Durchschnittsalter 28-35 Jahre), ganze Welt, 2000.	Homo- und Bisexuelle Menschen wurden durch Selbstidentifikation ermittelt (4458/36830(12));Fragebogen via Internet
Paul et al. 2002	2881 Männer (>18 Jahre), Chicago, Los Angeles, New York, San Francisco, USA 1996-1998	Teilnehmer durch Studie schon vorselektioniert. Sex mit Männer seit dem 14. Lebensjahr oder Selbstidentifikation als homo- oder bisexuell; Telefoninterview
Plöderl 2005	625 Erwachsene (15-74 Jahre, Durchschnitt 35-36 Jahre), Österreich 2002-2004	Einteilung in sexuelle Orientierung erfolgte mittels drei Variablen (sexuelle Fantasien, Wunschgeschlecht des Sexualpartners, Selbstbezeichnung). 358 TeilnehmerInnen bezeichneten sich als homo- oder bisexuell (252 und 106); Fragebogen
Remafedi 2002	255 Männer (16-25 Jahre), Minneapolis/St. Paul, USA, 1999	Teilnehmer durch Studie schon vorselektioniert. Sex mit Männern in letzten 12 Monaten; Interviews
Robin et al. 2002 Massachusettsa)	4176 Jugendliche, Massachusetts, USA, 1995+1997	5% in Massachusetts hatten Sexualkontakte mit Personen gleichen Geschlechts; Fragebogen
Robin et al. 2002 Vermonta)	7458 Jugendliche, Vermont, USA, 1995+1997	8% der Jugendlichen in Vermont hatten Geschlechtsverkehr mit Personen gleichen Geschlechts; Fragebogen
Russell und Joyner 2001a)	11940 Jugendliche, USA	8.0% der männlichen und 6.6% der weiblichen Jugendlichen hatten irgendwann einmal eine Liebesbeziehung mit oder verliebten sich in Personen des gleichen Geschlechts; computerunterstütztes Audiointerview
Senatsverwaltung Berlin 1999	217 Jugendliche (15-28 Jahre), Berlin, Deutschland, 1997	TeilnehmerInnen durch Studie schon vorselektioniert. Selbstbezeichnung 60% der Frauen und 79% der Männer als homosexuell, 14% der Frauen und 10% der Männer als bisexuell. Die Restlichen wollen sich nicht bezeichnen lassen, wissen es noch nicht oder wählen eine andere Bezeichnung; Fragebogen
Skegg et al. 2003a)	942 (26-Jährige), Neuseeland	11% der Männer und 26% der Frauen hatten nicht ausschliesslich heterosexuelle Attraktionen (gegenwärtig und in der Vergangenheit); erfasst per Computer
Wang et al. unveröffentlicht	2 Stichproben, Häusermann und Wang 2003: 471 Männer (15-84 Jahre), Genf, Schweiz, 2002; SMASH 2002: 2997 Männer (16-20), Schweiz	siehe oben (Häusermann und Wang 2003); SMASH: Frage nach homosexueller und bisexueller Anziehung (65 Männer); Fragebogen

Anmerkungen:

a) Zeileninhalt zit. nach: Plöderl et al.:553-557.

Anhang 3: Tabelle „Suizidgedanken“

Studie	Wer, Zeitraum	Männer			Frauen		
		LSB n/N(%)	Heteros n/N (%)	OR _a	LSB n/N(%)	Heteros n/N(%)	OR _a
Biechele 2004 ^b	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	64/334(19)					
Botnik et al. 2002	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	150/345(44)					
Cochand und Singy 2001	Erwachsene (6-Monatsprävalenzen)	39/123(32)					
Eisenberg und Resnick 2006	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	656/1452(47)	3127/9220(35)	1.14-1.86 ^c	567/803(73)	5484/10452(53)	1.21-2.40 ^c
Fergusson 2005 ^d	Erwachsene (12-Monatsprävalenzen)	12/30 (40)	48/439(11)	5.4	21/90 (23)	40/408(10)	2.8
Gilman et al. 2001 ^d	Erwachsene (12-Monatsprävalenzen)	1/74 (2)	51/2310(2)	0.7	7/51(14)	97/2475(4)	4
Häusermann und Wang 2003	Erwachsene (12-Monatsprävalenzen)	103/471(22)					
Mathy 2002	Erwachsene Asien (Lebenszeitprävalenzen)	4/28(14)	20/364(6)	2.9	4/7(58)	8/36(22)	4.7
Mathy 2002	Erwachsene Australien (Lebenszeitprävalenzen)	10/35(29)	36/169(21)	1.5	2/8(25)	7/31(23)	1.1
Mathy 2002	Erwachsene Europa (Lebenszeitprävalenzen)	7/44(16)	36/351(10)	1.7	4/0(0)	8/48(17)	0.8
Mathy 2002	Erwachsene Nordamerika (Lebenszeitprävalenzen)	848/3754(23)	3181/25652(12)	2.1	367/1048(35)	1122/5499(20)	2.1
Mathy 2002	Erwachsene Südamerika (Lebenszeitprävalenzen)	9/26(35)	10/152(7)	7.5	1/2(50)	4/37(11)	8.3
Paul et al. 2002	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	614/2881(21)					
Plöderl 2005	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen) ^{e f}	179/358(50)	58/267(22)	3.6	179/358(50)	58/267(22)	3.6
Plöderl 2005	Erwachsene (12-Monatsprävalenzen) ^{e f}	65/358(18)	18/267(7)	3.7	65/358(18)	18/267(7)	3.7
Remafedi 2002	Jugendliche (1-Monatsprävalenz)	47/245(19)					
Senatsverwaltung Berlin 1999	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	62/111(56)			68/106(64)		
Skegg et al. 2003 ^d	Erwachsene (12-Monatsprävalenzen)	11/53(21)	33/427(8)	3.1	22/119(18)	25/343(7)	2.9
Wang et al. Santé Gaie ^g	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	259/471(55)					
Wang et al. Santé Gaie ^g	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	165/471(35)					
Wang et al. SMASH ^g	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)			2.26			

Anmerkungen:

Für die Berechnung der Prävalenzen mussten teilweise die Fallzahlen noch eruiert werden, womit geringe Abweichungen auftreten können.

a) Wenn nichts anderes vermerkt, wurden die Odds Ratio mit einem Konfidenzintervall von 95% berechnet.

- b) Hier wurden nur jene mit ziemlich ernsthaften Suizidgedanken berücksichtigt. 44.9% haben schon „nicht ernsthaft“ daran gedacht.
- c) Die Autoren rechnen mit einem Konfidenzintervall von 99%.
- d) Diese Ergebnisse wurden Plöderl et al. 2006 entnommen.
- e) Die Ergebnisse wurden aufgrund mangelnder Unterschiede bezgl. Suizidalität nicht nach Geschlechtern getrennt.
- f) Für die Suizidgedanken wurde hier nur die Variable "ernsthafte Suizidgedanken" berücksichtigt.
- g) Im bisher veröffentlichten Abstract fungieren die Daten von Häusermann und Wang 2003 als Untersuchungsgruppe. Für die OR-Berechnungen wurden nur die Daten aus der SMASH-Studie berücksichtigt.

Anhang 4: Tabelle „Suizidversuche“

Studie	Wer, Zeitraum	Männer			Frauen		
		LSB n/N(%)	Heteros n/N (%)	ORa)	LSB n/N(%)	Heteros n/N(%)	ORa)
Bagley und Tremblay 1997b)	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	5/82(6)	3/668(0)	14			
Biechele 2004	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	29/334(9)					
Botnik et al. 2002	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	67/345 (19)					
Cochand und Singy 2001	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	30/123(24)					
Cochran und Mays 2000b)	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	15/78 (19)	116/3214(4)	6.5			
D'Augelli et al. 2005	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	27/202(13)				34/159(21)	
Eisenberg und Resnick 2006	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	402/1452(29)	1135/9220(13)	1.69-2.98c)	409/803(52)	2559/10452(25)	1.74-3.23c)
Faistauer und Plöderl 2006	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	82/468(17)					
Faulkner und Cranstont 1998b)	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen)d)	29/105(12)	209/1563(2)	2.5	29/105(12)	209/1563(2)	2.5
Garofalo et al. 1999b)	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen)			3.7			1.4
Gilman et al. 2001b)	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)			2.4			1.5
Goodenow et al. 2006	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen)d)	58/202(29)	237/3435(7)	5.4e)	58/202(29)	237/3435(7)	5.4e)
Häusermann und Wang 2003	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	89/471(19)					
Häusermann und Wang 2003	Erwachsene (12-Monatsprävalenzen)	19/471(4)					
Herell et al. 1999b)	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	15/103(15)	4/103(4)	6.5			
Mathy 2002	Erwachsene Asien (Lebenszeitprävalenzen)	3/28(11)	8/364(2)	5.3	1/7(14)	5/36(14)	1
Mathy 2002	Erwachsene Australien (Lebenszeitprävalenzen)	6/35(17)	9/169(5)	1.2-11.1	1/8(13)	2/31(7)	2.1
Mathy 2002	Erwachsene Europa (Lebenszeitprävalenzen)	2/44(5)	11/351(3)	1.5	4/0(0)	4/48(8)	0.9
Mathy 2002	Erwachsene Nordamerika (Lebenszeitprävalenzen)	312/3754(8)	975/25652(4)	2.3	179/1048(17)	500/5499(9)	2.1
Mathy 2002	Erwachsene Südamerika (Lebenszeitprävalenzen)	3/26(12)	3/152(2)	6.5	0/2(0)	1/37(3)	1
Paul et al. 2002	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	343/2881(12)					
Paul et al. 2002	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	242/2881(8)					

Plöderl 2005	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen) ^{d)}	51/358(14)	3/267(1)	14.6	51/358(14)	3/207(1)	14.6
Remafedi 2002	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	85/254(34)					
Robin et al. 2002 Massachusetts ^{b)}	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen) ^{d)}	83/228(36)	490/3948(12)	4	83/228(36)	490/3948(12)	4
Robin et al. 2002 Vermont ^{b)}	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen) ^{d)}	187/585(32)	818/6873(12)	3.5	187/585(32)	818/6873(12)	3.5
Russell und Joyner 2001 ^{b)}	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen) ^{d)}	23/453(5)	105/5233(2)	2.5	51/414(12)	293/5840(5)	2.5
Russell und Joyner 2001 ^{b)}	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen) ^{d)}	73/867(8)	398/11073(4)	2.5	73/867(8)	398/11073(4)	2.5
Senatsverwaltung Berlin 1999	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	20/111(18)			19/106(18)		
Skegg et al. 2003 ^{b)}	Erwachsene (Lebenszeitprävalenzen)	9/53(17)	26/427(6)	3.2	15/119(13)	32/343(9)	1.4
Wang et al. Santé Gaier ^{f)}	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)	57/471(12)					
Wang et al. SMASH ^{f)}	Jugendliche (12-Monatsprävalenzen)			2.09			
Wang et al. SMASH ^{f)}	Jugendliche (Lebenszeitprävalenzen)			5.36			

Anmerkungen:

Für die Berechnung der Prävalenzen mussten teilweise die Fallzahlen noch eruiert werden, womit geringe Abweichungen auftreten können.

a) Wenn nichts anderes vermerkt, wurden die Odds Ratio mit einem Konfidenzintervall von 95% berechnet.

b) Diese Ergebnisse wurden Plöderl et al. 2006 entnommen.

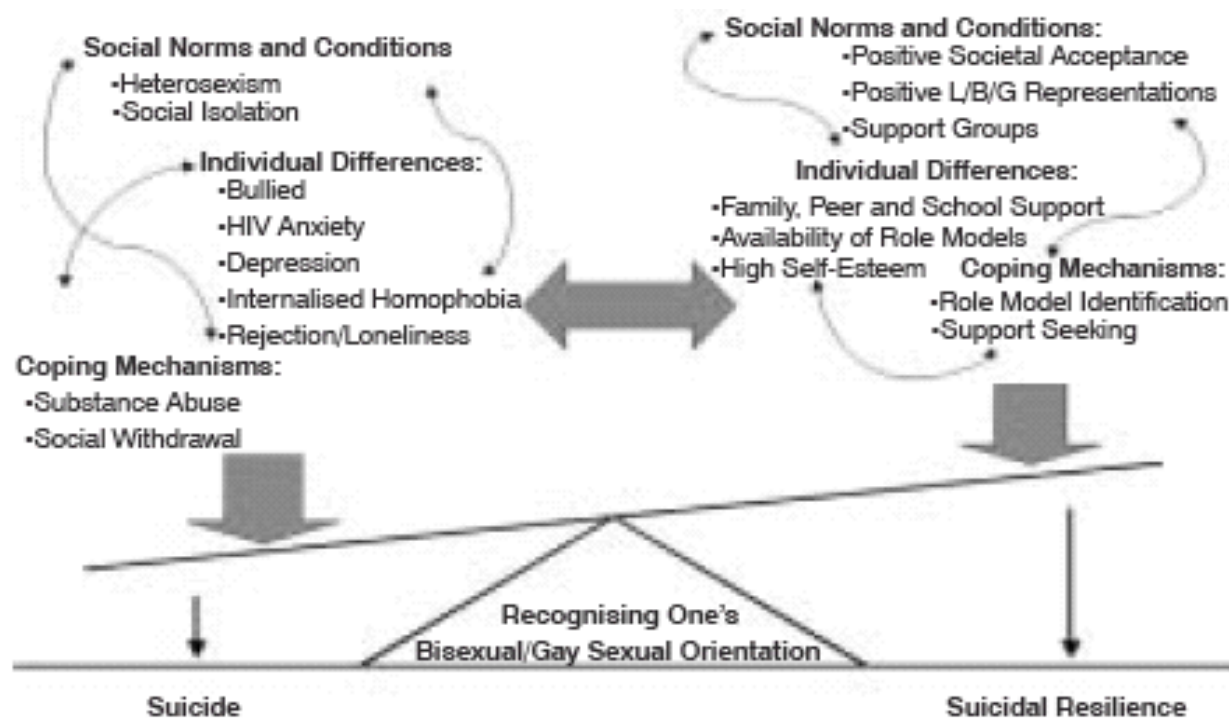
c) Die Autoren rechneten mit einem Konfidenzintervall von 99%.

d) Bei diesen Studien wurden die Suizidversuche nicht getrennt nach Geschlecht berechnet.

e) Die Odds Ratio wurde ohne Konfidenzintervall selbst ausgerechnet.

f) Im bisher veröffentlichten Abstract fungieren die Daten von Häusermann und Wang 2003 als Kontrollgruppe. Für die OR-Berechnungen wurden nur die Daten aus der SMASH-Studie berücksichtigt.

Anhang 5: Seesaw-Modell von Fenaughty und Harré (2003)¹⁹



¹⁹ Abbildung von Fenaughty und Harré 2003:17.