

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Andrej Poglajen

Duševno zdravje nemonoseksualnih oseb

Magistrsko delo

Ljubljana, 2019

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Andrej Poglajen

Duševno zdravje nemonoseksualnih oseb

Magistrsko delo

Študijski program: Socialno delo

Mentorica: red. prof. dr. Vesna Leskošek

Ljubljana, 2019

PODATKI O MAGISTRSKEM DELU

Ime in priimek: Andrej Poglajen

Naslov magistrskega dela: Duševno zdravje nemonoseksualnih oseb

Mentorica: red. prof. dr. Vesna Leskošek

Kraj: Ljubljana

Leto: 2019

Število strani: 108

Število prilog: 1

Število grafov: 37

Število tabel: 8

Povzetek: V magistrskem delu nudim vpogled v sociodemografske podatke samoidentificiranih nemonoseksualnih oseb v Sloveniji, ki veljajo za skrito in težko dostopno družbeno skupino. S tem na začetku osvetlim problem nevidnosti in izbrisa biseksualnosti, produkt česar je tudi sama predhodna ocena velikosti vzorca, ki je na koncu kar 4-krat večji od predvidenega števila enot. Poleg sociodemografskih podatkov z raziskavo pridobimo vpogled tudi v samooceno duševnega zdravja nemonoseksualnih oseb, ki je po pričakovanjih v večini slabša od dobre, pri tem pa lahko opazimo tudi vpliv razkritja na duševno zdravje kot varovalni dejavnik po eni in dejavnik tveganja po drugi strani. Med tem ko so odstotki doživljanja težav v duševnem zdravju alarmantni, pa se kot še bolj zaskrbljujoče kažejo podatki, kjer nemonoseksualne osebe navajajo, da pri soočanju s težavami, kot so samopoškodovanje, samomorilne misli in poskus samomora, v večini niso iskale podpore in pomoči ali pa za njihove težave in stiske ni vedel nihče. Kljub temu se je strokovne podpore in pomoči posluževala dobra četrtina oseb, predloge oziroma mnenja, kaj pa bi osebam pomagalo pri iskanju podpore in pomoči, pa je v raziskavi delila več kot polovica.

Ključne besede: nemonoseksualnost, biseksualnost, razkritje, monoseksizem, duševno zdravje.

Title: Mental health of nonmonosexual persons

Abstract: In this thesis, I offer an insight into the socio-demographic data of self-identified nonmonosexual persons in Slovenia, who are perceived as a hidden and hard to reach social group. I highlight the problematic issue of nonmonosexual invisibility and erasure in the beginning. Product of the invisibility is the estimated size of participants in this research by itself, which turned out to be 4 times greater in the end. Besides the socio-demographic data we also get an insight into nonmonosexual peoples' self assessment of their mental health which was worse than good, as was to be expected. Coming out also has an effect on mental health which can be seen as a factor of safety or a risk factor. Even more alarming than the rates of experiencing mental health issues is the troublesome data which shows that the majority of nonmonosexual people either didn't seek support and help or no one knew about them dealing with the issues of self harming, suicidal thoughts or suicide attempts. Despite so many people not seeking help in specified scenarios, more than a quarter of persons sought professional help and support while over a half offered their insights and suggestions into what would help them with seeking help and support.

Keywords: nonmonosexuality, bisexuality, coming out, monosexism, mental health.

PREDGOVOR

Obstajajo dnevi, ko določeni teksti letijo izpod naših prstov kot po maslu, spet drugič pa komaj lovimo roke za oddajo, saj se tekom pisanja soočamo z najrazličnejšimi ovirami tako zunanje kot tudi osebne narave. To magistrsko delo spada med slednje, saj so – enostavno povedano – osrednja tema dela in lastne življenjske izkušnje v preveliki korelaciji, da bi lahko iz udobja domačega naslonjača na hitro spisal, če si pretenciozno izposodim izraz, pionirsko kvantitativno raziskavo na temo duševnega zdravja biseksualnih oseb v Sloveniji. Z zavedanjem, da je tema "občutljiva" tako za osebe, ki si želijo čim bolj vključujoče in spoštljive reprezentacije, ki je že tako kritično primanjkuje, kot tudi za zunanje kritičarke¹, ki (najverjetneje) še niso imele mnogo priložnosti prebirati literature, ki eksplicitno vključuje biseksualnost, kaj šele literature, ki se nanjo osredotoča, se mi zdi smiselno, da pred samim teoretičnim delom naslovim nekaj osnovnih premislekov, na podlagi katerih sem gradil magistrsko delo.

Biseksualnost, če jo razumemo skozi prizmo čustev ali pa spolnih dejanj oziroma vedenja, je opažena in prisotna že od antičnih časov, kljub temu pa je biseksualnost kot identiteta dandanes priznana redkeje od hetero-/homoseksualnosti, njeno razumevanje je zreducirano izključno na fazo ali pa je interpretirana kot homoseksualnost. Čeprav sem na začetku razmišljal, da bi v raziskavo vključil čim večji nabor oseb z biseksualnimi izkušnjami, se v takšnem pristopu skriva kar nekaj po mojem mnenju invazivnih orodij, ki bi ob malenkostni nepremišljenosti lahko škodovala pogledu na biseksualnost in nehote še bolj utrdila prej omenjene strategije izbrisa biseksualnosti. Takšen pristop bi namreč nujno vključeval preverjanje doživljanja čustev, privlačnosti, spolnih izkušenj itd., kar pa se lahko kaj hitro preoblikuje v konstruiranje (bifobnih) pogojev za *kdaj je oseba dovolj biseksualna*; katere vse oblike privlačnosti bi morala zaznavati in v kakšni meri, kakšna bi morala biti njena spolna zgodovina, ali v vzorec vključujemo tudi osebe, ki se identificirajo kot heteroseksualne, vendar občasno prakticirajo spolne odnose tudi s sebi podobnim spolom itd. Možnosti je ogromno, kot je tudi lastnih resničnosti oseb, ki poročajo o biseksualnih izkušnjah po svetu. Posledično sem se odločil za fokus na samoidentifikacijo oseb kot biseksualnih, kjer biseksualnost razumem kot nadpomenko oz. jo v teoretičnem delu enačim s pomenom nemonoseksualnosti, tj. s potencialom za privlačnost do oseb več kot enega spola ali ne glede na spol, ne nujno v istem obdobju ter ne nujno na enak način ali v enaki meri.

¹ Ženski slovnični spol je v celotnem delu uporabljen kot nevtralen in se nanaša na osebe vseh spolov.

Podobno kot pri biseksualnosti pa sem imel tudi pri temi duševnega zdravja kar nekaj pomislekov. Najprej sem se po pomoč za ugotavljanje duševnega zdravja naslonil na stroko psihologije in njene že vnaprej pripravljene in posledično zelo priročne vprašalnike, kar pa mi je pustilo enako grenak priokus kot poskus – če karikiram – “diagnosticiranja” biseksualnosti. Socialno delo namreč ne pozna diagnoz, ne diagnosticira in ne izhaja iz pozicije nezmotljivih strokovnjakinj, ki vedo, ampak smo spoštljive in odgovorne zaveznice v procesu sodelovanja, kjer so uporabnice strokovnjakinje iz izkušenj. Zaradi tega me je bolj zanimalo doživljanje in samoocena duševnega zdravja biseksualnih oseb samih. Nenazadnje tuje raziskave že dokazujejo drastično slabša stanja v duševnem zdravju biseksualnih oseb v primerjavi z občo družbo, zato se mi je zdelo bolj pomembno pridobiti vpogled v njihova pričevanja. Prav zaradi takšnih raziskav pa sem že vnaprej predvideval, da obstaja visoka verjetnost, da bo marsikatera biseksualna oseba, ki bo prišla v kontakt z mojim vprašalnikom, doživljala neke vrste težav v duševnem zdravju. Zaradi tega nisem želel, da se tako vprašalnik kot tudi sama raziskava končata z občutki nemočnosti ali dodatnega notranjega nemira ob prebiranju vprašanj, ki so preblizu osebnim izkušnjam posameznic, in sem dodatno uvedel še kategorijo iskanja podpore in pomoči ter vprašanje, kaj bi osebam pri slednjem pomagalo.

Menim, da je to dober začetek in podlaga za nadaljnja raziskovanja biseksualne skupnosti (če lahko uporabim izraz skupnost) v Sloveniji na sploh, saj s fokusom na samoidentifikaciji osvetlimo manjšinsko skupino, ki je pre pogosto odsotna v diskurzih znotraj LGBT+ skupnosti, v akademski sferi in tudi v obči družbi, in utrjujemo njeno legitimnost v akademskih tekstih. V upanju, da bo moje magistrsko delo vzbudilo vsaj kanček zanimanja pri potencialnih bralkah in imelo vsaj majhen doprinos v borbi proti strukturnim strategijam izbrisa biseksualnosti, vas vabim k branju.

*Zahvaljujem se mentorici **red. prof. dr. Vesni Leskošek** za vso podporo in razumevanje, koristne komentarje in neverjetno odzivnost med tekom pisanja magistrskega dela.*

*Prav tako se zahvaljujem tudi **Adi Černoša**, ki mi je s svojim globokim poznavanjem tematike nepredstavljivo olajšala iskanje primerne literature.*

Zahvaljujem se tudi staršema in sestri, ki so mi znali prisluhniti, kadar sem to najbolj potreboval, in še posebej, ker so mi nudili prostor in mir ob trenutkih navdiha.

Na koncu gre zahvala prav vsem, ki ste mi na kakršen koli način stale ob strani.

Hvala!

Kazalo

1. TEORETIČNI UVOD	1
1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE	1
1.1.1. Dejavniki, ki vplivajo na duševno zdravje	3
1.1.2. Duševna bolezen oziroma motnja	4
1.1.3. Duševno zdravje kot kontinuum	5
1.1.4. Duševno zdravje in družba	7
1.1.5. Družbeno izključevanje	7
1.1.6. Stigmatizacija	8
1.2. (NE)MONOSEKSUALNOST?	9
1.2.1. Biseksualnost	10
1.2.2. Izbris biseksualnosti	14
1.2.3. Predsodki in stereotipi	17
1.2.4. Bifobija	19
1.2.5. Nasilje	21
1.3. DUŠEVNO ZDRAVJE BISEKSUALNIH OSEB	23
1.3.1. Ponotranjeno zatiranje	24
1.3.2. Manjšinski stres	25
1.3.3. Pogostost težav v duševnem zdravju	26
1.3.4. Depresija	27
1.3.5. Anksioznost	29
1.3.6. Samopoškodovanje	30
1.3.7. Samomorilnost	31
2. PROBLEM	33
2.1. Raziskovalna vprašanja in hipoteze	34
3. METODOLOGIJA	36
3.1. Vrsta raziskave	36

3.2.	Merski inštrument	36
3.3.	Populacija in vzorčenje	36
3.4.	Zbiranje podatkov	37
3.5.	Obdelava in analiza podatkov	37
4.	REZULTATI	38
4.1.	Sociodemografski podatki	38
4.2.	Stanje razkritja in doživljanja diskriminatornih izkušenj	46
4.3.	Doživljanje duševnega zdravja	54
4.3.1.	Podpora in pomoč pri izboljšanju duševnega zdravja	64
5.	RAZPRAVA	67
6.	SKLEPI	82
7.	PREDLOGI	86
8.	LITERATURA	88
9.	PRILOGE	96
9.1.	Spletni vprašalnik	96
10.	POVZETEK	107

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. DUŠEVNO ZDRAVJE

Duševno zdravje kot koncept je izrazito subjektivne narave in ima številne definicije. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2018) duševno zdravje opredeljuje kot tisto stanje dobrega počutja, v katerem lahko vse posameznice uresničijo svoje potenciale, obvladujejo običajne stresne dogodke, produktivno in uspešno delajo ter imajo svoj doprinos v skupnosti (prav tam, moj prevod). Na to definicijo se opira tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ, 2015), ki dodaja, da duševno zdravje omogoča posameznici udeležanje njenih racionalnih ter emocionalnih zmožnosti ter ji omogoča, da najde in izpolni svojo vlogo v poklicnem, družbenem in zasebnem življenju. Pilgrim (2005) govori o širšem pogledu na duševno zdravje in sicer poudarja, da izraz v pozitivni konotaciji uporabljamo za opis psihološkega blagostanja, negativno pa za opis nasprotja, tj. za težave in motnje v duševnem zdravju.

Kadar govorimo o duševnem zdravju, seveda ne smemo pozabiti omeniti temeljnega dokumenta, Zakona o duševnem zdravju (Ur. l. 77/08 in 76/15-ZDZdr), ki duševno zdravje opredeli kot stanje posameznice, ki se kaže v njenem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja. Zakon je osnovan na strateškem dokumentu EU za duševno zdravje in sicer na Evropskem paktu za duševno zdravje in dobro počutje. Glavna razlika oz. diktacija, ki jo strateški dokument uvede, je, da je duševno zdravje človekova pravica. Musek je že leta 1993 poudarjal, da duševnega zdravja nikakor ne dojemamo kot človekovo pravico in poglejmo, kako si je to razlagal. Musek (1993) pri svojem opisu človekovih pravic poudarja, da pojem ni zelo star, vsekakor pa ni univerzalen in se ne pojavlja v vseh dobah in v vseh kulturah. V polni meri se namreč pojavlja le v zahodni kulturni tradiciji in se je oblikoval v utemeljitvah demokratičnega reda v antičnih Atenah, svoje je prispevalo tudi rimsko pravo s spoštovanjem državljanskih pravic in svoboščin, z idejo o božji podobi pa je prispevek dodalo tudi krščanstvo. Vrednoto človeka in osebnosti je dokončno utrdila razsvetljenska miselnost s pojmom osebnega dostojanstva, s katerim gredo vsaki osebi po naravi vse osebnostne pravice, do katerih ni nihče bolj upravičen kot

so tudi drugi. Musek (prav tam) zato pravi, da je zanimivo ugotoviti, da ta ista miselnost hkrati poskrbi tudi za nekaj, kar bi lahko označili kot sistematično kršenje človekovih pravic, saj so bile celotne kategorije ljudi v praksi in tudi zakonih opredeljene kot izjeme, za katere te človekove pravice vendarle ne veljajo, vsaj ne v celoti.

V ZDZdr je v 12. členu zapisano, da "[se] [o]sebi [se] v času obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi zagotavlja spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti."

Navidezno je torej težava v zakonskih okvirih odpravljena, vendar Musek dodaja, da se v okviru duševnega zdravja ne smemo pogovarjati samo o pravicah in dolžnostih, marveč tudi o odgovornosti. (prav tam). "Ni dostojanstva, če ni svobode, a ga tudi ni, če ni odgovornosti" (Musek, 1993, str. 13). Avtor (prav tam) poudarja, da v primerih nadzorovanja ne gre samo za raznolike oblike pomoči razumevanja ali pojasnjevanja nekaterih ravnanj, ampak tudi za onesposabljanje za prevzemanje odgovornosti. "To pa ni več nobena pomoč, kaj šele varovanje človeka dostojnega življenja" (Musek, 1993).

Prevzemanje in delitev odgovornosti je eno od osnovnih izhodišč pri vzpostavljanju delovnega odnosa (Čačinovič Vogrinčič, 2002), ki je osrednji koncept stroke socialnega dela, zato je presenetljivo, da je največ gibanja v smeri vračanja odgovornosti uporabnicam s težavami v duševnem zdravju prav tam. Rafaelič, Ficko in Flaker (2017) tako opisujejo proces deinstitutionalizacije v Sloveniji in ga povezujejo z gibanji in okoliščinami, ki spremenijo pogled na osebe, ki živijo v institucionalni oskrbi. Proces deinstitutionalizacije opisujejo kot proces, v katerem prioriteto postavimo spremembe v odnosih moči za doseganje tako sistemskih in političnih sprememb kot tudi sprememb v življenjih uporabnikov: "Deinstitutionalizacija mora uporabnikom zagotoviti vključevanje in moč odločanja na vseh ravneh" (Rafaelič, Ficko in Flaker, 2017, str. 187).

Kljub bogati in precej dolgi zgodovini z deinstitutionalizacijo in eksperimentiranjem v socialnem varstvu v Sloveniji še nismo uspeli v celoti preoblikovati nobenega zavoda (prav tam), smo pa precej uspešno pričeli z vpeljavo postmoderne paradigme socialnega dela (Čačinovič Vogrinčič idr., 2005, str. 11) in posledično spremembe razumevanja in razmišljanja tudi o duševnem zdravju.

Čačinovič Vogrinčič uporabi O'Hanlonov (*Possibility Therapy: from iatrogenic injury to estrogenic healing*, 1993, kot navedeno v Čačinovič Vogrinčič, 2000, str. 82) koncept razvoja psihoterapije in govori o prvem valu, temelječem na patologiji, drugi val je bil usmerjen v problem in reševanje problema in tretji val se je namesto v problem usmeril v iskanje rešitev. Za četrti val je avtor zapisal, da šele prihaja, Čačinovič Vogrinčič pa dodaja, da temelji na etiki udeležnosti.

1.1.1. Dejavniki, ki vplivajo na duševno zdravje

Dejavnike, ki vplivajo na duševno zdravje, lahko na splošno ločimo na tiste, ki duševno zdravje varujejo, krepijo in spodbujajo, ter nasprotno na tiste, ki imajo na duševno zdravje negativen vpliv. Jeriček Klanšček in druge (2018) opisujejo varovalne dejavnike kot tiste, katerih vpliv zmanjšuje verjetnost pojava težav, ugodno vplivajo na duševno zdravje in zmanjšujejo posamezničin odziv na dejavnike tveganja. Dejavniki tveganja pa povečujejo verjetnost pojava simptomov duševnih težav in motenj. Dejavnike tveganja lahko razdelimo v več kategorij in sicer na individualne dejavnike, kamor štejemo biološke predispozicije, psihološke značilnosti posameznika, življenjske sloge idr., na družinske dejavnike, kjer imamo v mislih predvsem stil komuniciranja, že prisotne duševne težave ali motnje v družini, različne pojavne oblike nasilja idr., ter na dejavnike okolja, s katerimi se nanašamo predvsem na socioekonomske značilnosti ožjega in širšega okolja, kot je npr. dostopnost do pomoči (Roškar, Jeriček Klanšček in Konec Juričič, 2015).

Mednarodna klasifikacija bolezni (ICD) opisuje naslednje neugodne psihosocialne situacije, ki jih lahko razumemo kot dejavnike tveganja: težave, ki so povezane s primarno družino, težave s posamezničinimi značilnostmi, težave, ki so povezane z vzgojo in izobraževanjem, ter težave, ki so povezane s socialnim okoljem (prav tam).

Poudariti je potrebno, da so tako vsi dejavniki kot tudi njihovi učinki v medsebojnem sodelovanju oziroma vplivanju. Wille in drugi (2008, kot navedeno v Jeriček Klanšček idr., 2018) tako navajajo, da v primeru, da je prisotnih več varovalnih dejavnikov in en dejavnik tveganja, le 7 % mladostnikov izraža težave, medtem ko se ob odsotnosti varovalnih dejavnikov ta delež poveča na 26 %. Dodajajo, da se dejavniki tveganja redko pojavljajo samostojno, tako da se ob sočasnem pojavljanju šestih ali večih dejavnikov tveganja procent mladostnikov, ki poroča o nastanku težav v duševnem zdravju, poveča na 67 %.

1.1.2. Duševna bolezen oziroma motnja

Medicinski pogled na duševno zdravje še danes v veliki meri temelji na dojemanju duševnega zdravja, ki temelji na patologiji. Zanj je značilna diagnoza problema in drugih primanjkljajev z vnaprej predvidenimi univerzalnimi postopki za zdravljenje. Lamovec (2006) opisuje medicinski model, ki išče vzroke v nedelovanju telesa znotraj standardnih okvirjev. Ker se na takšna stanja lepi naziv bolezni, pa nujno sledi tudi obravnava in zdravljenje s strani strokovnjakinj medicinske stroke. Če uporabimo dikcijo medicinskega pogleda, je potem težava v duševnem zdravju bolezen oziroma motnja.

Diagnosticiranje poteka z uporabo dveh uveljavljenih klasifikacijskih sistemov. Prvi je Mednarodna klasifikacija bolezni oziroma ICD, drugi pa Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj oziroma DSM. Oba se zanašata na in nadgrajujeta delo Emila Kraeplina, ki je z raziskovanjem demence postavil trend ne samo razvrščanja in klasificiranja norosti, temveč tudi predpostavko o nevrološki predispoziciji za opazovano stanje (Pilgrim, 2005). Še dandanes so predpostavke o bioloških izvorih težav v duševnem zdravju dominantne v psihiatrični stroki, vendar pa jim kljubuje kar nekaj strok in to predvsem zaradi vprašanja etiologije. Pilgrim (2005) poudarja omejenost priročnika DSM, ki se izogiba komentarjem o etiologiji in se raje osredotoča na behavioristične opise "nenormalnih" psiholoških stanj. Slednjo omejenost prikaže z naslednjo logiko (Pilgrim, 2005, str. 8, naš prevod):

V: Kako veste, da ima pacient shizofrenijo?

O: Ker nima vpogleda v lastna čudna prepričanja in doživlja zvočne halucinacije.

V: Zakaj ima čudna prepričanja in doživlja halucinacije?

O: Ker ima shizofrenijo."

Flaker in Lamovec (1993) pravita, da je duševna bolezen izum medicine, ki pa ga splošna javnost precej nekritično sprejema in ponotranja. Pripisujeta mu zastrašujoč in deprimirajoč prizvok, saj vsebuje konotacije neozdravljivosti, propada in izobčenosti. Pravita (prav tam), da duševna bolezen v spoznavno-teoretičnem smislu ni bolezen, temveč dispozicija, ki nakazuje na duševno neodpornost in ne zajema le neučinkovitost specifične življenjske funkcije, ampak vpliva na celotno osebnost, pa tudi na socialne mreže in

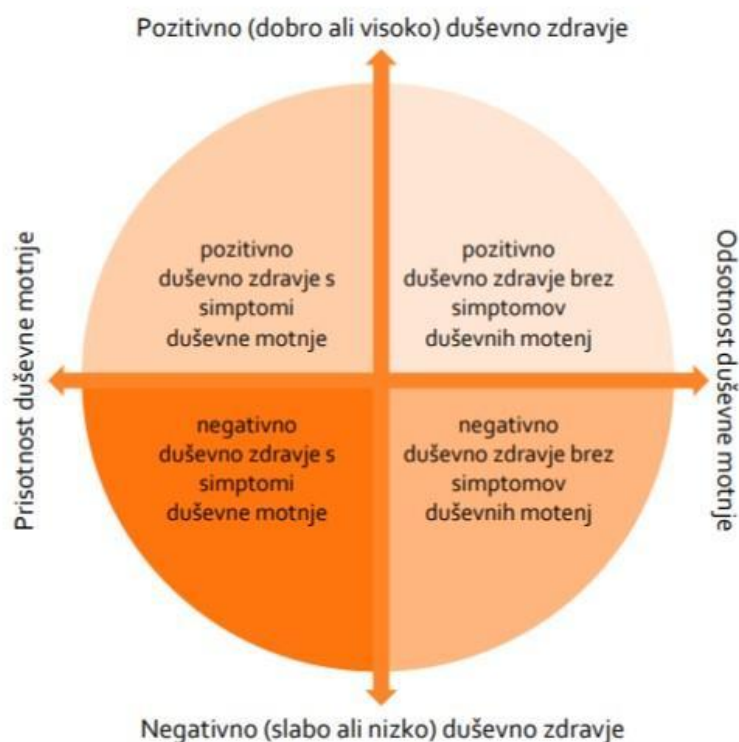
življenjske cilje osebe, saj je " [...] uradno [je] takšna oseba bolna, čeprav je ves čas zdrava" (Lamovec in Flaker, 2006, str. 88).

Pilgrim (2005) analizira delo Thomasa Szasza, ki je v 1960-ih letih govoril o mitu duševne bolezni. Mit duševne bolezni ne govori namreč o tem, da ljudje niso žalostni, prestrašeni ali celo nori, temveč poudarja, da so to načini in ovire v življenju, ne pa simptomi bolezni, in šele z odprto glavo bomo lahko našli drugačne načine, kako jih dojemamo. Poudarja namreč, da so bolezni možganov, ki se odražajo v spremenjenem mišljenju in obnašanju, samo to – bolezni možganov, ki bi jih morali poimenovati kot nevrološke bolezni. Kot nasprotje temu pa predstavljajo stanja, kjer se diagnoza prične in zaključi samo pri primerih mišljenja in obnašanja, ki jih okolica ne sprejema, nimajo pa bioloških izvorov, niso bolezenska. Psihiatrična klasificiranja nekonformnosti kot duševne bolezni je tako logična napaka in dopušča nadzor nad "norostjo" pod pretvezo medicinske koristi (prav tam). Lamovec (2006) dodaja, da ti miti tako služijo družbi kot neke vrste pomirjevalo.

1.1.3. Duševno zdravje kot kontinuum

Do sedaj sem o duševnem zdravju pisal predvsem kot o stanju, ki je ločeno od težav ali motenj. Vendar pa je tako razumevanje precej v disonanci s sodobno stroko socialnega dela, ki na dane situacije gleda veliko bolj holistično, med seboj povezano in v stalni interakciji. Novejše opredelitve duševnega zdravja izhajajo iz koncepta kontinuuma, kjer duševno zdravje ni statično stanje, temveč je nekaj spremenljivega od pozitivnega k negativnemu in seveda tudi obratno. Jeriček Klanšček in druge (2018) tako opisujejo pozitivno duševno zdravje na enem koncu, čemur sledijo težave v duševnem zdravju, na drugem skrajnem koncu kontinuuma pa se nahajajo duševne motnje. Uporabnica se po tem kontinuumu tako premika odvisno od raznolikih dejavnikov, ki jih bom navedel kasneje, najprej pa nadgradimo koncept duševnega zdravja kot kontinuuma. Čeprav je omenjena opredelitev bolj prožna od dojetanja duševnega zdravja kot fiksne stanja, nekateri avtorji opozarjajo, da zaradi kontinuuma samega, kjer so tako kategorije pozitivnega in negativnega duševnega zdravja nanizane na istem kontinuumu, oseba v določenem trenutku lahko zavzema samo eno kategorijo. Primer: če se oseba v danem trenutku nahaja na koncu kontinuuma, kjer so duševne motnje, le to izključuje iskanje virov moči v pozitivnih duševnih stanjih in obratno (prav tam).

Zaradi navedene pomanjkljivosti avtorice govorijo o dveh ločenih, a simultano povezanih kontinuumih. Prvi je kontinuum duševnega zdravja, drugi pa kontinuum duševnih motenj.



Slika 1. Dvofaktorski model duševnega zdravja. Vir: Jeriček Klanšček idr., 2018, str. 21.

Na navpični osi tako najdemo kontinuum duševnega zdravja. Stopnje so pozitivno, dobro oziroma visoko izraženo duševno zdravje na eni strani ter negativno, slabo oziroma nizko izraženo duševno zdravje na drugi (Jeriček Klanšček, idr., 2018, str. 20). Kontinuum duševnih motenj, ki se nahaja na vodoravni osi, pa navaja različne stopnje duševnih motenj. Navaja prisotne in izražene duševne motnje na eni in neprisotne in neizražene motnje na drugi strani (prav tam). Takšno razumevanje nam omogoča vpogled v posledice sovplivanja raznolikih stanj, ki se zabeležijo v štiri kvadrate med osema. Jeriček Klanšček in druge (2018) poudarjajo, da je prednost takšnega razumevanja predvsem v možnosti prehajanja med posameznimi stanji, saj odsotnost duševnih težav še ne pomeni nujno dobrega duševnega zdravja in obratno.

1.1.4. Duševno zdravje in družba

Mikuš Kos (2017) pravi, da se razlage duševnega zdravja spreminjajo s časom, saj so teorije vedno prepletene z družbenimi ideologijami. Sodobne razlage nastanka in vzdrževanja duševnih motenj pa opisuje kot celostne, kjer teorije zajemajo del resnice, poenostavljeno pa govori o tem, da je vse v vzročno-posledični povezavi in med seboj prepleteno. Razlage se ne spreminjajo le s časom, temveč tudi s kulturo. Zaviršek (2000) tako govori o kulturnem manifestiranju stisk oziroma sindromih povezanih s kulturo: "Sindromi povezani s kulturo označujejo izražanje duševnega trpljenja v raznih simbolnih okoljih in so oblike vedenja, ki se kažejo v omejenem prostoru neke skupine, imajo v njem legitimnost in so delno institucionalizirane" (Zaviršek 2000, str. 171, 172). Nadaljuje, da manifestiranje duševnih stisk in nezadovoljstva poteka in se manifestira v sprejemljivih kulturnih vzorcih obnašanja. Slovenija je tako najbolj znana po uporabi alkohola in visoki stopnji samomorilnosti.

Že od industrijske revolucije dalje se je v zahodni družbi s pojavom norme in učinkovitosti uveljavila tendenca po odstranjevanju nefunkcionalnih elementov iz družbe v obliki segregacije. To je vsiljeno ločevanje posameznice ali družbene skupine od druge oziroma od splošne populacije (Pilgrim, 2005, str. 121). Kljub iniciativam za deinstitutionalizacijo pa današnje institucije, ki služijo za pomoč pri težavah v duševnem zdravju, še vedno opravljajo funkcijo segregacije, četudi z več omejitvami in s cilji okrevanja (Pilgrim, 2005). Na to vpliva tudi dominantna kulturna slika, ki jo imamo ljudje o posameznicah s težavami v duševnem zdravju, in sicer, da so to inherentno nasilne osebe. Kot pravi Zaviršek (2000), so v občo kulturo slike o hendikepiranih vključene prav z namenom, da krepijo predstave o normalnosti. Zanimivo pa je, da so osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, redkeje nasilne in so večkrat žrtve in tarče različnih oblik nasilja (Pilgrim 2005, str. 167).

1.1.5. Družbeno izključevanje

Ena izmed potencialnih oblik nasilja je socialno izključevanje. Izraz se navezuje na raznolike načine onemogočanja dostopa posameznicam ali skupinam do stopnje državljanske participacije, družbenega povezovanja in premoženja, ki je na voljo drugim (Pilgrim, 2005).

Po Pilgrim (2005, str. 161-164) se socialna izključenost kaže na več področjih:

- ovire na področju zaposlovanja, ki se kažejo v kronični nezaposlenosti, zgodovina potencialnega psihiatričnega zdravja pa pogosto ogroža pridobitev zaposlitve v prihodnosti
- posmeh in sovražna nastrojenost s strani medijev, ki zrcalijo, kreirajo in utrjujejo antipatijo obče družbe
- revščina, ki obsega širše parametre kot zgolj ovire na področju zaposlovanja, vključuje namreč dodatne stresorje v obliki glasnosti, onesnaženosti, šibkih socialnih mrež in visokih stopenj kriminala. Zaradi pomanjkanja pomembnih in vsebinskih aktivnosti uporabnice pogosteje posežejo po substancah, ki pa lahko težave v duševnem zdravju povečajo
- zakonsko dovoljena diskriminacija pa opisuje moč, ki je dodeljena psihiatričnim ustanovam, da prisilno pridržijo uporabnice, jim vsiljujejo zdravila, jih osamijo in odvzamejo zasebnost ter avtonomnost.

Opisana področja prikazujejo vpogled v kolektivne diskriminatorne odzive obče družbe na osebe s težavami v duševnem zdravju, ki omogočajo globlje razumevanje procesa socialnega izključevanja oziroma socialne izključenosti kot take (Sayce, 2000). Hkrati pa je ključnega pomena razumeti in upoštevati tudi individualne okoliščine stereotipiziranja.

1.1.6. Stigmatizacija

Stigma opisuje družbene posledice negativnih atributov osebe, ki bazirajo na stereotipih. V primeru oseb, ki imajo težave v duševnem zdravju, govorimo predvsem o stereotipih pomanjkanja inteligentnosti ali razumljivosti, socialnih kompetenc in nasilnosti oziroma nevarnosti (Pilgrim, 2005). Goffman (2008) tako opisuje tri tipe stigme:

- telesne deformacije
- karakterne ovire oziroma hibe
- skupinske stigme ras, narodnosti in ver.

Te lastnosti lahko popolnoma zasenčijo druge vire in karakteristike oseb, ki bi morebiti bile zaželeni s strani obče družbe, in tako onemogoča uspešno interakcijo. Posledica je

lahko dodatna izguba samospoštovanja, samo umik, izključevanje in izolacija ter brezposelnost in revščina (prav tam).

Pri stigmatizaciji obstajata dva glavna vidika. Prvi vidik se nanaša na dojetanje stigmatizirane osebe kot stereotipne predstavnice določene družbene skupine, drugi pa na negativno konotacijo stereotipiziranja. Oboje je povezano s čustvenimi reakcijami v drugih. Najpogosteje so to strah, zaničevanje in gnus, občasno pa tudi usmiljenje in skrb (Pilgrim, 2005). Iz slednjega lahko razberemo, da ima stereotipiziranje tako čustveno kot tudi racionalno komponento, ki vodi v socialno (re)akcijo. Vendar pa je stereotipiziranje iracionalno, navaja Pilgrim (2005). Res je, da se nekatere osebe s težavami v duševnem zdravju včasih vedejo nerazumljivo, ne obstaja pa nikakršen podatek, da bi se vse osebe s težavami v duševnem zdravju vedle nerazumljivo ves čas (prav tam). Potrebno je tudi razumevanje in upoštevanje konteksta, saj so lahko določene oblike "norosti" popolnoma razumljive v določenem okolju, v drugem pa ne (Zaviršek, 2000). Prav tako obstajajo dokazi, da imajo nekatere osebe s težavami v duševnem zdravju slabše socialne kompetence v določenih trenutkih, vendar pa to nikakor ne velja za vse osebe in ves čas. Nasprotno – so tudi trenutki, kjer so socialne kompetence in kredibilnost povečane, ne zmanjšane (Pilgrim, 2005). Isto se kaže tudi v predsodku o nasilnosti, saj velika večina oseb s težavami v duševnem zdravju ni nič bolj nasilna. Kaže se celo, da so npr. osebe, ki doživljajo anksiozna stanja, manj verjetno nasilne kot obča populacija.

Preden se lotimo duševnega zdravja nemonoseksualnih oseb, pa je potrebno razjasniti osnovno terminologijo, s katero bom operiral na naslednjih straneh, in razjasniti specifične okoliščine, ki lahko ključno vplivajo na življenje oseb.

1.2. (NE)MONOSEKSUALNOST?

Začnimo pri sami besedi nemonoseksualnost. Pri pogovorih in diskusijah o temi magistrskega dela, sem hitro zaznal, da se pomen besede prepogosto meša z nemonogamnostjo, vendar pa besedi nimata ničesar skupnega. Monogamnost namreč govori o vedenju, kjer ima oseba samo eno partnerko v določenem časovnem obdobju, med tem ko nemonoseksualnost opisuje spolno usmerjenost oseb, ki čutijo privlačnost do več kot enega spola in se tako tudi identificirajo. Kot monoseksualno lahko torej opišemo

osebo, ki čuti privlačnost do nič več kot enega spola in se tako tudi sama identificira (Eisner, 2013).

Nemonoseksualnost (tako kot razumemo tudi biseksualnost v tem delu) je krovni termin, ki označuje vse identitete, ki ne spadajo pod pojem monoseksualnosti, v katerega lahko štejemo heteroseksualnost in homoseksualnost. Heteroseksualnost, ki se v okvirih današnje zahodne družbe (in tudi drugih) dojema kot norma, je vseprisotna, nereflektirana in pogosto nevidna (Kuhar, 2005). Mnogim ljudem je homoseksualnost, če ne že sprejemljiva, pa vsaj razumljiva, saj s svojo pozicijo kot nasprotje normi utrjuje binarno naravo družbenega sistema.

Čeprav so v tem delu očitki o binarni naravi primerjave monoseksualnost – nemonoseksualnost na mestu, pa se mi slednje zdi ključnega pomena za razumevanje in prikaz neenakomernih razmerij moči v nadaljevanju.

"Poleg tega ni nič manj binarno, kadar govorimo o monoseksualnem/biseksualnem, kot v primerih, ko govorimo o cispolnem/transspolnem, moškem/ženskem, belem/črnem ali heteroseksualnem/kvir. Dejstvo, da pa je samo biseksualno gibanje tarča takšnih vseprisotnih binarnih obtožb [...], pa je najmanj sumljivo, če nič drugega." (Eisner, 2011, b. d., moj prevod)

Kot nemonoseksualne tako lahko razumemo vse osebe, ki jih privlači več kot en spol **in se identificirajo** kot biseksualne, panseksualne, fluidne, kvir, heterofleksibilne, homofleksibilne ali pa zase uporabljajo katero drugo identiteto (Eisner, 2011).

V nadaljevanju bom prikazal, zakaj sam besedo nemonoseksualnost praktično enačim s pomenom besede biseksualnost.

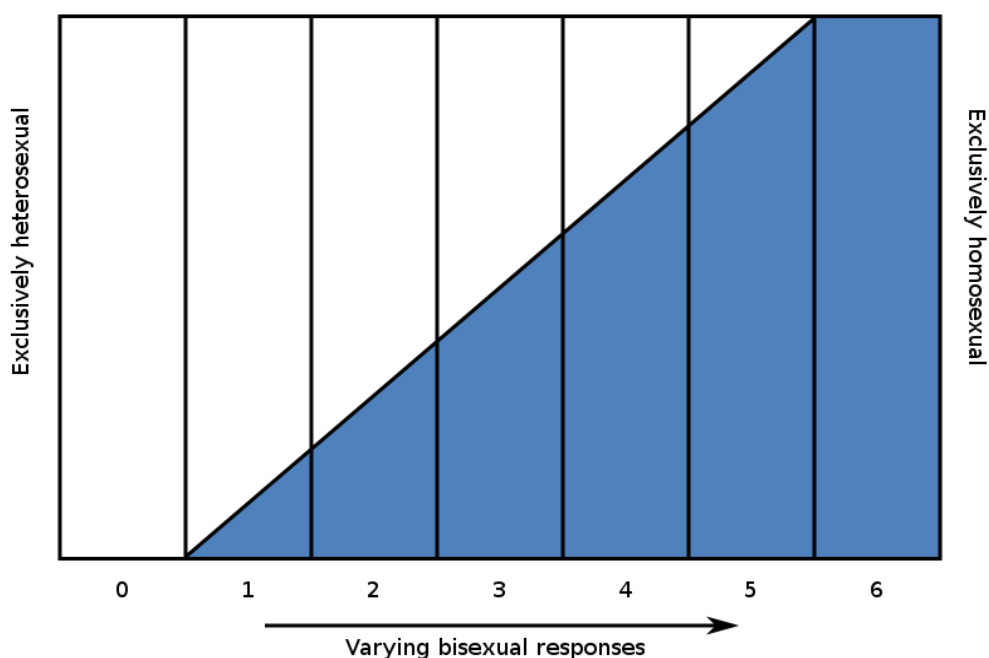
1.2.1. Biseksualnost

Biseksualnost je pogosto razumljena kot privlačnost do obeh spolov, kar lahko razberemo tudi v *Slovarju slovenskega knjižnega jezika* (2000), ki biseksualnost opisuje kot "nagnjenost k obema spoloma". Poleg tega smo bile naučene, da biseksualnost niha med heteroseksualnostjo in homoseksualnostjo, ne da bi kadarkoli postala lastna identiteta, temveč obstane na nivoju vedenja (Du Plessis, 1996). Pogosto je podvržena pretiravanju v smislu vse ali nič – "vsi so biseksualni ali pa nihče ni" (prav tam, str. 19, moj prevod).

Razumevanje biseksualnosti danes je močno povezano s tem, kako se je biseksualnost razumelo v preteklosti. Od sredine 19. stoletja je Zahodna Evropa uporabljala izraz biseksualnost v fizioloških in anatomskih opisih bitij, ki so imele nediferencirane spolne znake oziroma naj bi izražala znake, ki so medicinsko značilni za ženski in moški spol. V zgodnjem 20. stoletju pa se je beseda uporabljala bolj za opisovanje psihološkega področja, kjer so bile opazne feminilne ter maskuline značilnosti v isti posameznici, hkrati pa je opisovala tudi spolno privlačnost do oseb "obeh" spolov. V zgodnjih 1980-ih pa je nastala distinkcija, ki še danes močno vpliva na razumevanje biseksualnosti, to je razločitev razumevanja in interpretacije biseksualnosti kot oblike spolne usmerjenosti ali identitete na eni ter spolne prakse na drugi strani (MacDowall, 2009). Prav razumevanje biseksualnosti kot izključno spolne prakse, jo postavlja v manjvreden položaj v primerjavi z uveljavljenimi identitetami, ji daje prehodno naravo, katere cilj je izbira končne, "prave" identitete, in ji jemlje kakršno koli legitimnost. Takšno razumevanje je podlaga za še vedno vztrajajoče mite o biseksualnosti.

Hunter in drugi (1998) navajajo dva glavna mita o biseksualnosti. Prvi mit: biseksualnost ne obstaja. Zaradi spolnega binarizma in dihotomije so osebe, ki se definirajo kot biseksualne+, pogosto podvržene dvomu in prepričanju, da so ali hetero- ali homoseksualne. Obstaja prepričanje, da je biseksualnost orodje za prikrivanje lastne spolne usmerjenosti ali pa odlašanje razkritja (prav tam). To razumevanje se logično nadaljuje v drugi mit, ki biseksualnost poimenuje kot začasno obliko seksualnosti. Biseksualnost je tako zreducirana na fazo, ki se zaključi v trenutku, ko biseksualna oseba izbere eno partnerko, s čimer se prav tako pokaže njena "prava" spolna usmerjenost (prav tam).

Prav obratno pa je na podlagi svoje raziskave trdil Kinsey (1948). Z raziskavo *Sexual behaviour in the human male* je spolno usmerjenost postavil na kontinuum med homoseksualno in heteroseksualno usmerjenostjo in močno pripomogel k nadaljnjim študijam spolne usmerjenosti.



Slika 2. 7-stopenjska lestvica spolne usmerjenosti. Vir: Kinsey, 1984, str. 642

Njegova 7-stopenjska lestvica je spolno usmerjenost predstavila na kontinuumu od 0 do 6, kjer 0 predstavlja popolnoma heteroseksualno, 6 pa popolnoma homoseksualno spolno usmerjenost. Čeprav je odprl vrata za nadaljnja raziskovanja, pa je kategoriziranje poenostavil do te mere, da postaneta spolno vedenje in spolna identiteta isti pojem (Novak, 2015).

Na splošno se pri definicijah spolne usmerjenosti pojavljajo težave, saj med ljudmi obstaja tendenca po zelo rigidnem, upam si reči patološkem klasificiranju pogojev, kdaj določena oseba lahko prevzame določeno identiteto. Primer takšnih pogojev navajajo Hunter in drugi (1998), ko govorijo o spolnem vedenju, družbeni participaciji, samoidentifikaciji, spolni privlačnosti in romantični privlačnosti. Izhajajo iz predpostavke, da se na identiteto vežejo permanentne kategorije spolne privlačnosti, spolnega vedenja in samoidentifikacije, kmalu pa ugotovijo, da navkljub prisotnosti različnih dejavnikov obstajajo pomisleki o njihovi stopnji.

"Če na primer nekdo doseže 6 na Kinseyevi lestvici, ali se ga označi za homoseksualnega, ali bo zadostovalo že 5? Koliko komponent multidimenzionalnih lestvic mora biti ocenjenih kot visokih in kako visoke? Kaj pa spremembe skozi čas? Ali mora biti nekdo

vedno 5 ali 6? Kaj pa različne oblike občasnih ali situacijskih istospolnih privlačnosti?" (Hunter, idr., 1998, str. 17, naš prevod)

Multidimenzionalno lestvico je samokritično prikazal Klein (1993), ki jo je upodobil v obliki mreže spolne orientacije, in dodal, da usmerjenosti ni moč objektivno analizirati. Lestvica vključuje spolno privlačnost, spolno vedenje, spolne fantazije, emocionalne preference, socialne preference, heteroseksualni oziroma homoseksualni življenjski slog in samoidentifikacijo, ki jim je dodal časovno komponento. Tako je vključil preteklost, sedanjost in posameznikov ideal, s čimer je spolno orientacijo postavil na kontinuum in presegel tradicionalno enačenje seksualnega vedenja in spolne usmerjenosti.

Kljub temu pa se biseksualnost nikakor ni mogla izmuzniti kontinuumu hetero-/homoseksualnosti ter zavzeti lastnega prostora kot identiteta. To je odprlo prostor za raziskovanje teme, ki je bila "vedno znova spregledana [...] ali pa razumljena kot kombinacija heteroseksualnosti in homoseksualnosti, ne da bi vzdržala lastno, unikatno identiteto" (Burrill, 2002, str. 97). S tem so se odprle teme, ki omogočajo globlje razumevanje biseksualnosti. Callis (2009) navaja teme, kot so odsotnost enotne definicije biseksualnosti, nevidnost identitete in sovražnost, ki jo doživljajo biseksualne osebe. Odsotnost enotne definicije pa je področje mnogih nestrinjanj. Nekatere avtorice tako v odsotnosti vidijo prostor politične moči, saj le ta zagotavlja vključujočo naravo identitete. Spet druge pa menijo, da manko pomembnejše definicije vpliva na posameznice tako, da jim identificiranje z oznako biseksualnost ni udobno, saj večkrat ne vedo, kaj biseksualnost je, oziroma če so biseksualne na "pravi način". Avtorica meni, da na koncu biseksualnost služi prav temu, da osvetli, na kakšne načine so identitetne politike istočasno nepogrešljive in restriktivne (prav tam).

Barker in druge (2012) poudarjajo, da biseksualnost običajno pomeni privlačnost do več kot enega spola in jo predstavijo kot široko nadpomenko, ki lahko vključuje naslednje skupine oseb:

- osebe, ki doživljajo privlačnost do moških in žensk
- osebe, ki jih v večji meri privlači en spol, vendar priznavajo, da ne ekskluzivno
- osebe, ki svoje identitete doživljajo kot fluidne in s časom spreminjajoče

- osebe, ki svojo privlačnost doživljajo kot neodvisno od spola (drugi aspekti osebe igrajo večjo vlogo pri definiranju privlačnosti),
- osebe, ki oporekajo ideji, da obstajata le dva spola ter da ljudi privlači en, drugi ali pa oba.

Dodajajo, da nekatere osebe, predvsem v zadnjih treh navedenih skupinah, za opis lastnih izkušenj raje uporabljajo izraze, kot so panseksualnost, omniseksualnost ali kvir, saj ne vključujejo predpone bi-, ki lahko daje občutek utrjevanja binarnega sistema. Prav tako poudarjajo, da se z definicijo ne poistovetijo vse osebe, ki zanjo "izpolnjujejo pogoje" (prav tam).

Če povzamemo, biseksualnost danes razumemo predvsem kot spolno in/ali romantično usmerjenost oseb, ki jih lahko privlačijo ljudje več kot enega spola, ne nujno v istem obdobju ter ne nujno na enak način ali v enaki meri (LGBTQ Slovar). Pri tem igra ključno vlogo samoidentifikacija osebe!

1.2.2. Izbris biseksualnosti

Ena izmed osrednjih tem moderne teoretizacije biseksualnosti je njen izbris. Le ta se nanaša na raznolike načine prelaganja, izpustitve informacij in drugih načrtnih taktik, s čimer biseksualnost kot usmerjenost in legitimna identiteta postane nevidna (MacDowall, 2009). In čeprav se zdi, da bi lahko bila nevidnost posledica zanemarjanja, pa biseksualne teoretičarke poudarjajo, da je prej posledica strukturnega izbrisa. Du Plessis (1996) tako opisuje, da je "ideološko vezana nezmožnost konkretne predstave o biseksualnosti [...] prisotna v mnogih teorijah [...] od Freudovske, 'francoske feministične' do angleške filmske teorije, od popularne seksologije pa vse do kvir teorije" (1999, str. 22, naš prevod). Glede na naravo biseksualnosti in njene subverzivnosti v odnosu do binarnega družbenega sistema, je presenetljivo, da kvir teorije ne vključujejo več biseksualnih tematik, zaradi česar podobno kot Du Plessis (prav tam) tudi Callis (2012) kritizira kvir teorije zaradi premajhne angažiranosti in interesa do biseksualnosti.

Primer problematične narave teoretiziranja biseksualnosti v kvir teorijah prikaže MacDowall (2009, str. 5) z analizo dela avtorice Sedwick (1990, kot navedeno v MacDowall, 2009), ki je umestila moderno seksualnost okoli univerzalnega na eni in manjšinskega pola na drugi strani. Za avtorico so seksualne definicije kot npr. "gej"

označevalci za manjšinsko populacijo, hkrati pa predlaga idejo, da ima spolna želja univerzalen impulz. MacDowall (prav tam) poudarja, da je njeno razumevanje ključen koncept razumevanja moderne seksualnosti, da pa hkrati ponuja ekstremno nihajoč pogled na biseksualnost. Tako smo po logiki ekstremne univerzalnosti vsi biseksualni, po logiki ekstremne manjšinskosti pa biseksualnost ne obstaja. Prav takšni nazori pa igrajo ključno vlogo pri izbrisu biseksualnosti.

Yoshino (2000) nam v zelo obširnem in logično naravnem prispevku ponudi razlago za nevidnost biseksualnosti v današnji družbi. Razlaga jo kot posledico epistemološke pogodbe izbrisa biseksualnosti (angl. *The epistemic contract of bisexual erasure*) s strani dominantnih spolnih usmerjenosti v družbi, s čimer poimenuje hetero- in homoseksualnost. Navaja, da glede na podatke, da je število biseksualnih oseb enako ali celo večje številu homoseksualnih, mora biti nevidnost prvih produkt družbenega izbrisa in ne odraz samega števila biseksualnih oseb (prav tam, str. 7). Avtor nevidnost prikaže in dokaže na zelo enostaven način z iskanjem in primerjavo besed homoseksualnost in biseksualnost v *mainstream* ameriških medijih, pa tudi v akademskih tekstih. Predpostavka, da bo v slednjih številka manjša, bi bila napačna. Kot primer Yoshino (2000, str. 6-7) navaja rezultate iz iskanja v publikaciji Los Angeles Times, kjer je 2790 dokumentov omenjalo homoseksualnost, le 121 pa biseksualnost. Za primerjavo je v Social Sciences Abstract Database našel 1122 dokumentov, ki so omenjali homoseksualnost in 87, ki so omenjali biseksualnost. Razlika med rezultati navajanja homoseksualnosti v primerjavi z biseksualnostjo pri obeh je več kot očitna. Očitno postane tudi, da biseksualne osebe niso nevidne samo v odnosu do heteroseksualne populacije, marveč tudi v odnosu do homoseksualne populacije.

Poleg nevidnosti v medijskih in akademskih zapisih pa se nevidnost pogosto manifestira tudi v naslednjih oblikah (Barker, idr., 2012):

- Dvom o dejanskem obstoju biseksualnosti navkljub jasnemu obstoju biseksualnih skupnosti in statistične številčnosti biseksualnih oseb.
- Biseksualnost je na splošno zreducirana na začasno fazo na poti do heteroseksualne ali homoseksualne identitete. Čeprav to drži za določene osebe, longitudinalne študije dokazujejo, da je biseksualnost pogosteje stalna kot pa le prehodna oziroma fazna identiteta.

- Zgodovinsko gledano so bile osebe, ki so izkazovale biseksualno vedenje, označene kot homoseksualne, njihova razmerja z "nasprotnim" spolom pa so bila ignorirana. Prav tako se je zgodovinski LGBT aktivizem reinterpreteriral kot LG borba za pravice.
- LGB organizacije in društva vključujejo v svoje naslove in imena črko 'B', s čimer nakazujejo vključenost biseksualnosti, hkrati pa njihovi pripomočki naslavljajo izključno lezbijke in geje ali celo samo geje ter pokrivajo homofobijo namesto homofobije in bifobije.

Yoshino (2000, str. 16-18) navaja tri različne razlage, s katerimi lahko razumemo nevidnost biseksualnosti v primerjavi s hetero- in homoseksualnostjo. Razlage poimenuje kot ontično, kognitivno in politično. Ontična razlaga pravi, da stvari vidimo kot binarne, ker je takšna njihova narava. Nasprotja kot osnovni princip so se v filozofiji razvila že kmalu in vztrajajo še danes z dodatkom, da nimajo vsi vidiki realnosti svojega nasprotja izključno določenega. Med določena seveda spada tudi "nasprotje" moški/ženska. Binarno nasprotje med homo-/heteroseksualnostjo je potemtakem "prava" binarnost, s čimer se biseksualnost izbriše in ne obstaja. Kognitivno teorijo avtor opisuje kot izhajajočo iz strukturne antropologije. Le ta poudarja, da je binarno razmišljanje spontano in nujno potrebno dejanje poenostavljanja, ki ga najdemo v vseh oblikah kulture. S tem nakazuje, da biseksualnost kot kategorija izgine zaradi človeške sleposti za vse "vmesne" kategorije. Avtor postavi vprašanje, da če človeški um resnično potrebuje binarno razumevanje sveta, zakaj binarna narava heteroseksualnosti/homoseksualnosti prevlada nad binarno osjo biseksualnost/monoseksualnost? Odgovor naj bi se skrival v politični razlagi nevidnosti biseksualnosti, ki pravi, da so "vmesne" kategorije težje vidne, ker so ujete v sredino političnega boja. Biseksualnost ni nevidna, ker smo slepi za "vmesne" kategorije, temveč ker so politični boji razcepili kontinuum, ki bi ga drugače videli. Boj nasprotujočih si sil je tako povzročil potrebo po izbiri ene ali druge in hkrati zanikanju "vmesne" pozicije, oziroma potrebo po izbrisu biseksualnosti (prav tam).

Yoshino (2000, str. 19-22) opiše tudi strategije izbrisa biseksualnosti:

1. Izbris biseksualnih oseb kot družbene skupine; dogaja se v trenutkih eksplicitnega ali implicitnega zanikanja celotne biseksualne kategorije. Eksplicitno se biseksualnost zanika tako v splošnih kot tudi strokovnih diskurzih, ki temeljijo na spolnem binarizmu

in dihotomiji spola. Bolj pogosta pa je implicitna oblika, kjer se biseksualnost opisuje kot fazo ali trend in je njen opis povezan izključno z njenim neizogibnim izginotjem. Še pogosteje pa se biseksualno vedenje kar enači s kvir identiteto ali s homoseksualnostjo.

2. Izbris osebe kot posameznice; ta strategija priznava biseksualne osebe kot družbeno skupino, hkrati pa zanika biseksualnost posamezne osebe. Samoidentificirana biseksualna oseba v luči izbrisa postane le bodoča homoseksualna oseba. Biseksualnost tako ni prepoznana kot stabilna identiteta posamezne osebe, temveč le kot prostor, iz katerega nastane stabilna monoseksualna identiteta.
3. Predpostavka nelegitimnosti; le-ta se navezuje na stigmo, vezano na identiteto biseksualnosti. Vključuje prikaze promiskuitetnosti, dvojnosti, nerazkritosti, kot most za spolne okužbe in druge negativne predstave. Ena bolj zanimivih prihaja iz homoseksualne skupnosti in opisuje biseksualne osebe kot parazite, katerih primarni cilje je pridobitev in izkoriščanje heteroseksualnih privilegijev družbe.

Yoshino (2000) opiše raznolike načine, kako hetero- pa tudi homoseksualna skupnost izvajata različne strategije biseksualnega izbrisa in lahko dobimo občutek, da je izbris celo hujši in večji problem, kadar se dogaja znotraj homoseksualne skupnosti, ki je tudi sama tarča določenih oblik izbrisa. Pa vendar bi rad poudaril, da čeprav je morebiti bolj boleča, kadar izvira iz prostora oziroma skupnosti, kjer osebe iščemo razumevanje, sprejemanje in varnost, pravi problem, kot pravi Eisner (2013), tiči v heteronormativnih strukturah današnje družbe.

1.2.3. Predsodki in stereotipi

Predsodki in stereotipi so dodatno orodje, s katerim so biseksualne osebe potisnjene v nevidnost in sem jih bežno nakazal že v prejšnjem poglavju. Namenjeni so prav delegitimizaciji biseksualnosti kot identitete (McLean, 2008, str. 158, glej tudi Yoshino, 2000). Opisujemo jih kot sodbe, ki jih ustvarjamo o posameznih osebah na podlagi predpostavke njihove skupine oziroma kategorije, v katero "sodijo" (Ule, 2004). Mencin Čeplak (2013, str. 12) tako opisuje "performative", kjer o osebah vemo "veliko in še več, preden sploh stopimo v neposreden stik z njimi." Sodbe se dogajajo na podlagi spola, etnične pripadnosti, religije, razreda, spolne usmerjenosti, identitete ipd. (prav tam).

Čeprav so predsodki bistveno bolj vrednostno in čustveno zaznamovani kot stereotipi, pa so oboji izjemno vsakdanji, razširjeni in samoumevni. Zaradi tega je razširjeno tudi prepričanje, da so negativni predsodki posledica negativnih izkušenj (Ule, 2004). Izkaže se, da so bolj kot posledica izkušenj predsodki posledica "družbenih in političnih neenakosti, dominacije in podrejanja, vendar pa [...] izgleda, kot da so si ljudje [...] s svojimi lastnostmi zaslužili položaj, kakršnega imajo v neki družbi" (Mencin Čeplak, 2013, str. 12).

Ni presenetljivo, če negativne predsodke in stereotipe vežemo na lažna občutenja strahu, kar ni nič drugače tudi pri predsodkih in stereotipih – če karirikam – o nevarni biseksualnosti, ki grozi razpadu monoseksualnih vrednot. Udis-Kessler (1995, str. 45) kot najpogostejše stereotipe navaja:

- prepričanje, da so biseksualne osebe zmedene in v resnici hetero-/homoseksualne
- pričakovanje, da sta spolna usmerjenost in njena identiteta odvisna od spola partnerke
- biseksualne osebe so promiskuitetne, lažnive ipd.

Slednjim lahko dodamo tudi naslednje stereotipe:

- biseksualne osebe so požrešne in egoistične
- biseksualne osebe širijo spolne okužbe
- biseksualne osebe niso zmožne vzdrževati monogamnih razmerij
- biseksualne osebe so grožnja razmerjem in družinam
- biseksualne osebe so manipulativne in zlobne
- prepričanje, da bodo biseksualne osebe vedno zapustile svojo partnerko zaradi osebe drugega spola
- predpostavka, da se lahko biseksualne osebe pretvarjajo, da so heteroseksualne, s čimer imajo na voljo lažjo možnost privilegiranega, normativnega življenja
- reduciranje biseksualnih oseb izključno na spolne prakse, npr. trojčke,
- prepričanje, da biseksualne osebe privlači vse, "kar leze in gre"
- zanikanje privlačnosti biseksualnih oseb (Barker, idr., 2012, str. 20).

Kot pravi Recko (2011), so nekateri stereotipi v primeru določenih oseb tudi resnični, vendar se jih tako kot drugih stereotipov ne sme jemati kot podlago za odnos do celotne

družbene skupine. Nadaljuje, da je "[b]iseksualna skupnost [je] ravno toliko raznolika kot [...] katerakoli druga skupnost. Stereotipizacija pa jo z esencialističnim poenostavljanjem konstruira kot hegemono družbeno skupino" (prav tam, str. 36).

1.2.4. Bifobija

Opisani izbris biseksualnosti in predsodki ter stereotipi pa so le del množice praks, ki sestavljajo obraz bifobije v današnji družbi. Tako bifobijo razumemo predvsem kot "iracionalni strah, nestrpnost in sovražen odnos do biseksualnih oseb. Pogosto so biseksualne osebe tudi izbrisane oziroma se jih naredi nevidne s tem, ko se jih predstavi kot heteroseksualne ali kot lezbijke ali geje" (LGBTQ slovar).

Sam pa bifobijo razumem bolj večplastno, saj zavzema celoten spekter diskriminacije, ki jo doživljajo specifično biseksualne osebe (tj. zgoraj opisana bifobija), hkrati pa moramo razumeti in upoštevati tudi dejstvo, da so biseksualne osebe istočasno podvržene vplivom homofobije, heteroseksizma in heteronormativnosti. Če na hitro ponovimo – pogoste oblike bifobije se izražajo z biseksualno nevidnostjo in izbrisom, zanikanjem in izključevanjem biseksualnosti ter njeno delegitimacijo, med drugim tudi z negativnimi predsodki in stereotipi (Barker, idr., 2012). Biseksualne osebe, ki so v razmerju z osebo istega ali na videz istega spola, pa so pogosto tarča homofobnih napadov. Homofobijo razumemo kot persistenten in iracionalen strah in nestrpnost pred homoseksualnostjo, ki vsebuje tudi elemente gnusa in sovraštva (Velikonja, 1998). Ker sem heteronormativnosti v preteklosti že posvetil celotno poglavje (glej Poglajen, 2017) in je precej dobro poznana tema znotraj akademske sfere (glej Kuhar, 2005; Ponse, 1978; Devor, 1987; Butler, 2001, idr.), se bom na tem mestu bolj posvetil heteroseksizmu.

Heteroseksizem izhaja iz heteronormativnosti in se nanaša na družbene ideologije in vzorce institucionalnega zanikanja neheteroseksualnih ljudi (Denša, 2004, str. 42). Heteroseksualnost je v okviru heteroseksizma edina legitimna in priznana oblika seksualnosti, ki kot tak ne priznava drugih možnih alternativ. Zorn (2000, str. 22) tako pravi, da je norma tako prodorna, da jo je težko prepoznati in se kaže kot splošno veljavno dejstvo, kjer heteroseksualnost velja za večvredno in edino veljavno oziroma sprejemljivo seksualnost, še posebej, če jo postavimo ob bok nenormativnim spolnim usmerjenostim. Hunter in drugi (1998, str. 21-31) po analizi različnih virov identificirajo dve različni

obliki, v katerih se pojavlja heteroseksizem. Prvega imenujejo kulturni heteroseksizem. Za lažje razumevanje lahko diskriminatorne prakse kulturnega heteroseksizma primerjamo s praksami rasizma ali pa seksizma, za katere je zelo očitno, da so institucionalizirane. Posledično lahko kulturni heteroseksizem poimenujemo tudi institucionalizirani heteroseksizem (prav tam, str. 22). Ta se lahko izraža subtilno z zanikanjem ali pa na primer s pomanjkanjem javnega prostora za diskusijo, po drugi strani pa z direktno in nesramno diskriminacijo. Najbolj očitno se kaže v zakonskih ovirah, kršenju človekovih pravic ipd. (prav tam). Na individualni ravni pa Hunter in drugi (1998) opisujejo psihološki heteroseksizem, ki se napaja iz kulturnega, saj ta posamezniku daje sistem vrednot in norm ter posledično stereotipov in predsodkov, s katerimi opravičuje psihološki heteroseksizem. Najbolj pogosta oblika vedenja je odprta sovražnost, ki variira vse od odklanjanja podpore, negativnih šal in žaljivk pa do psihičnega in fizičnega nasilja.

Posledica heteronormativne družbene ureditve je, da imajo heteroseksualne osebe dostop do t. i. heteroseksualnih privilegijev (glej Heterosexual Privilege Checklist, b. d.) in so na vseh nivojih družbe deležne drugačne, favorizirane obravnave (Zorn, 2000, str. 23). Koncept privilegijev pa je izredno uporaben tudi za razlago celotnega spektra diskriminacije biseksualnih oseb. Eisner (2011) opisuje bifobijo kot specifična negativna vedenja do biseksualnih oseb in poudarja, da je bifobija del širšega spektra institucionalne diskriminacije nemonoseksualnosti. Za opis le-te uporablja pojem monoseksizem. Podobno kot lahko opazimo privilegije pri preučevanju heteroseksizma in njegovega vpliva na osebe, pa avtorica navaja tudi t. i. monoseksualne privilegije oseb z monoseksualnimi identitetami in vedenji (prav tam). Privilegije razumemo kot nekaj, kar družba dodeluje nekaterim, odreka pa drugim osebam. Istočasno pa je potrebno poudariti, da analiza privilegijev ni namenjena označevanju in redukciji vseh hetero-/monoseksualnih oseb kot istih. Neenakomerna porazdelitev moči se namreč nahaja na vseh socialnih področjih naše družbe in se nas raznoliko dotakne. Prav tako namen raziskovanja teh privilegijev, kot pravi Eisner (2011), tudi ni impliciranje, da so vse biseksualne osebe zatirane in niso deležne nobenih privilegijev. "Vsi smo zatiralci in vsi smo zatirani" (prav tam).

Za lažje razumevanje si pogledjmo nekatere od 29 naštetih primerov monoseksualnih privilegijev po Eisner (2011, naš prevod):

- Družba mi zagotavlja, da je moja spolna usmerjenost resnična in da osebe, kot sem jaz, obstajajo.
- Kadar razkrijem svojo spolno usmerjenost drugim, mi verjamejo, ne da zahtevajo dokaze (najpogosteje v obliki preteklih spolnih in romantičnih izkušenj).
- Nikoli me ne razumejo kot nekoga "v klozetu" (ne razkrit, "*in the closet*"), kadar razkrijem svojo spolno usmerjenost.
- Lahko sem prepričana, da moja spolna usmerjenost in identiteta ne bosta preimenovani in opisani z drugimi besedami, kot jih za opis uporabljam sama.
- Prepričana sem, da v kolikor vstopim v monogamno partnersko razmerje, pomembne osebe v mojem življenju ne bodo postavljale moje spolne usmerjenosti pod vprašanj ali name pritiskale, da jo spremenim.
- Ne skrbi me nenadna sprememba obnašanja potencialnih partnerjev iz ljubečega do ponižujočega, verbalno ali spolno nasilnega zaradi razkritja moje spolne usmerjenosti.

Razvidno postane, da je lahko biseksualnost generalno gledana torej tarča diskriminacije tako iz večinske, normativne, heteroseksualne družbe, kot tudi s strani homoseksualne skupnosti. Ponovno pa je potrebno poudariti, da čeprav monoseksizem (lahko) izvajajo tudi geji in lezbijke, strukture zatiranja v 99 % izvirajo iz heteronormativnih družbenih struktur in diskriminacijskih praks (Eisner, 2011).

1.2.5. Nasilje

Kot sem že povedal, je nasilje večinoma skrajno izražanje psihološkega heteroseksizma (Hunter, idr., 1998). *SSKJ* ga tako zreducira na dejaven odnos osebe do nekoga, ki je značilen po uporabi sile, pritiska (2000), na Društvu za nenasilno komunikacijo pa ga opredeljujejo skozi prizmo razumevanja razmerij moči med posameznicami ali skupinami ljudmi. Nasilje tako izvaja oseba z več moči in s psihičnim, fizičnim, ekonomskim, spolnim idr. nasiljem posega v osebno integriteto posameznice, ki ima v določeni situaciji manj moči (DNK, *Kaj je nasilje?*, b. d.).

Fizično nasilje Kuhar in druge (1999) definirajo kot "vsak[o] uporab[o] fizične sile ali resn[o] grožnj[o] z uporabo sile. Usmerjeno je na človekovo telo ali njegovo življenje"

(prav tam, str. 10). Dodati je potrebno, da fizično nasilje vedno spremljajo tudi psihološke posledice, ki šibijo samozavest, samozaupanje, slabšajo samopodobo in so pogoste in intenzivne tudi pri psihičnih oblikah nasilja. "Psihično nasilje označuje vsakršna dejanja, ki se na nezaželen in grob način dotaknejo človekove psihe" (prav tam, str. 5). Psihično nasilje vključuje vse od elementov negativnih predsodkov in žaljivih mnenj, ignoriranja pa do načrtno premišljenih verbalnih napadov. Spolno nasilje pa definirajo kot "nezaželen poseg v posameznikovo spolno integriteto. To je vsako spolno dejanje, s katerim se eden od partnerjev ali partneric ne strinja" (prav tam, str. 18).

Z razumevanjem elementov opisanih oblik nasilja lahko hitro sklepamo, da so jim podvržene tudi biseksualne osebe, vprašanje pa ostaja, v kolikšni meri. Biseksualnost je namreč pogosto navidezno vključena v statistike, ki pa beležijo izključno prijavljene oblike homofobnih oblik nasilja in napadov. Kot prikažejo Hunter in druge (1998), so nasilni incidenti, ki jih doživljajo biseksualne osebe, manj verjetno prijavljeni, ker so nevidni in tudi manj priznani. Izpostavljajo težave, ki jih biseksualne osebe doživljajo ob stikih s policijo, ki nima prave kategorije, ki bi jo lahko okljukale za napad na podlagi biseksualne spolne usmerjenosti, hkrati tvegajo dodatno nasilje od policijskega osebja, težave z dokazovanjem spolne usmerjenosti ob prošnjah za azil ipd. (prav tam). Vseeno pa obstaja nekaj podatkov, ki si jih lahko pogledamo.

Biseksualne osebe doživljajo višje stopnje spolnega in partnerskega nasilja kot lezbijke, geji in heteroseksualne osebe (Walters, Chen in Breiding, 2013). Raziskava je narejena izključno na podlagi spolne usmerjenosti in nenormativnih spolnih identitet žal ne vključuje. Kljub temu je še posebej zaskrbljujoč podatek o ženskih biseksualkah. Kar 46,1 % jih namreč doživlja razširjeno možnost za posilstvo s strani katerega koli storilca (partner ali naključna oseba), med tem ko je ta odstotek 13,1 % za lezbijke in 17,4 % za heteroseksualne ženske. Če govorimo o spolnem nasilju, ki ne vključuje posilstva (neželen spolni stik, neželene spolne izkušnje brez stika, poskusi prisile in penetracije), pa je ta odstotek še višji. Za razliko od 43,3 % heteroseksualnih žensk in 46,4 % lezbijk ga doživlja kar 74,9 % biseksualk. Med biseksualnimi moškimi pa takšno obliko spolnega nasilja (ki ni posilstvo) doživlja 47,4 % - za primerjavo pa so podatki še 40,2 % pri gejih in 20,8 % pri heteroseksualnih moških. Biseksualne osebe prav tako doživljajo največ nasilja (posilstvo, fizično nasilje in/ali zalezovanje) s strani intimnega partnerja, kar 61,1 %

biseksualk (43,8 % lezbijk in 35% heteroseksualk) in 37,3 % biseksualcev (26 % gejev in 29 % heteroseksualcev) (Walters, Chen in Breiding, 2013).

Veliko število biseksualnih oseb, ki poročajo o spolnem napadu, je mladih, starih med 11 in 24 let. Čeprav je verjetnost, da bodo osebe iskale pomoč pri policiji, pa obstaja trikrat večja verjetnost, da bodo doživele nasilje s strani policistov, kot tiste osebe, ki niso biseksualne (Movement Advancement Project, 2014).

1.3. DUŠEVNO ZDRAVJE BISEKSUALNIH OSEB

Na duševno zdravje oseb z nenormativno (neheteroseksualno) spolno usmerjenostjo avtorji večinoma gledajo z dveh različnih plati. Pri prvi iščejo razloge za težave v duševnem zdravju v spolni usmerjenosti (Hunter, idr., 1998). V tem primeru je spolna usmerjenost sama po sebi težava, ki jo je potrebno zdraviti, saj je vir vseh drugih težav. Tako tudi današnje raziskave kažejo, da imajo biseksualne osebe specifično negativne izkušnje pri iskanju služb za pomoč pri doživljanju težav v duševnem zdravju. V raziskavi, narejeni v ZDA, se je tako pokazalo, da je več kot četrtina terapevtk predvidevala, da je bila spolna usmerjenost relevanten cilj terapije, navkljub klientkinemu nestrinjanju. Približno šestina je biseksualnost dojemala kot del bolezni. 7 % je poskušalo s spreobrnitveno terapijo v heteroseksualnost ter 4 % v homoseksualnost. Pri tem je bilo veliko število terapevtk iskrenih glede svoje nelagodnosti glede biseksualnosti (Barker, idr., 2012, str. 27).

Takšen diskurz je še vedno prisoten tudi v današnji družbi na območju Slovenije in je predvsem posledica pretekle klasifikacije homoseksualnosti kot duševne bolezni, ki je bila šele leta 1973 umaknjena iz DSM, v Sloveniji pa je bila dekriminalizirana leta 1977.

Danes je večina strokovnih združenj psihološke in psihoterapevske stroke v Sloveniji jasno izrazila svoje mnenje proti patologiziranju nenormativnih spolnih usmerjenosti. Spomnimo samo na javne izjave Zbornice kliničnih psihologov Slovenije, Združenja psihoterapevtov Slovenije in katedre za razvojno psihologijo Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani ob spornih navedbah zagovornikov referendumu proti Družinskemu zakoniku leta 2012, ki so podprle spremembe zakonika in nasprotovale kampanji konzervativnih gibanj. Iz izjav je jasno, da se ta združenja nagibajo k drugemu pogledu na duševno zdravje oseb z nenormativno spolno usmerjenostjo. Ta pogled ne enači spolne usmerjenosti

in težav v duševnem zdravju, temveč preučuje vzroke in posledice, ki jih imajo stigmatizacija, delegitimizacija in diskriminacija na osebe, ki so zunaj predvidene družbene normativnosti. (Hunter, idr., 1998). S tem pogledom na duševno zdravje, s katerim lahko reflektiramo tudi prej opisane specifične oblike izbrisa, bifobije in monoseksizma (izvirajočih iz heteronormativnosti), pa bom nadaljeval tudi pri dodatnem razumevanju težav v duševnem zdravju biseksualnih oseb v nadaljevanju.

1.3.1. Ponotranjeno zatiranje

Družba s primarno socializacijo kaj hitro poskrbi, da že v najzgodnejših letih ponotranjimo družbena pričakovanja o spolu, spolni usmerjenosti, spolnih vlogah in vseh drugih konstruiranih normah, ki jih reproducira družba s svojim institucionaliziranim heteroseksizmom in monoseksizmom. Posledično biseksualne osebe običajno doživijo negativna čustva do samih sebe, ko zaznajo razkorak med pričakovanimi normami in lastnimi občutki (Hunter, idr., 1998). V slovenskem prostoru je za takšna doživljanja pogosteje uporaben izraz ponotranjena bifobija. Če parafraziram razlago homofobije, ki jo ponujata Kuhar in Švab (2005), je ponotranjena bifobija strah pred samo seboj, svojimi seksualnimi željami in vedenji, kar lahko povzroča raznolike oblike avtoagresije. Card (1996, kot navedeno v Hunter, idr., 1998) pravi, da je takšen izraz v tem primeru korekten, saj opisuje strahove, ki jih lahko biseksualne osebe čutijo glede izobčenosti iz družbe. Avtorji, kot je Neisen (1990, kot navedeno v Hunter, idr., 1998), pa raje uporabljajo koncept sramu, kadar govorijo o ponotranjenem samosovraštvu.

Pojem ponotranjeno zatiranje, ki ga uporabljamo tudi tukaj, je najprej uporabil Smith (1997). Izraža se na očitne in prikrite načine. Očitna izražanja ponotranjenega zatiranja vključujejo zavestne procese samoregulacije kot podrejene ali deviantne zaradi lastne spolne usmerjenosti. Pogosto je tudi mnenje, da si osebe ne zaslužijo podpore drugih (Hunter, idr., 1998). Pogostejši pa so prikriti načini izražanja ponotranjenega zatiranja. V tem primeru osebe sebe in svojo spolno usmerjenost navidezno sprejemajo, istočasno pa se subtilno samosabotirajo (prav tam). Kuhar (2005) vidi prav razkritje kot proces, s katerim lahko osebe ponotranjeno zatiranje presežejo. Razkritje je namreč deloma tudi proces rekonstrukcije razvrednotenih delov samega sebe.

Raziskava Justen in drugih (2013) na področju duševnega zdravja, ki je preučevala vpliv razkritja spolne usmerjenosti na doživljanje kroničnega stresa, anksioznosti, depresije in izgorelosti, je pokazala, da lahko razkritje deluje kot varovalni dejavnik pri težavah v duševnem zdravju predvsem z zmanjševanjem vsakodnevnega stresa. Istočasno pa prikazuje, kako je v določenih primerih prav dejanje razkritja spolne usmerjenosti povečalo tveganje za doživljanje nasilja, viktimizacije in posledičnih dvigov suicidalnih tendenc.

1.3.2. Manjšinski stres

Manjšinski stres je opisan kot tisti kronični stres, ki je posledica življenja v heteroseksistični (posledično tudi monoseksistični) družbi, ki stigmatizira vse odklonske oblike spolnih usmerjenosti. (Meyer, 1995) Govorimo o psihosocialnem stresu, ki izhaja iz kompleksne celote osebnih izkušenj manjšinske družbe v prevladujoči (Williamson, 2000).

Kadar govorimo o manjšinskem stresu, govorimo o treh glavnih stresorjih (Hunter, idr., 1998, str. 32):

- ponotranjeno zatiranje (glej istoimensko poglavje zgoraj)
- stigma, ki s seboj nosi pričakovanje glede družbenega zavračanja, deligitimizacije in diskriminacije
- dejansko soočenje z diskriminacijo in nasiljem.

Vsi ti stresorji imajo velik vpliv na nivo, na katerem oseba doživlja manjšinski stres. Stresorji pa so prav tako v močni vzročno-posledični korelaciji s težavami v duševnem zdravju. Meyer (1995) tako navaja demoralizacijo, občutke krivde, težave v spolnosti, samomorilnost in stresorje v navezavi s spolnimi okužbami, natančneje s HIV-om, kot najpogostejše zaznane sicer pri homoseksualnih moških. Hunter in drugi (1998) navajajo podatke iz drugih študij, ki so prikazale podobne rezultate in vplive na duševno zdravje. Navajajo raziskavo Garnets in drugi (1992, kot navedeno v Hunter idr., 1998), ki prikazuje vplive diskriminacije, napadov in samoobtoževanja na osebe. Diskriminacija tako lahko vodi do občutkov žalosti, depresije in anksioznosti. Prav tako lahko v depresijo vodijo napadi tako fizične kot druge narave, pogosto pa rezultirajo tudi v občutkih izgube, zavrnitve, ponižanja. Okrivljenje sebe pa lahko utrjuje občutke nemoči ali občutke o pravičnem kaznovanju zaradi spolne usmerjenosti in vodi v depresivnost.

Pogoste stresne reakcije, ki jih osebe z nenormativno spolno usmerjenost doživljajo, so tudi vzdražljivost, nemirnost, motnje v spanju, glavoboli in prebavne težave (Hunter idr., 1998).

1.3.3. Pogostost težav v duševnem zdravju

Osebe z nenormativno spolno usmerjenostjo imajo skoraj trikrat večjo možnost doživljanja težav v duševnem zdravju, kot so močna depresija ali generalizirana anksionzna motnja (NAMI, b. d.). Paralizirajoč strah pred diskriminacijo na podlagi spolne usmerjenosti in pred razkritjem pa lahko vodi v depresijo, posttravmatsko stresno motnjo (v nadaljevanju PTSM), samomorilne misli, uporabo psihoaktivnih substanc za lajšanje težav in poskuse samomora (prav tam). Ameriška organizacija The Trevor Project poroča celo, da je poskus samomora, ki je drugi vodilni razlog za smrt oseb, starih med 10 in 24 leti, skoraj petkrat bolj pogost med posameznicami z nenormativno spolno usmerjenostjo (Facts about suicide, b. d.).

Čeprav ni posplošljivo na vse biseksualne osebe, pa nekatere raziskave dokazujejo, da imajo biseksualne osebe pogosteje težave v duševnem zdravju kot osebe katerekoli druge spolne usmerjenosti (glej Jorm, idr., 2002).

"[...] biseksualna spolna usmerjenost je na razponu psihološkega stresa povezana s slabšim duševnim zdravjem kot heteroseksualna spolna usmerjenost, homoseksualna usmerjenost pa se nahaja med obema. Prejšnje študije so morebiti precenjevale ocene tveganja težav v duševnem zdravju oseb s homoseksualno spolno usmerjenostjo s tem, ko so jih združevale z biseksualnimi osebami." (Miller idr., 2007, kot navedeno v San Francisco Human Rights Commission, 2011, naš prevod).

Eisner (2011) tako povzema zgornje ugotovitve o pogostejšem doživljanju težav v duševnem zdravju v dejstva o zdravju biseksualnih oseb:

- biseksualne osebe doživljajo večje zdravstvene razlike kot obča populacija, kar vključuje tudi večje tveganje za depresijo, anksioznost in druge duševne motnje
- biseksualne osebe poročajo višje ravni hipertenzije, slabega ali zadostnega fizičnega zdravja, kajenja in rizične uporabe alkohola kot heteroseksualne ali homoseksualne osebe

- veliko ali večina biseksualnih oseb se ne razkrije svoji osebni zdravnici, kar pomeni, da ne dobijo popolnih informacij (npr. o bolj varnih spolnih praksah)
- večina programov za preventivo pred virusom HIV in drugimi spolno prenosljivimi okužbami ne naslavlja specifičnih okoliščin oseb, ki imajo spolne odnose z več kot enim spolom
- ženske biseksualke v zvezi z monoseksualnim partnerjem doživljajo višjo raven nasilja s strani partnerja kot ženske v drugih demografskih kategorijah.

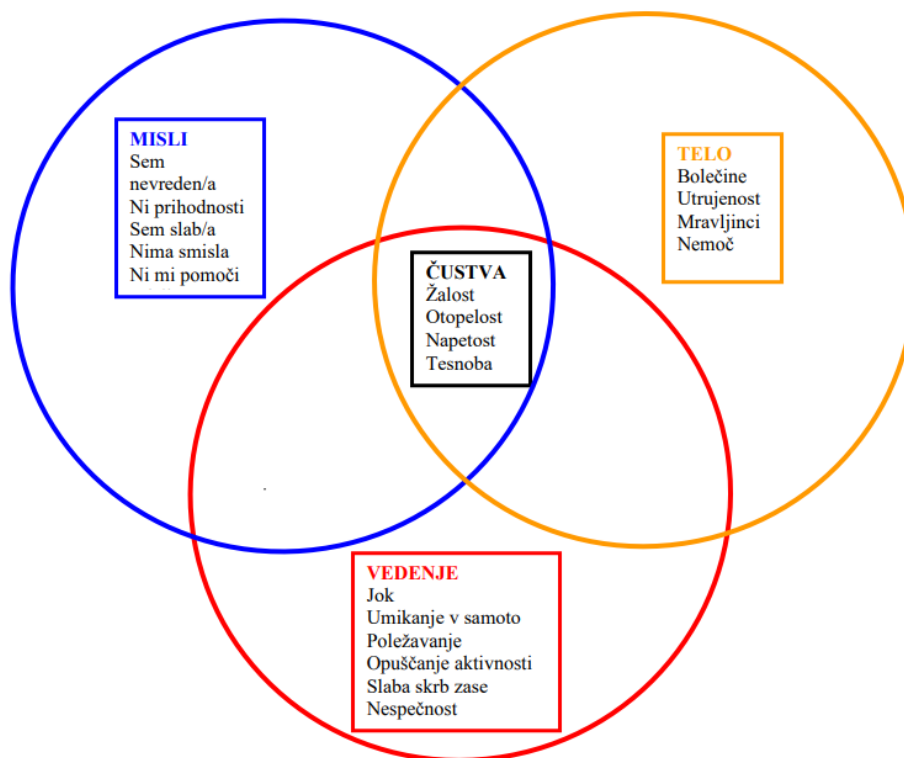
Razlike prikaže tudi primerjava podatkov pogostosti duševnega stresa lezbijk in biseksualnih žensk v urbanih in ruralnih okoljih. Medtem ko so ravni stresa v ruralnih območjih za obe skupini podobni, pa se stopnja pogostosti duševnega stresa v urbanih okoljih za lezbijke znatno zniža, med tem ko se skoraj podvoji za biseksualne ženske (San Francisco Human Rights Commission, 2011). Bostwick in druge (2010) v svoji raziskavi poročajo, da rezultati o pogostosti težav v duševnem zdravju v ZDA variirajo glede na biološki spol, spolno usmerjenost in pripadnost manjšinski skupini. Poudarjajo, da obstaja visoka korelacija med težavami v duševnem zdravju in identiteto lezbijk, gejev in biseksualnih oseb, da pa imajo daleč najvišji delež prav osebe z biseksualnimi oblikami vedenja. Tako je imelo kar 58,7 % biseksualnih žensk življenjsko zgodovino težav z duševnim zdravjem (v primerjavi s 44,4 % lezbijk, 30,5 % heteroseksualk) ter 46,5 % biseksualcev (v primerjavi s 26,8 % gejev in 19,4 % heteroseksualcev) (prav tam).

V nadaljevanju navajam najpogostejše težave (in motnje) v duševnem zdravju biseksualnih oseb, ki jih navajajo različne raziskave, in sicer depresijo, anksioznost, samopoškodovanje in samomorilnost.

1.3.4. Depresija

Depresija je ena najpogostejših duševnih motenj, za katero oseba zboli, ko se poruši ravnovesje nevrotansmitorjev v delu možganov, ki je odgovorno za razpoloženje (Dernovšek in Tavčar, 2005). Pri osebah se lahko pojavi veliko različnih znakov in simptomov, ki variirajo tako od izrazito telesnih, psiholoških kot tudi do večjih socialnih sprememb na človeku (prav tam). V *Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj* pa je še navedeno, da depresivna epizoda traja najmanj dva tedna, pri čemer se pojavita depresivno počutje ter izguba interesa. (DSM-V, 2013)

Bolezen se razvije in vzdržuje zaradi različnih dejavnikov, ki jih Dernovšek in Tavčar (2005, str. 6-8) opisujeta kot tiste, zaradi katerih je oseba bolj dovzetna za sam razvoj depresije, tiste, ki samo depresijo sprožijo, in tiste, ki depresijo vzdržujejo. Pri tem se simptomi kažejo v štirih različnih sklopih in sicer simptomi v mislih, telesni simptomi depresije, simptomi, ki se kažejo v spremembah v vedenju, ter depresivno čustvovanje (Dernovšek in Tavčar, 2005).



Slika 3. Štirje sklopi simptomov depresije. Vir: Dernovšek in Tavčar, 2005, str. 9.

Če navedene simptome interpretiramo s pomočjo zgoraj že omenjenega koncepta struktur družbenega izbrisa s pomočjo hetero- in monoseksizma, potem nas ne bi smelo čuditi, da je biseksualna populacija toliko bolj podvržena tveganju za razvoj depresije. Tako je v raziskavi Mental health in the LGBT community, kjer so primerjali rezultate 2247 oseb, ki se identificirajo kot biseksualne, 2234 oseb, ki se identificirajo kot lezbijke ali geji, 576 oseb, ki se identificirajo pod "drugo" ter 156584 oseb, ki se identificirajo kot heteroseksualne, kar 40,1 % biseksualnih oseb poročalo, da so imele **diagnozo** depresije. Sledila je skupina gejev in lezbijk s 35,2 %, kvir oseb s 24,1 % in heteroseksualne osebe z 18,9 % (Mental health in the LGBT community, b.d.). Prav tako se je po pregledu

podatkov Centra za nadzor bolezni v Ameriki (CDC, 2015) pokazalo, da imajo biseksualne osebe višji odstotek tveganja za razvoj depresije skozi vsa starostna obdobja. Povišano tveganje v mladosti pa je predvsem vezano na dodatne oblike medvrstniškega nasilja (prav tam).

1.3.5. Anksioznost

Običajno anksioznost opisujemo kot tesnobo, živčnost, zaskrbljenost, napetost ipd. O anksioznih motnjah pa govorimo, ko anksioznost traja dolgo ali dlje časa, kadar je njena intenziteta prevelika za osebo ali pa se pojavi v situacijah, kjer anksioznost ni koristna (Jeriček Klanšček, Majcen in Furman, 2016).

Tako pod anksiozne motnje štejemo panično motnjo, za katero so značilni intenzivni in nenadni napadi panike oziroma tesnobe. Cobain (2008) panične napade opisuje kot občutek hude tesnobe in neustreznega strahu z nemirom, v ozadju katerega je občutek izgube nadzora nad seboj (prav tam, str. 45). Poznamo tudi generalizirano anksiozno motnjo, ki opisuje stalno pretirano skrb glede običajnih in vsakdanjih stvari (Jeriček Klanšček, Majcen in Furman, 2016). Intenziven strah, ki se pojavi predvsem v družbenih situacijah pozornosti, ki je pogosto vezan na strah pred ocenjevanjem in zavrnitvijo drugih, pa imenujemo socialna anksioznost (prav tam). Poleg naštetih med anksiozne motnje štejemo tudi agorafobijo in druge specifične fobije ter posttravmatsko stresno motnjo.

Tesnoba oziroma anksioznost ni nikoli sama po sebi vzrok težav, temveč je strategija preživetja oziroma obramba, ki pa se kaže skozi raznolika stanja napetosti v telesu, kar pogosto vodi do utrujenosti in dolgotrajne izčrpanosti. Erzar (2007) pravi, da ti prikriti napori običajno vplivajo na osebo v tolikšni meri, da ima zmanjšano sposobnost sprostitve, manjše potrpljenje, zmanjšano sposobnost za premagovanje stresa in celo hrupa. Zaradi podobnosti dejavnikov razvoja pa anksiozna stanja pogosto spremlja tudi depresija. Kot pri njej tudi pri anksioznosti, kadar govorimo o specifični ciljni populaciji biseksualnih oseb, ti dejavniki razvoja izvirajo iz dominantnih struktur izbrisa, ki temeljijo v hetero- in monoseksizmu.

Raziskava Bostwick in drugi (2010) je tako pokazala, da imajo osebe, ki izkazujejo biseksualna vedenja, značilno več izkušenj z anksioznimi motnjami v svojem življenju kot homoseksualne in heteroseksualne osebe. Za primer: 46,5 % biseksualcev je v svojem

življenju doživljalo anksioznost, med tem ko je anksioznost doživljalo 26,8 % gejev in 19,4 % heteroseksualnih moških.

Podobna odstopanja lahko zasledimo tudi v raziskavi, ki so jo opravili Alessi, Meyer in Martin (2011) o življenjski prisotnosti PTSM med različnimi spolnimi usmerjenostmi. Raziskava je pokazala, da je po kriterijih DSM-IV kar 17,4 % biseksualnih oseb ustrezalo definiciji in kriterijem za doživljanje PTSM. Za primerjavo je raziskava prikazala, da PTSM doživlja 9,9 % gejev in lezbijk in 7,9 % heteroseksualnih oseb. Raziskava je ponudila tudi dodaten vpogled v etničnost, žal pa je ostala na binarnem spektru moški-ženska.

1.3.6. Samopoškodovanje

Samopoškodovanje je oblika avtoagresivnosti, kjer oseba agresivnost obrne proti sami sebi. Pogosto je prepričanje, da je samopoškodovanje le oblika iskanja pozornosti in si tako ne zasluži resnične pomoči.

"Rezanje ni iskanje pozornosti. Ni manipulacija. Je strategija preživetja – kaznovalna, neprijetna in potencialno nevarna – vendar deluje. Pomaga se mi spopasti z močnimi čustvi, s katerimi ne znam ravnati. Ne govorite mi, da sem bolna, ne govorite mi, naj preneham. Ne vlivajte mi občutka krivde, tega čutim že tako ali tako. Prisluhnite mi, podprite me, pomagajte mi" (Strong, 1998, str. 2 kot navedeno v Dunk-West in Hafford-Letchfield, 2011, naš prevod).

Gaber (2011) samopoškodovanje opisuje kot začaran krog močnih čustev, v katerem variirajo občutki notranjega nemira v enem in občutki otopelosti v drugem trenutku. Kot edina odrešitev v tem primeru je bolečina, ki jo oseba čuti, in kri, ki jo vidi.

"Prvi rez je odrešilen, sledijo mu rezi evforije, ki sledijo neizmerni želji, da bi vse misli izginile, da bi vsa jeza dobila nek smisel. Nekje na sredini roke človek dojame, da je spet to naredil. Sledijo rezi, ki izražajo jezo nad samim seboj in razočaranje, ker je prelomil obljubo, da tega ne bo več storil. Ko konča, skrbno pospravi svoje orodje in z isto skrbnostjo oskrbi krvavečo rano. Sledijo ure joka, dokler človek ne zaspi od utrujenosti" (Gaber, 2011, str. 14).

Podobne faze sramovanja in obžalovanja ter povratek vseh čustev in občutkov, ki so bili prisotni pred samo epizodo samopoškodovanja, opisuje tudi Rijavec Klobučar (2010) in dodaja, da se oseba običajno počuti še slabše kot prej, zaradi česar doživi ponovno tendenco po samopoškodovanju. Med najpogostejše oblike samopoškodovanja štejemo vrezovanje in zbadanje z ostrimi predmeti, praskanje, žganje (npr. s cigaretimi ogorki), puljenje las, samozastrupitve idr. (Gaber, 2011).

Raziskave dokazujejo večjo stopnjo tveganja za samopoškodovanje pri osebah z nenormativno spolno usmerjenostjo. Raziskava Urada za zdravje iz ZDA (Department of Health, 2007) navaja, da so lezbijke, geji in biseksualne osebe podvržene večjemu tveganju za samopoškodovanje. Prav tako navajajo, da se lezbijke in biseksualne ženske dvakrat verjetneje poslužujejo načrtnega samopoškodovanja kot druge demografske skupine (prav tam). Podobno potrjuje tudi raziskava, ki so jo opravili v Združenem kraljestvu (NIMHE, 2007). Rezultati kažejo, da so osebe z nenormativno spolno usmerjenostjo bolj podvržene tveganjem za razvoj težav v duševnem zdravju, samomorilnosti, uporabi alkohola in drugih drog za namene samomedikalizacije in načrtnega samopoškodovanja kot heteroseksualne osebe. Carr (2011) takšne rezultate pripiše prav strahu oseb z nenormativno spolno usmerjenostjo pred službami, ki naj bi nudile pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju, saj imajo izkušnje, da jim prej škodijo kot koristijo, zaradi česar so primorane razviti lastne strategije preživetja, kot sta samopoškodovanje in zanašanje na samomedikalizacijo z uporabo alkohola in drugih drog. Scott, Pringle in Lumsdaine (2004) dodajajo, da obstaja tudi povezava med slabo socialno podporo, izolacijo in ponotranjenim zatiranjem na eni ter samopoškodovanjem na drugi strani.

1.3.7. Samomorilnost

Kadar govorimo o samomorilnem vedenju, gre v osnovi za prepletanje dveh vrst dejavnikov tveganja, in sicer genetskih na eni in dejavnikov okolja na drugi strani, ki se izrazijo v obliki socioloških, bioloških in psiholoških dejavnikov (Roškar, 2008). Vzgibe avtorjice vidijo tudi v težavah v duševnem zdravju (bolj specifično v depresiji), v uživanju alkohola in drugih drog, v težavah z odnosi ter v osamljenosti (Valetič, 2009). Roškar (2008) povzema teorijo krika bolečine, da prikaže psihološke dejavnike tveganja za samomor. Samomor tako razume kot posledico situacije, v kateri so prisotni:

- dražljaji iz okolice, zaradi katerih smo poražene ali ponižane in občutimo izrazito željo po pobegu ali umiku
- občutki ujetosti v dani situaciji in
- občutki nerazrešljivosti oziroma večnosti same situacije (prav tam, str. 94).

Navedene dejavnike lahko razumemo kot stanje obupa oziroma brezupa, ki je ključna značilnost samomorilno ogroženih oseb (Roškar, 2008). Kadar gledamo občo populacijo, lahko opazimo, da je v Sloveniji samomor med najpogostejšimi nasilnimi smrti. Pravzaprav ga v medijih lahko zasledimo opisanega kot kulturni fenomen. V Sloveniji ga letno uspešno izvrši več kot 300 ljudi, približno 25-krat toliko pa ga poskuša izvršiti (NIJZ, 2017). Podatkov o manjšinskih skupinah na podlagi spolne usmerjenosti nisem našel, zato si pogledjmo nekaj številke iz tujih raziskav.

Zaskrbljujoče podatke lahko razberemo iz kanadske raziskave, ki na reprezentativnem vzorcu prikaže, da je skoraj polovica biseksualk in več kot tretjina biseksualcev resno razmišljala o ali poskusila storiti samomor (San Francisco Human Rights Commission, 2011). Podobno kažejo raziskave tudi za lezbijke in geje v primerjavi s heteroseksualnimi osebami, kjer pa poudarjajo, da je samomorilnost pri osebah z nenormativno spolno usmerjenostjo izrazito višja v obdobju najstništva (Johnson, idr., 2007). Raziskava Count Me In (2001) na vzorcu 1100 LGBT oseb je ugotovila, da je 40 % udeleženi imeli resne samomorilne misli, 20 % pa je poskusilo storiti samomor (v Johnson, idr., 2007).

Omeniti je potrebno, da večina dosedanjih raziskav, ki raziskuje samomorilnost znotraj manjšinskih populacij na podlagi spolne usmerjenosti, pogosto biseksualnost spregleda ali pa jo vključuje znotraj kategorij lezbijk in gejev. S povečanjem razumevanja specifičnih situacij, dvojne diskriminacije, monoseksizma ipd. pa lahko pričakujemo, da bo tudi dotična statistika prej ko slej na voljo tudi izven ameriškega prostora.

2. PROBLEM

V diplomskem delu, kjer sem raziskoval vpliv razkritja nenormativne spolne usmerjenosti na samopodobo in samospoštovanje pri mladih (glej Poglajen 2017), se je izkazalo, da imajo mlade osebe ambivalenten odnos do kategorizacije samih sebe in lastnega doživljanja sebstva. Hkrati namreč izpostavljajo potrebo po iskanju kategorije, kateri bi pripadale in bi čim bolj opisala njihovo doživljanje, po drugi strani pa izpostavljajo občutke omejevanja zaradi uvrstitve v določeno kategorijo. Pri tem se je jasno izkazalo tudi dejstvo, da mlade osebe svojo spolno usmerjenost in/ali spolno identiteto doživljajo in definirajo izjemno raznoliko, zaradi česar se mi je porajalo vprašanje, ali morebiti obstajajo posebni razlogi za odmik od javno že uveljavljenih in najbolj vidnih identitet geja in lezbijke k drugim manj znanim identitetam in ali ti razlogi vplivajo tudi na duševno zdravje posameznic. Pri tem sem se osredotočil na nemonoseksualne osebe, ki imajo potencial za ljubezensko ali spolno privlačnost do ljudi več kot enega različnega spola, ne nujno v istem obdobju, na enak način ali do enake mere (glej Eisner, 2013). Nove raziskave v sodobnih družbah navajajo celo podatek, da se kot ne izključno hetero-/homoseksualnih identificira skoraj polovica oseb med 18 in 24 let starosti (Dahlgreen, 2015). Raziskave pa kažejo tudi na kritično stanje v duševnem zdravju biseksualnih oseb (glej NAMI, b.d.; Jorm, idr., 2002; Eisner, 2011, 2013; Bostwick, idr.).

Ault (1996) govori o stereotipih in iz njih izhajajoči diskriminaciji proti gejem in lezbijkam, ki so pogosto tudi orodje v izključujočem diskurzu do biseksualnih oseb. Stereotipi namreč služijo utrditvi monoseksualnih praks. Nemonoseksualnost je tako v položaju, kjer je seksualizirana, izbrisana in izključena ne samo s strani večinske normativne družbe temveč tudi s strani gejevske in lezbične skupnosti (glej Dale Stone 1996, Firestein 2007). Mehanizmi zatiranja tako vplivajo na več vidikov življenja nemonoseksualnih oseb (Heath, Mulligan 2008), ugotoviti, kako te procese doživljajo osebe na območju Slovenije in kakšne podporne strukture bi potrebovale, pa je glavni namen magistrskega dela.

Iz teoretičnega uvoda je razvidno neupoštevanje intersekcionalnosti biseksualnih oseb, ki se kaže z ne vključevanjem in posledično v izbrisu transspolnih oseb iz že tako redkih raziskav na temo biseksualnosti. To je tudi dodaten razlog za poskus čim večje

vključujočnosti moje raziskave, s čimer odpiram pomembna vprašanja korelacije biseksualnosti in transspolnosti, v upanju, da bo tema v prihodnje še bolj podrobno raziskana.

2.1. Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Glavna predpostavka raziskave je, da biseksualne osebe zaradi specifičnih osebnih okoliščin spolne usmerjenosti doživljajo bifobijo, ki je prisotna v raznolikih oblikah družbenega izbrisa, izključevanja, stereotipizacije in nasilja. Dodaten pritisk na biseksualne osebe povzroča t. i. dvojna diskriminacija, s čimer poimenujemo izključenost tako iz večinske normativne družbe kot tudi iz manjšinske lezbične in gejevske skupnosti. Zaradi teh za biseksualne osebe specifičnih stresorjev obstaja večje tveganje za razvoj težav v duševnem zdravju, kar se odraža tudi v pogostejšem doživljanju lastnega duševnega zdravja kot slabega. Za raziskovanje te predpostavke si zastavljam naslednja vodilna raziskovalna vprašanja:

- Kako biseksualne osebe ocenjujejo svojo vključenost in sprejetost oziroma izključenost in nesprejetost v normativni večinski družbi in kako v manjšinski lezbični in gejevski skupnosti?
- Ali so imele biseksualne osebe izkušnje z diskriminacijo in različnimi oblikami nasilja?
- V kakšni meri – če sploh – so biseksualne osebe razkrile svojo spolno usmerjenost?

Poleg raziskovalnih vprašanj pa sem si zastavil tudi nekaj hipotez:

H1: Kot biseksualnih se identificira več oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol, kot pa oseb, ki jim je bil pripisan moški spol.

H2: Biseksualne osebe, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol, pogosteje ostajajo nerazkrte kot osebe, ki jim je bil pripisan ženski spol.

H3: Razkrte in delno razkrte biseksualne osebe svoje duševno zdravje pogosteje ocenjuje z zelo dobro ali dobro kot nerazkrte biseksualne osebe.

H4: Biseksualne osebe se počutijo bolj sprejete znotraj LGBT+ skupnosti kot pa v splošni družbi.

H5: Biseksualne osebe svoje duševno zdravje pogosteje doživljajo kot slabše.

H6: Več kot 50 % biseksualnih oseb je imelo izkušnjo s samopoškodovanjem, samomorilnimi mislimi in poskusom samomora.

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave

Raziskava je kvantitativna z nekaj odprtimi odgovori, ki jih bom analiziral z uporabo kvalitativne metodologije. Raziskavo je tudi eksplorativno-deskriptivna, saj podobna raziskava v Sloveniji še ni bila opravljena, hkrati pa preverjam in kvantitativno ocenjujem osnovne značilnosti na področju duševnega zdravja biseksualne populacije v Sloveniji.

3.2. Merski inštrument

Podatke sem pridobil z uporabo anonimnega spletnega vprašalnika na spletnem portalu www.1ka.si, ki sem ga sestavil s pomočjo biseksualnih oseb iz biseksualne skupnosti ter mentorice magistrskega dela. Vprašalnik vsebuje skupno 44 vprašanj in podvprašanj, od katerih je mogoče pri 14-ih odgovoriti opisno na možnost "drugo", 6 vprašanj je odprtega tipa in 24 vprašanj zaprtega tipa. Skupno je bilo v vprašalniku šest vprašanj, ki so vključevala podvprašanja. Ta so se odprla le, če je to omogočil odgovor na glavno vprašanje. Vprašalnik je priložen na koncu magistrskega dela.

Vprašalnik je v prvem delu namenjen pridobivanju poglobljenih sociodemografskih podatkov, sledi del o ugotavljanju stanja glede razkritja in diskriminatornih izkušenj ter tretji del o pridobivanju vpogleda v doživljanje duševnega zdravja respondentk.

3.3. Populacija in vzorčenje

Biseksualna skupnost na območju Slovenije je skrita oziroma težko dostopna socialna skupina, ki je zaradi dvojne diskriminacije in izbrisa pogosto tudi nevidna in anonimna. Ne poznamo osnovnih socialnodemografskih značilnosti te populacije, niti nimamo realnih ocen o številčnosti zaradi že omenjene nevidnosti, zato je raziskava nereprezentativna in posploševanje na celotno populacijo ni mogoče. Nevidnost se je pokazala tudi v moji predvideni oceni številčnosti respondentov, kjer sem navkljub stiku s ciljno skupino (morda pa ravno zaradi tega) pričakoval do 50 v celoti izpolnjenih vprašalnikov, na koncu pa jih je bilo 192. Delno je bilo odgovorjenih več kot 300 vprašalnikov (50 %+) in več kot 700 začetih, vendar sem jih izključil iz obdelave.

Vabila k izpolnjevanju vprašalnika sem pošiljal po metodi snežne kepe. Posredoval sem ga trem večjim LGBT+ društvom v Sloveniji, natančneje MC Legebitra, Društvu Kwartir in Zavodu TransAkcija, ta društva pa so jo delila uporabnicam na svojih socialnih omrežjih.

Populacijo tako sestavljajo vse samoidentificirajoče se nemonoseksualne osebe na območju Slovenije, ki so v novembru 2018 dostopale do javno dostopnega, anonimnega spletnega vprašalnika. Pri tem nisem omejeval starosti, saj sem želel pridobiti čim več podatkov. Vzorec je torej bil neslučajnostni in priložnostni.

3.4. Zbiranje podatkov

Podatke sem zbiral s spletno anketo, ki je bila objavljena na spletni strani www.1ka.si. Anketa je bila aktivna cel mesec november 2018, večina uporabnic pa je do ankete prišla preko povezave na socialnih omrežjih – tako preko povezave, ki sem jo delil sam, kot tudi preko društev MC Legebitra, Društva Kwartir in Zavoda TransAkcija. Spletno povezavo na vprašalnik je odprlo 757 respondentk. Od teh je na vsaj eno vprašanje odgovorilo 324 oseb, ki sem jih izločil iz obdelave. Popolno je bilo izpolnjenih 223 vprašalnikov, vendar sem dodatno izločil še 31 vprašalnikov, ki niso zadovoljevali pogoju samoidentifikacije nemonoseksualne spolne usmerjenosti. Končen vzorec tako predstavlja 192 v celoti izpolnjenih vprašalnikov. V vzorcu je skoraj 19 % (n=36) transspolnih oseb.

3.5. Obdelava in analiza podatkov

Podatke sem analiziral kvantitativno in delno tudi kvalitativno. Navajal sem povprečne vrednosti, frekvence in odstotke pridobljenih podatkov, v nekaj primerih pa tudi standardne odklone. Večino rezultatov sem prikazal z grafi, za bolj natančen vpogled pa sem pri določenih temah uporabil tabele.

Odprta vprašanja sem obdelal kvalitativno s kodiranjem.

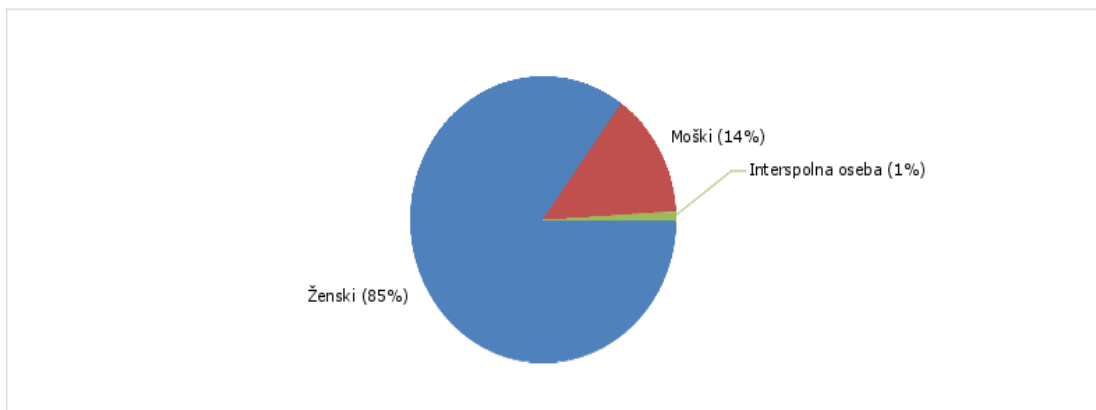
Na podlagi rezultatov sem preveril svoje hipoteze in spisal razpravo, za katero sem kot vodilo uporabljal raziskovalna vprašanja.

4. REZULTATI

Zaradi zagotavljanja večje vključujočnosti in zavedanja, da se biseksualnost prepleta z raznoliki spolnimi identitetami, sem najprej preveril spol, ki je bil osebam pripisan ob rojstvu, in za tem vključil še njihovo spolno identiteto.

4.1. Sociodemografski podatki

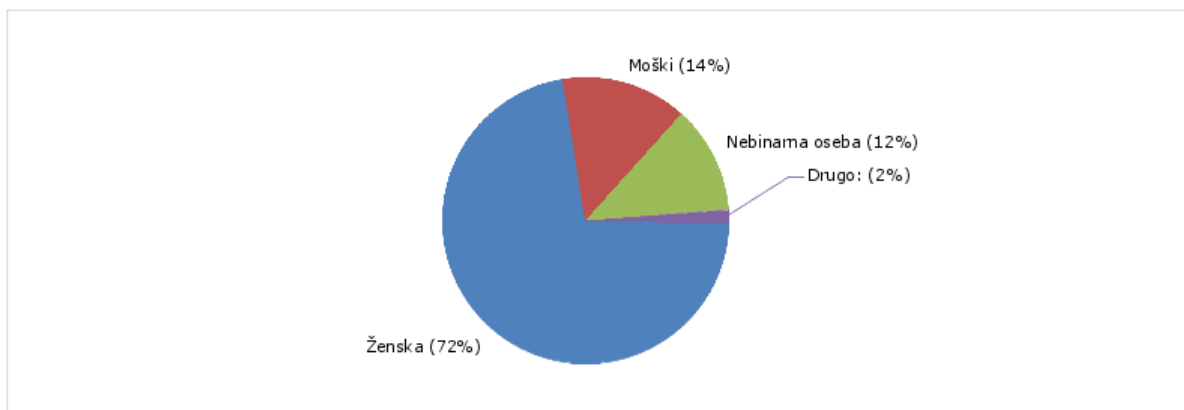
Graf 1: Spol pripisan ob rojstvu



Od vzorca je bilo 85 % osebam ob rojstvu pripisan ženski spol, 14 % moški spol, v vzorec pa je vključen tudi 1 % (n=2) običajno zelo nevidnih interspolnih oseb. V vzorec so zajete samo osebe na podlagi svoje samoidentifikacije z biseksualno identiteto, kjer biseksualnost razumemo v najširšem možnem pomenu (glej poglavje (Ne)monoseksualnost?), zaradi česar lahko pritrdim svoji prvi hipotezi, da se kot biseksualnih identificira več oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol (85 %), kot pa oseb, ki jim je bil pripisan moški spol (14 %).

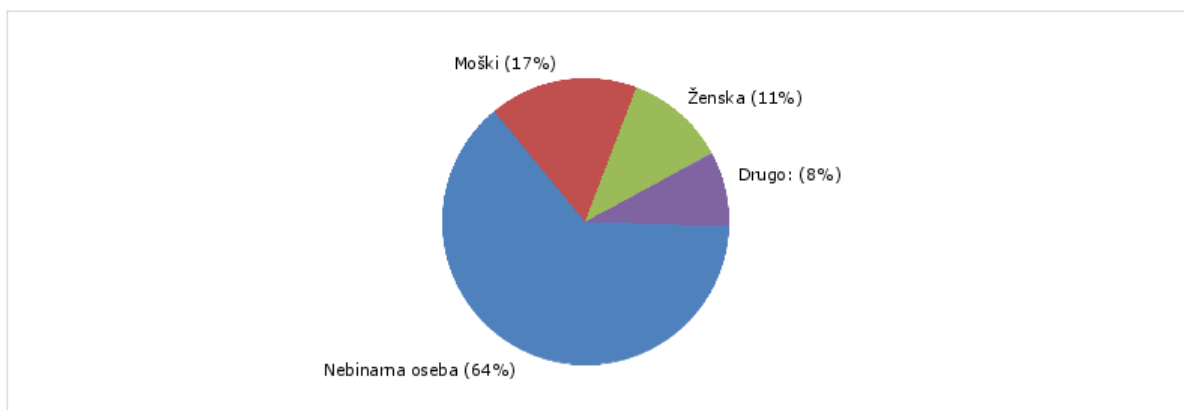
Če primerjamo ta podatek s podatku v grafu 2, pa lahko vidimo, da se podatka o spolu, pripisanem ob rojstvu, in o spolni identiteti razlikujeta. Veseli nas, da smo v vzorec dobili tudi odgovore pripadnic transspolne skupnosti.

Graf 2: Spolna identiteta

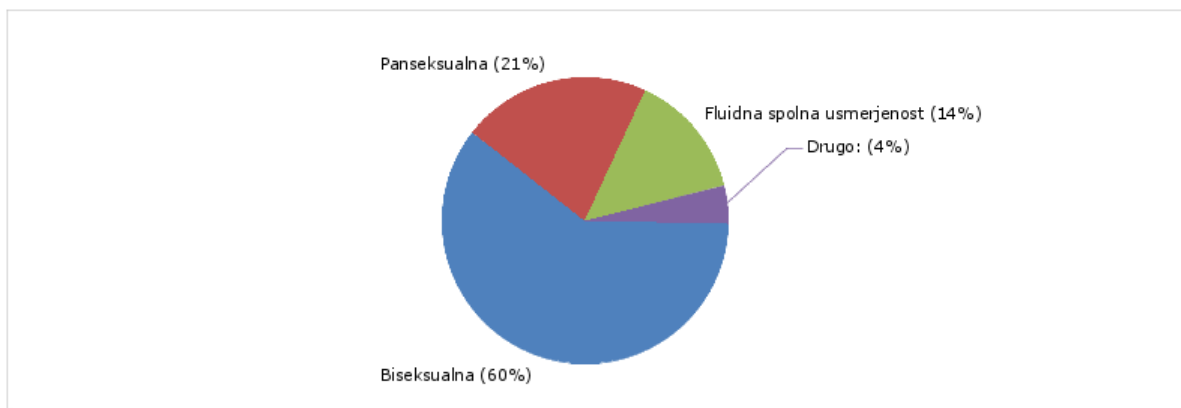


V vzorcu je tako 72 % žensk, 14 % moških, 12 % nebinarnih oseb ter 2 %, oseb, ki se identificirajo kot "gender nonconforming" (spolno nenormativne). Slednje v nadaljevanju poimenujem kot spol anketiranih oseb. Skupno je v vzorec vključenih kar 18,75 % oseb (n=36), katerih spolna identiteta ne sovпада s spolom, pripisanim ob rojstvu. Podatki v grafu 3 pokažejo, da se največ transspolnih oseb identificira kot nebinarna oseba (64 %), s 17 % sledijo moški, z 11 % ženske, pod drugo pa navajajo spolno nenormativnost.

Graf 3: Spolna identiteta transspolnih oseb

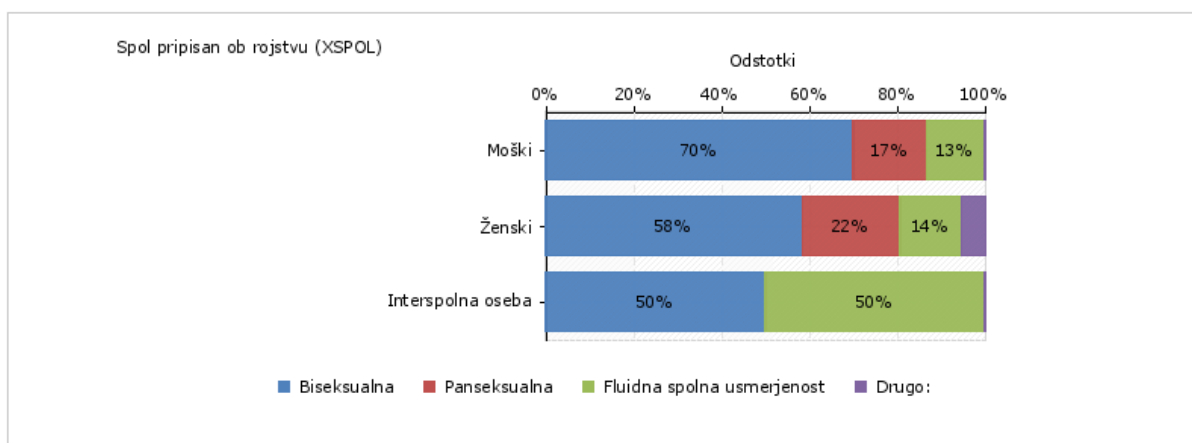


Graf 4: Spolna usmerjenost



V vzorcu 60 % vseh anketiranih oseb zase uporablja biseksualno spolno usmerjenost, 21 % panseksualno, 14 % fluidno ter 4 % drugo. Med drugim navajajo predvsem kvir in nedefiniranost.

Graf 5: Spolna usmerjenost po spolu pripisanem ob rojstvu



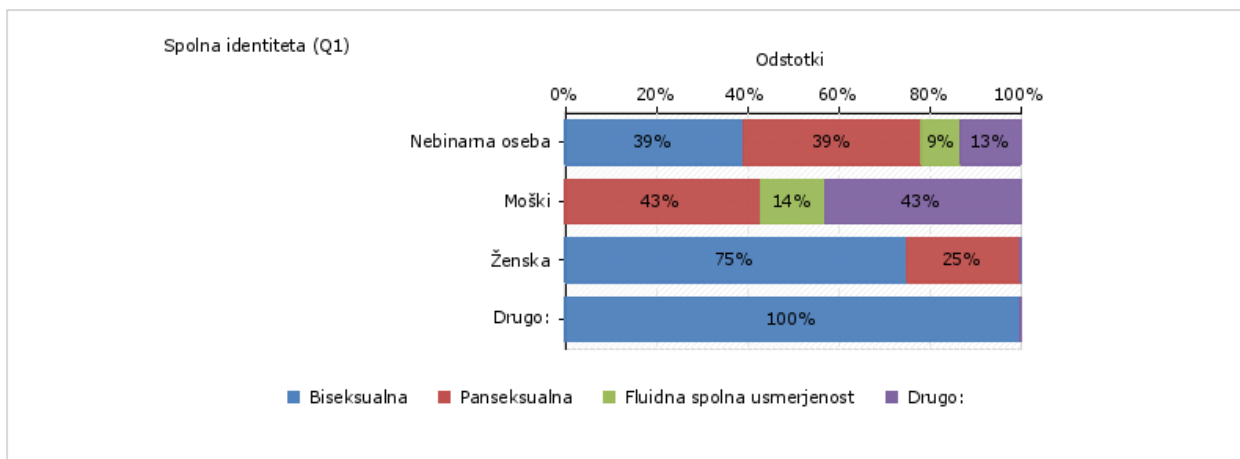
Vidimo lahko, da večji delež oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol (70 %), zase uporablja biseksualno identiteto kot delež oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol (58 %) ali pa so interspolne (50 %).

Tabela 1: Spolna usmerjenost transspolnih oseb

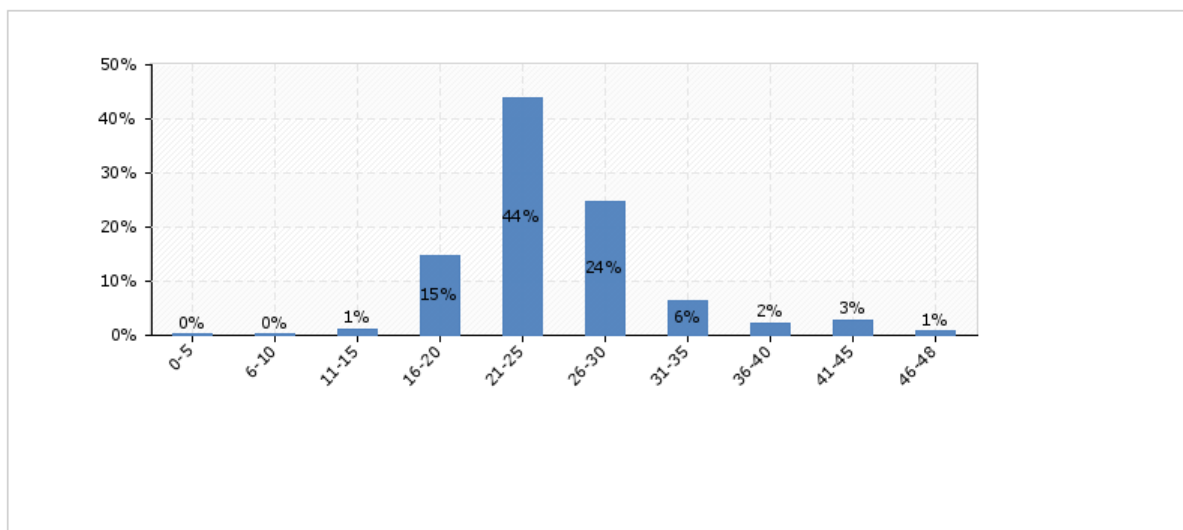
		Spolna usmerjenost				Skupaj
		Biseksualna (1)	Panseksualna (2)	Fluidna spolna usmerjenost (3)	Drugo: (4)	
Spolna identiteta	Nebinarna oseba (1)	9	9	2	3	23
		39,13%	39,13%	8,70%	13,04%	100,00%
	Moški (2)	0	2	1	3	6
		0,00%	33,33%	16,67%	50,00%	100,00%
	Ženska (3)	3	1	0	0	4
		75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Drugo: (4)	3	0	0	0	3
		100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	Skupaj	15	12	3	6	36
		41,67%	33,33%	8,33%	16,67%	100,00%

Če pogledamo le podatke za transspolne osebe prikazane v tabeli 1, vidimo, da 41 % oseb zase uporablja biseksualno identiteto, 33 % panseksualno, 8 % fluidno ter 16 % drugo. V spodnjem grafu 6 pa si lahko ogledamo podatke specifično na podlagi spolne identitete transspolnih oseb.

Graf 6: Spolna usmerjenost transspolnih oseb na podlagi spolne identitete

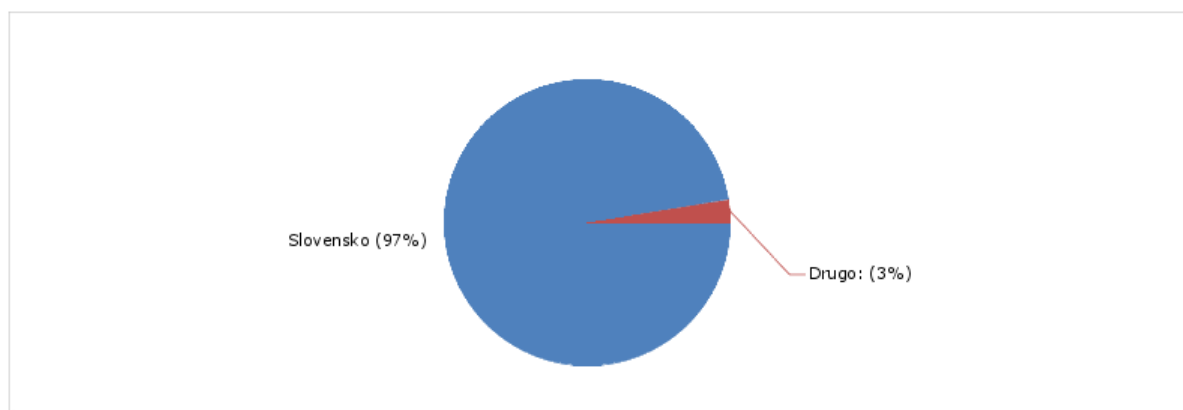


Graf 7: Starost



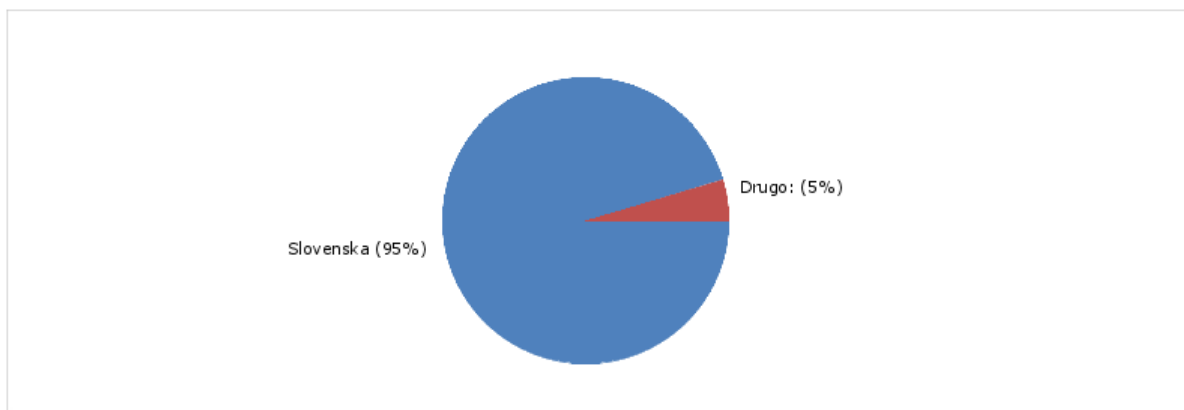
V vzorcu je najštevilčnejše reprezentirana skupina oseb, starih med 21–30 leti, ki jih je kar 68 %. 16 % oseb je starih med 15-20 leti, 12 % pa je oseb, ki so starejše od 30 let. 4 % anketiranih ni želelo deliti svoje starosti. V vzorec smo zajeli osebe, stare med 15 in 48 leti, kjer je povprečna starost 24,9, standardni odklon pa 5,77.

Graf 8: Državljanstvo



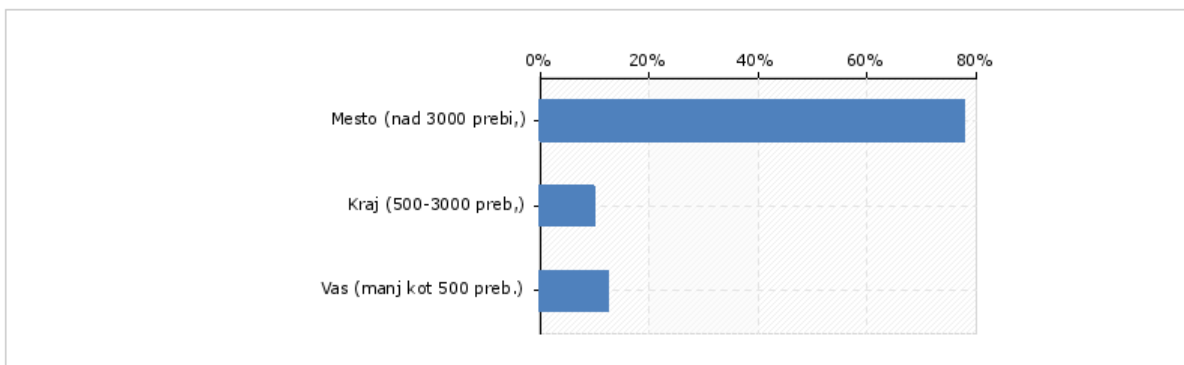
Po pričakovanjih smo v vzorec zajeli največ, tj. 97 % oseb, ki imajo slovensko državljanstvo, ter 3 % oseb, ki imajo druga državljanstva. Navajajo hrvaško, srbsko, ena oseba pa državljanstvo VB.

Graf 9: Etničnost



V vzorcu je zajetih 95 % oseb, ki imajo slovensko etničnost ter 5 % oseb, ki navajajo druge etničnosti. Navajajo mešano etničnost, hrvaško, bosansko, srbsko ter angleško.

Graf 10: Kraj bivanja

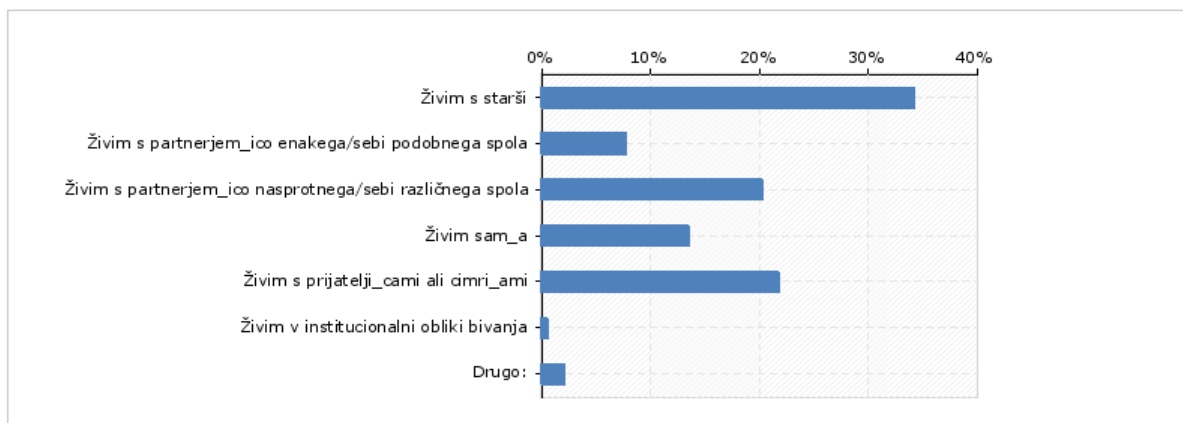


Kar 78 % oseb biva v mestih z več kot 3000 prebivalci, 12 % v vaseh ter 10 % v krajih, kjer je med 500 in 3000 prebivalcev.

Od tega je najštevilčnejše zastopana mestna občina Ljubljana, v kateri biva kar 51 % oseb. Po 4 % oseb biva v občinah Zagorje ob Savi in Celje, po 3 % v občini Koper in Kranj, 2 % v občini Maribor, ostale občine pa skupno predstavljajo preostalih 33 %.

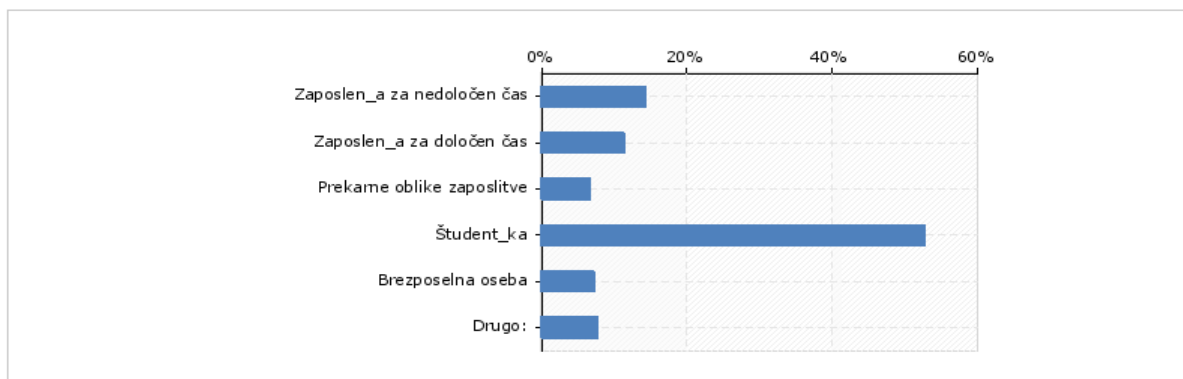
34 % oseb v času anketiranja živi s starši, 22 % oseb sobiva s prijatelji ali drugimi sstanovalci, 20 % oseb živi skupaj s partnerko sebi različnega spola, 14 % oseb živi samih, 8 % oseb živi s partnerko sebi podobnega spola, 1 oseba biva v instituciji, 2 % oseb pa živi v drugih oblikah bivanja, npr. enostarševska družina z otrokom.

Graf 11: Stanovanjska situacija

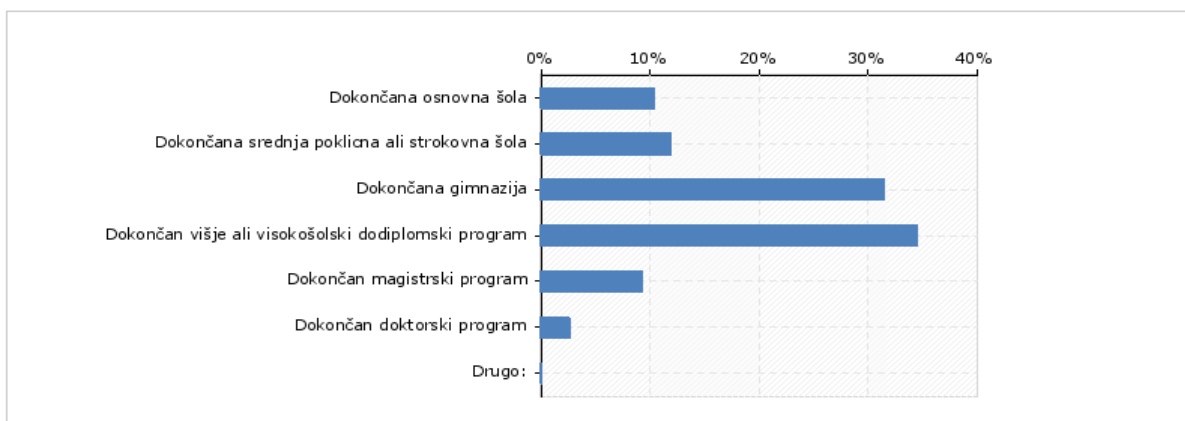


Graf 12 kaže, da ima kar 53 % oseb status študentke. Za nedoločen čas je zaposlenih 14 % oseb, medtem ko je za določen čas zaposlenih 11 % oseb. 7 % oseb je v prekarni obliki zaposlitve in 7 % oseb je bilo v času anketiranja brezposelnih. 8 % oseb pa poroča o drugih statusih, kjer se pojavljaja status dijakinje (5 %), poleg tega osebe navajajo samostojna podjetništva in v po enem primeru pripravništvo ter status upokojenca.

Graf 12: Zaposlitveni status

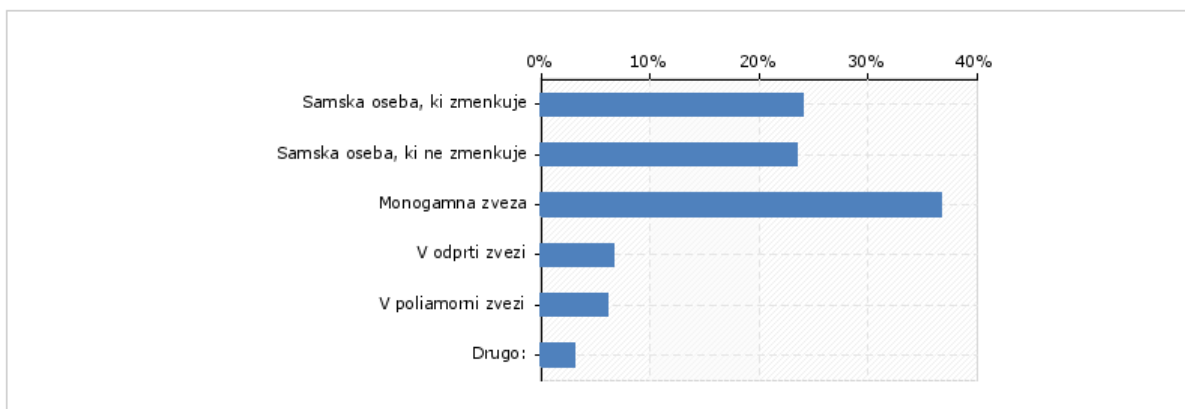


Graf 13: Najvišja dosežena izobrazba



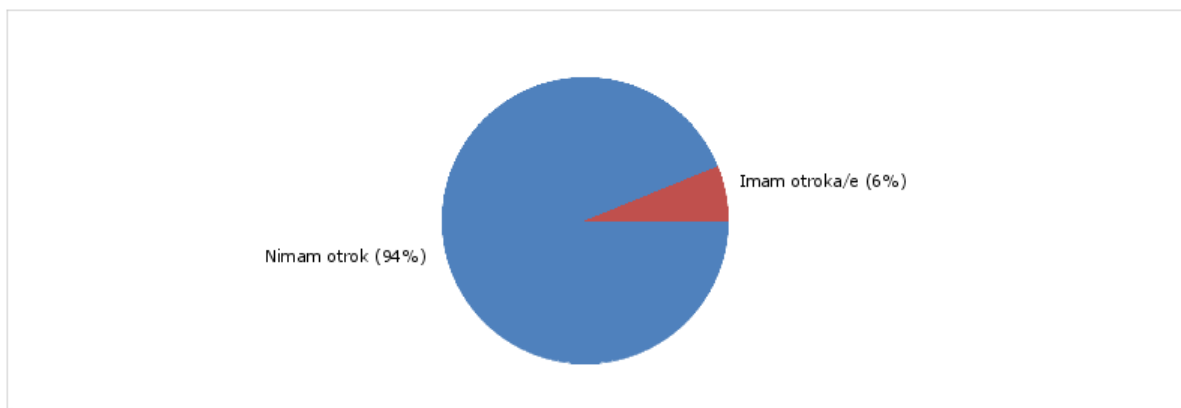
Graf 13 pokaže, da je 34 % oseb dokončalo dodiplomski program, 32 % pa gimnazijski program. 12 % oseb je zaključilo srednjo poklicno ali strokovno izobraževanje, 10 % pa ima zaključeno osnovno šolo. 9 % oseb ima zaključen magistrski program, 3 % oseb pa je zaključilo tudi z doktorskim programom.

Graf 14: Partnerstvo



48 % anketiranih je samskih oseb, od katerih jih je 24 % poročalo, da zmenkujejo, ostala polovica pa ne zmenkuje. 36 % oseb poroča, da so bile v času anketiranja v monogamni zvezi, 7 % oseb je bilo v odprti zvezi in 6 % v poliamorni zvezi. 3 % oseb je poročalo o drugih oblikah, kot so sobivanje, fluidnost oziroma gibanje med odprto in monogamno zvezo glede na dogovor ter o platonski zvezi.

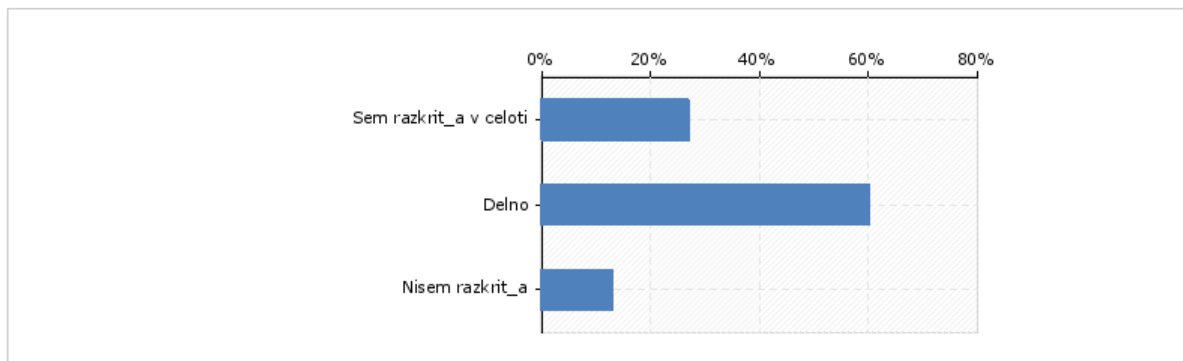
Graf 15: Potomstvo



Velika večina anketiranih, kar 94 %, poroča, da nima otrok. 6 % oseb (n=12) poroča, da imajo otroke, vsi od teh pa so biološki starši.

4.2. Stanje razkritja in doživljanja diskriminatornih izkušenj

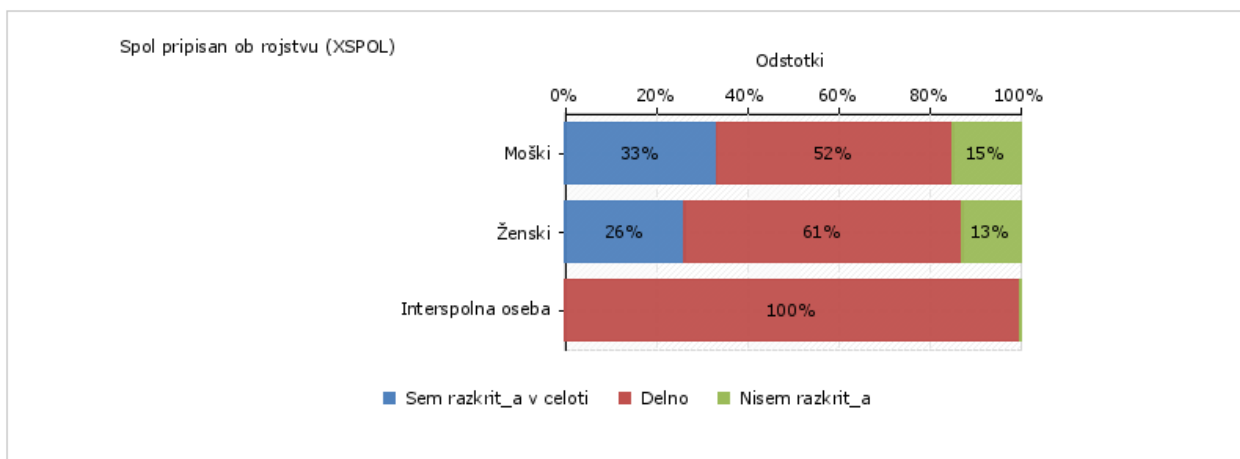
Graf 16: Stanje razkritja oz. "coming out"



60 % oseb je delno razkrilo svojo spolno usmerjenost, 27 % oseb je svoji okolici razkritih v celoti, 13 % oseb pa svoje spolne usmerjenosti ni razkrilo.

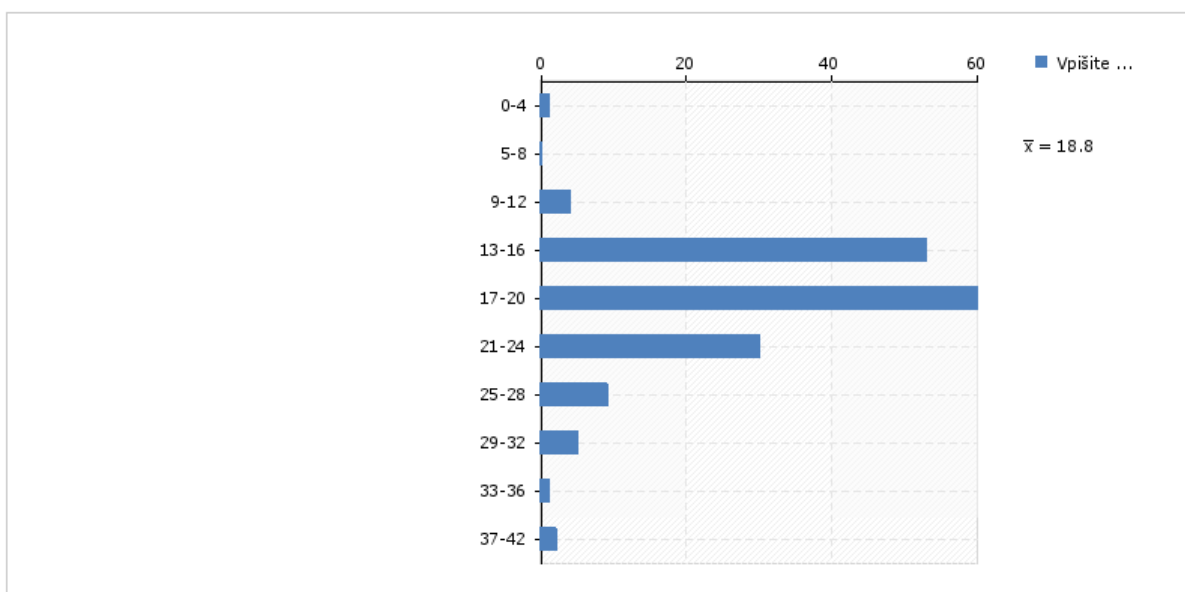
Da preverim svojo hipotezo, da so biseksualne osebe, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol, pogosteje nerazkrite, križam podatek o razkritju s podatkom o spolu pripisanem ob rojstvu in vidim, da je 15 % oseb s pripisanim moškim spolom in 13 % oseb s pripisanim ženskim spolom nerazkritih. Med tem je nerazkrita samo ena transspolna oseba, ki predstavlja 3 % transspolnega vzorca. Hipoteza je na mojem vzorcu tako potrjena.

Graf 17: Stanje razkritja po spolu pripisanem ob rojstvu

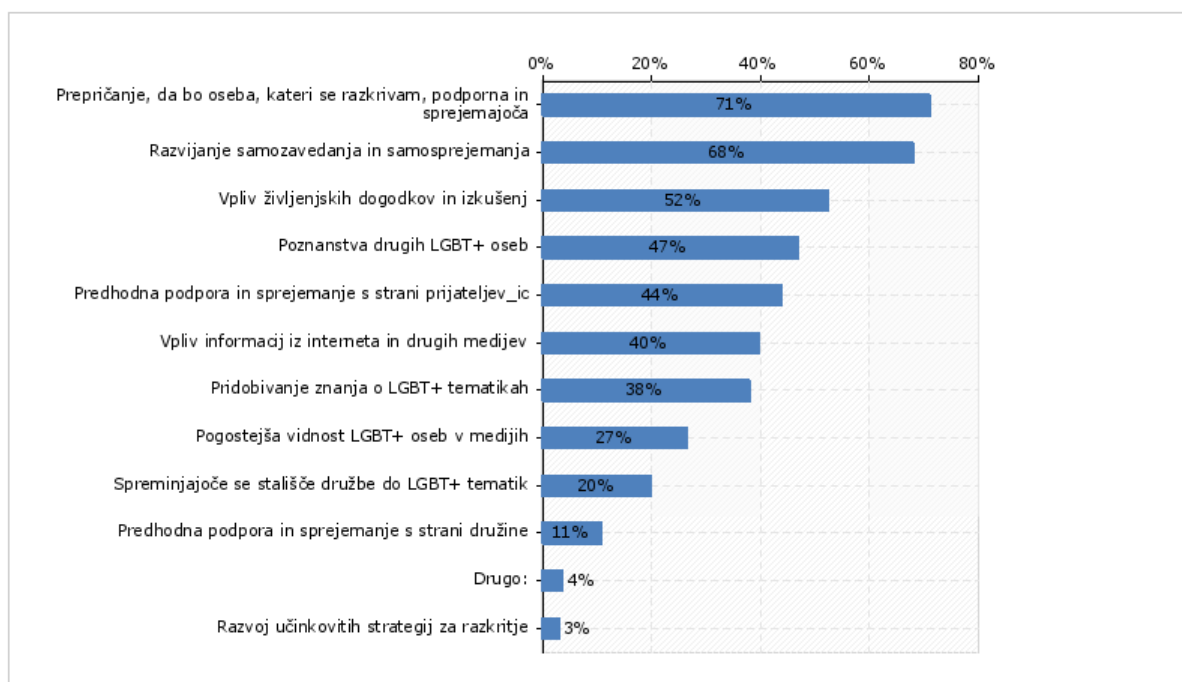


Podatki v grafu 18 pokažejo, da so respondentke največ prvih razkritij izvedle med 13. in 20. letom starosti. V tem času se je razkrilo kar 57 % oseb. Najmlajša oseba je bila ob prvem razkritju stara 11 let, najstarejša pa 42. Povprečje starosti pri prvem razkritju je 18,8 let, kjer je standardni odklon 5,11.

Graf 18: Starost pri prvem razkritju

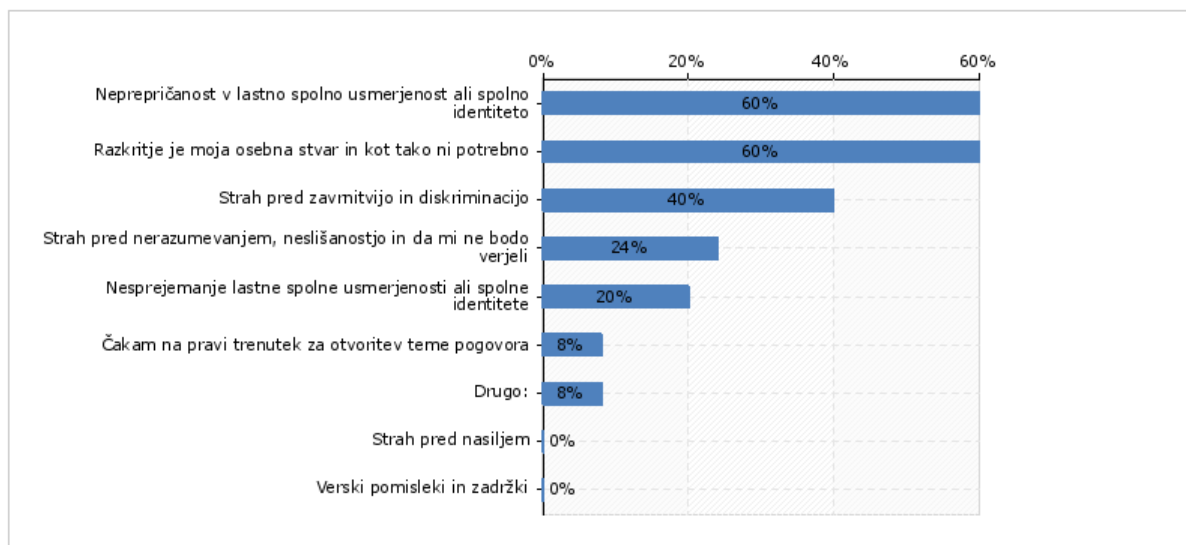


Graf 19: Dejavniki, ki so pomagali pri razkritju (Možnih je več odgovorov)



Na grafu 19 lahko vidimo dejavnike, ki so osebam pomagali pri razkritju. 71 % anketirank navaja prepričanje o pričakovanem podpornem in sprejemajočem vedenju osebe, ki se ji razkrivajo. Kar 68 % poudarja tudi pomen sprejemanja same sebe in 52 % pomen vpliva drugih življenjskih dogodkov in izkušenj. 47 % osebam je pri razkritju pomagalo, da so poznale druge LGBT+ osebe, s 44 % sledi predhodna podpora in sprejemanje s strani prijateljic. Pridobivanje informacij z interneta in drugih medijev je pri razkritju pomagalo 40 % osebam, bolj specifično pa je znanje o LGBT+ tematikah pomagalo 38 % osebam. Vidnost LGBT+ oseb v medijih je dejavnik, ki je pomagal pri razkritju 27 % osebam, 20 % pa je zaznalo kot pomagajoč dejavnik tudi spreminjanje stališč družbe do LGBT+ tematik. Le 11 % je navedlo podporo in sprejemanje s strani družine kot dejavnik, ki jim je pomagal pri razkritju. 3 % oseb so navedli razvoj učinkovitih strategij za razkritje kot dejavnik pomoči, 4 % pa so navajali druge dejavnike, kot so resnejša zveza in podpora s strani partnerke.

Graf 20: Razlogi za nerazkritje (Možnih je več odgovorov)



Osebe, ki se niso razkrile (n=25), so kot najpogostejša razloga (kar 60% pri obeh odgovorih) za to navajale neprepričanost v lastno spolno usmerjenost ali spolno identiteto in mnenje, da je razkritje njihova osebna stvar in kot tako ni potrebno. Kot tretji razlog je 40 % oseb navedlo strah pred zavrnitvijo in diskriminacijo, 24 % pa je doživljalo strah pred nerazumevanjem ter pred tem, da jim oseba, ki bi se ji razkrile, ne bo verjela in jih slišala. 20 % oseb je navajalo tudi nesprejemanje lastne spolne usmerjenosti ali spolne identitete. 8 % oseb je čakalo na pravi trenutek za razkritje, prav tako 8 % oseb pa je navajalo druge razloge kot npr. "ne zdi se mi potrebno", ki bi jih sam uvrstili v kategorijo "razkritje je moja osebna stvar in kot tako ni potrebno".

Na odprto vprašanje "Kaj bi ti pomagalo, da bi se razkril_a?" je od 25 oseb, ki se niso razkrile, odgovorilo 15 oseb. Njihove odgovore lahko klasificiramo v tri kategorije: osebni dejavniki, družbeni dejavniki in dejavniki v samem procesu razkritja, ki jih prikazujemo v tabeli 2. V družbene dejavnike lahko uvrstimo odgovore 9 oseb. To so želje po večjem ozaveščanju in zavedanju splošne družbe o biseksualnosti, želje po večji vidnosti in reprezentiranosti biseksualnih oseb ter na splošno po večji odprtosti in sprejemajoči naravi družbe.

V osebne dejavnike lahko uvrstimo odgovore, ki dajejo osebi razlog, da se razkrije. Odgovori so vključevali sklepanje resne zveze, delo na sebi in lastnih ponotranjenih

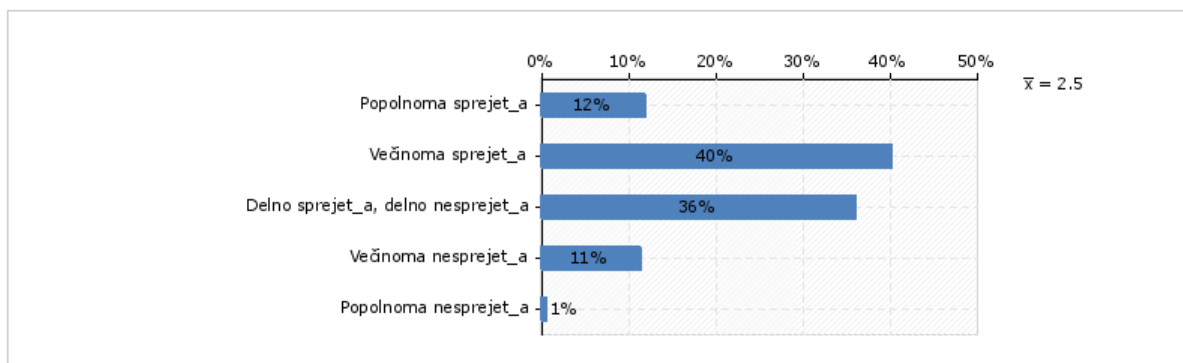
predsodkih in pogledih ter na splošno o občutkih. Nekaterim se razkritje ne zdi pomembno oz. ne čutijo potrebe po razkritju.

Dejavniki, ki se vežejo na sam proces razkritja, so potreba po podpori tako partnerke kot celotne družine, sledi prepričanje, da bo oseba, ki se ji razkrivamo, odprta in sprejemajoča, ter kadar druga oseba sama spodbudi razkritje z vprašanji o spolni usmerjenosti.

Tabela 2: Dejavniki razkritja

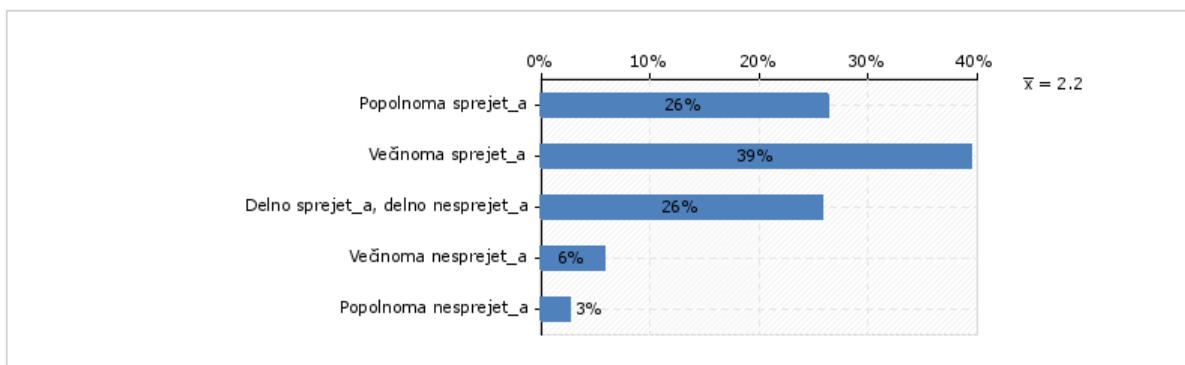
Osebni dejavniki	Družbeni dejavniki	Dejavniki procesa razkritja
Razlog za razkritje	Več ozaveščanja	Podpora s strani partnerke
Sprememba lastnih pogledov	Več vidnosti	Podpora s strani družine
Ne čutim potrebe (n=2)	Bolj odprta in sprejemajoča družba	Iniciacija razkritja od zunaj
		Prepričanje, da je oseba sprejemajoča

Graf 21: Občutek sprejetosti v splošni družbi



12 % oseb se počuti popolnoma sprejeto v splošni družbi, 40 % pa večinoma sprejeto. Delno sprejeto oziroma delno nesprejeto se počuti 36 % oseb. Večinoma nesprejeto se počuti 11 % oseb, 1 % pa se počuti popolnoma nesprejet v splošni družbi. Razlike so opazne pri primerjavi s transspolnimi osebami, kjer se le 3 % oseb v splošni družbi počuti popolnoma sprejetih, 47 % oseb večinoma sprejetih in 31 % delno sprejetih oziroma nesprejete, kar 17 % večinoma nesprejetih ter 3 % popolnoma nesprejete.

Graf 22: Občutek sprejetosti znotraj LGBT+ skupnosti



Za primerjavo se 26 % oseb počuti popolnoma sprejeto znotraj LGBT+ skupnosti in 39 % večinoma sprejeto. Delno sprejeto oziroma delno nesprejeto pa se počuti 26 % oseb v vzorcu. Večinoma nesprejeto se počuti 6 % oseb, popolnoma nesprejeto pa 3 % oseb v vzorcu. Prav tako so tudi tukaj opazne razlike pri transspolni skupnosti, kjer se le 17 % oseb počuti popolnoma sprejetih znotraj LGBT+ skupnosti, 42 % večinoma sprejetih, 33 % se počuti delno sprejetih oziroma nesprejetih, prav tako pa se 6 % počuti večinoma nesprejetih in 3 % popolnoma nesprejetih znotraj LGBT+ skupnosti.

Svojo hipotezo, da se biseksualne osebe počutijo bolj sprejete znotraj LGBT+ skupnosti kot pa v splošni družbi lahko potrdim, saj popolnoma in večinoma sprejete v LGBT+ skupnosti počuti 65 % oseb, med tem ko se popolnoma in večinoma sprejete v obči družbi počuti 52 %.

Tabela 3: Občutek varnosti v javnem prostoru v Sloveniji

Q21	Občutek varnosti v javnem prostoru v Sloveniji								
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot
		Zelo varno	Varno	Nevarno	Zelo nevarno	Tega ne počnem/Se izogibam	Skupaj		
Q21a	Držanje rok z osebo enakega/sebi podobnega spola	18 (9 %)	97 (51 %)	31 (16 %)	5 (3%)	41 (21 %)	192 (100 %)	192	192
Q21b	Poljubljanje z osebo enakega/sebi podobnega spola	7 (4 %)	60 (31 %)	49 (26 %)	11 (6%)	64 (34 %)	191 (100 %)	191	192
Q21c	Božanje z osebo enakega/sebi podobnega spola	14 (7 %)	85 (45 %)	29 (15 %)	9 (5%)	52 (28 %)	189 (100 %)	189	192
Q21d	Izkazovanje naklonjenosti z osebo nasprotnega/sebi različnega spola	64 (34 %)	79 (42 %)	20 (11 %)	4 (2%)	21 (11 %)	188 (100 %)	188	192
Q21e	Gledanje LGBT+ publikacij, spletnih strani ipd.	60 (32 %)	107 (57 %)	8 (4 %)	3 (2%)	11 (6 %)	189 (100 %)	189	192
Q21f	Uporaba javnega prevoza	67 (35 %)	105 (56 %)	9 (5 %)	3 (2%)	5 (3 %)	189 (100 %)	189	192
Q21g	Sprehajanje po temi	17 (9 %)	90 (48 %)	51 (27 %)	14 (7%)	17 (9 %)	189 (100 %)	189	192

Anketirane osebe se večinoma počutijo precej varne v javnosti v Sloveniji, kar je razvidno iz tabele 3. 91 % jih meni, da je varno oz. zelo varno uporabljati javni prevoz, medtem ko 7 % meni, da je to nevarno oz. zelo nevarno. 3 % se izogibajo uporabi javnega prevoza. Prav tako je kar 89 % oseb mnenja, da je gledanje LGBT+ publikacij, spletnih strani ipd. v javnih prostorih v Sloveniji zelo varno ali varno. 6 % oseb meni, da je to nevarno oz. zelo nevarno. 6 % se temu izogiba oz. tega ne počne. 76 % oseb meni, da je izkazovanje naklonjenosti z osebo sebi različnega spola varno ali zelo varno. 13 % meni, da je to nevarno oz. zelo nevarno. 11 % tega ne počne, ali pa se izkazovanju naklonjenosti do osebe sebi različnega spola izogiba.

Kar 51 % oseb meni, da je držanje rok z osebo sebi podobnega spola varno, 9 % pa je mnenja, da je zelo varno, 16 % meni, da je nevarno, zelo nevarno pa 3 %. Kar 21 % oseb pa se držanju rok z osebo sebi podobnega spola izogiba oziroma tega ne počne. 57 % oseb meni, da je sprehajanje po temi v Sloveniji varno ali zelo varno. 34 % se zdi nevarno oz. zelo nevarno. 9 % oseb se sprehajanju po temi izogiba oziroma tega ne počne. 7 % oseb meni, da je božanje z osebo sebi podobnega spola v Sloveniji zelo varno, 45%, da je varno, 15 % meni, da je nevarno in 5 %, da je zelo nevarno. 28 % anketiranih oseb se božanja z osebo sebi podobnega spola v Sloveniji izogiba ali pa tega ne počne. Da je poljubljanje z osebo sebi podobnega spola v Sloveniji zelo varno, je mnenja 4 % anketiranih oseb, 31 %

pa meni, da je to varno. 26 % anketiranih oseb meni, da je nevarno, 6 % pa da zelo nevarno. 34 % oseb se poljubljanju z osebo sebi podobnega spola v Sloveniji izogiba ali pa tega ne počne.

Tabela 4: Izkušnje z nadlegovanjem in nasiljem zaradi spolne usmerjenosti ali spolne identitete

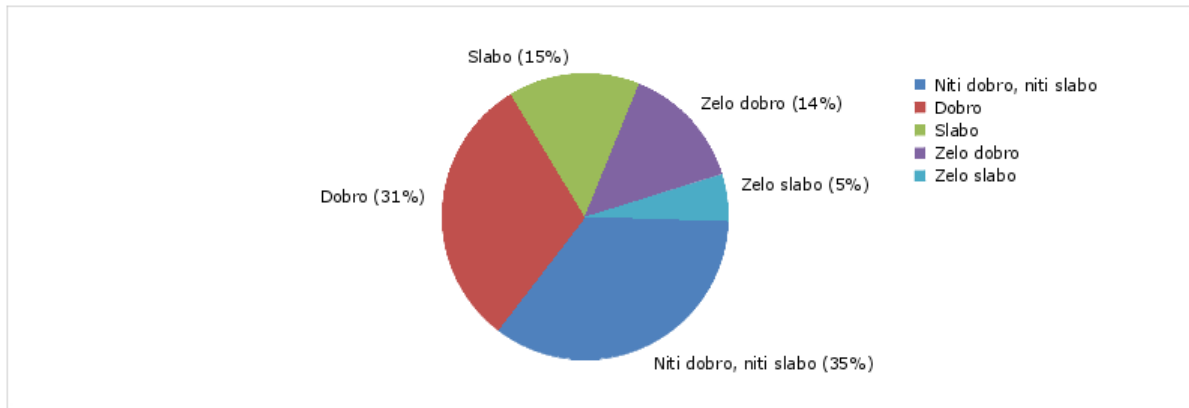
Q22	Izkušnje z nadlegovanjem in nasiljem zaradi spolne usmerjenosti ali spolne identitete								
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot
		Nikoli	Pred več kot petimi leti	V zadnjih petih letih	V zadnjem letu	V zadnjem mesecu	Skupaj		
Q22a	Verbalno nasilje	89 (46 %)	22 (11 %)	38 (20 %)	31 (16 %)	12 (6 %)	192 (100 %)	192	192
Q22b	Grožnje z nasiljem	151 (79 %)	13 (7 %)	11 (6 %)	10 (5 %)	6 (3 %)	191 (100 %)	191	192
Q22c	Nasilje prek socialnih omrežij	128 (68 %)	9 (5 %)	28 (15 %)	15 (8 %)	9 (5 %)	189 (100 %)	189	192
Q22d	Grožnje z razkritjem	169 (88 %)	6 (3 %)	9 (5 %)	3 (2 %)	4 (2 %)	191 (100 %)	191	192
Q22e	Fizično nasilje	179 (94 %)	5 (3 %)	4 (2 %)	1 (1 %)	2 (1 %)	191 (100 %)	191	192
Q22f	Spolno nasilje	163 (85 %)	9 (5 %)	12 (6 %)	5 (3 %)	2 (1 %)	191 (100 %)	191	192
Q22g	Napad z orožjem	188 (98 %)	2 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	191 (100 %)	191	192
Q22h	Izločanje iz družbe	123 (65 %)	15 (8 %)	36 (19 %)	12 (6 %)	4 (2 %)	190 (100 %)	190	192

Tabela 4 pokaže, kakšne so izkušnje anketirank z nadlegovanjem in nasiljem v Sloveniji. Velika večina anketiranih oseb navaja, da nikoli ni doživela groženj z nasiljem (79 %), nasilja prek socialnih omrežij (68 %), groženj z razkritjem (88 %), fizičnega nasilja (94 %), spolnega nasilja (85 %), napada z orožjem (98 %) ali izločanja iz družbe (65 %).

Verbalno nasilje pa je na podlagi spolne usmerjenosti doživelo 54 % oseb. Od tega ga je 6 % oseb doživelo v zadnjem mesecu, 16 % v zadnjem letu, 20 % v zadnjih petih letih ter 11 % pred več kot petimi leti. Verbalno nasilje je doživelo kar 86 % transspolnih oseb (n=31) in sicer ga je 14 % doživelo pred več kot petimi leti, 22 % v zadnjih petih letih, 50 % v zadnjem letu, od česar kar 17 % v zadnjem mesecu.

4.3. Doživljanje duševnega zdravja

Graf 23: Samoocena duševnega zdravja



Svoje duševno zdravje 14 % anketiranih oseb ocenjuje kot zelo dobro, 31 % pa kot dobro. Vmesno, kot niti dobro niti slabo, pa svoje duševno zdravje ocenjuje 35 % oseb. Sledi 15 % oseb, ki svoje duševno zdravje ocenjujejo s slabo in 5 % oseb, ki ga ocenjujejo kot zelo slabo.

Hipotezo, da biseksualne osebe svoje duševno zdravje pogosteje doživljajo kot slabše tako potrdimo, saj ga kot zelo dobro in dobro doživlja 45 %, kar pomeni, da ga kot slabše doživlja večina, tj. 55 % oseb.

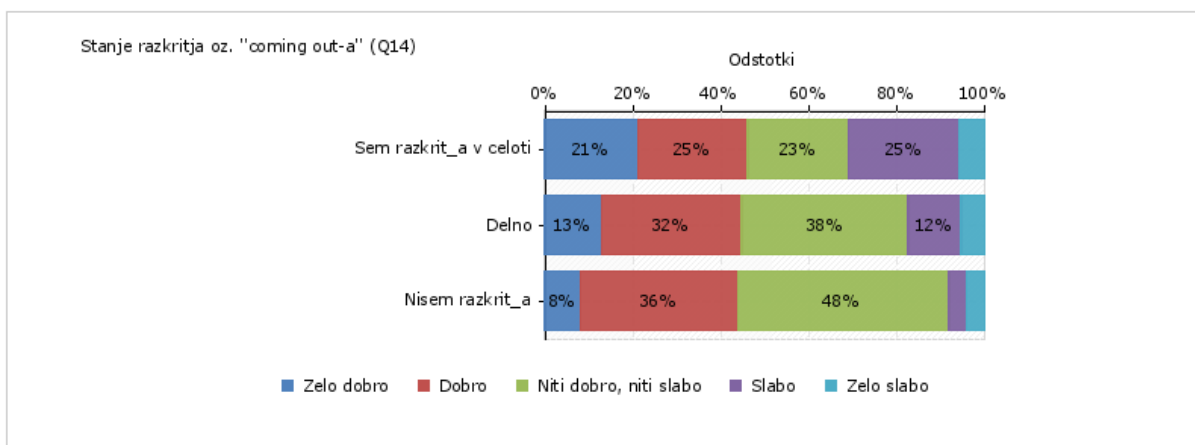
Transspolne osebe ocenjujejo svoje duševno zdravje slabše, saj ga le 33 % ocenjuje kot zelo dobro ali dobro. 39 % ga ocenjuje kot niti dobro niti slabo, 17 % oseb ga ocenjuje kot slabo in kar 11 % kot zelo slabo.

Zanimiva je tudi korelacija med razkritjem vseh oseb in njihovo samooceno duševnega zdravja, ki jo lahko razberemo iz grafa 24. Osebe, ki so razkrite v celoti (n=52) tako v 21 % svoje duševno zdravje ocenjujejo kot zelo dobro, med tem ko delno razkrite (n=116) v 13 % in nerazkrite osebe (n=25) v 8 %. Kot dobro pa ga obratno kot prej kar v 36 % ocenjujejo nerazkrite osebe, med tem ko ga delno razkrite osebe v 32 % in v celoti razkrite osebe v 25 %. Nerazkrite osebe prav tako v najvišjih odstotkih samoocenjujejo svoje duševno zdravje kot niti dobro niti slabo z 48 %, delno razkrite osebe z 38 % in v celoti razkrite osebe s 23 %. Kot slabo duševno zdravje samoocenjuje 25 % oseb, ki so razkrite v celoti, 12 % delno razkritih oseb in 4 % nerazkritih oseb. Isti odstotek (4 %) nerazkritih

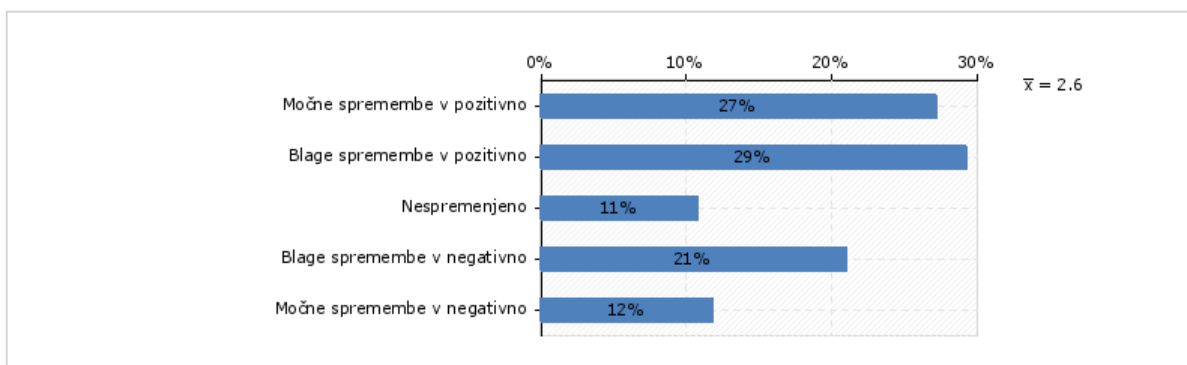
poroča o zelo slabi samooceni duševnega zdravja, o kateri poroča 5 % delno razkritih in 6 % oseb, ki so razkrite v celoti.

Našo hipotezo, da razkrite in delno razkrite biseksualne osebe svoje duševno zdravje pogosteje ocenjuje z zelo dobro ali dobro kot nerazkrite biseksualne osebe, lahko delno potrdimo in delno ovržemo. Potrdimo jo lahko, kadar primerjamo samooceno duševnega zdravja kot zelo dobrega, kot jo navaja 21 % v celoti razkritih oseb in 13 % delno razkritih oseb, v primerjavi pa le 8 % ne razkritih oseb. Hipotezo pa ovržemo v primerjavi samoocen duševnega zdravja kot dobrega, kot ga zaznava kar 36 % ne razkritih oseb, v primerjavi z 21 % v celoti razkritih in 13 % delno razkritih oseb.

Graf 24: Korelacija med razkritjem in samooceno duševnega zdravja



Graf 25: Kako zaznavaš spremembe v lastnem duševnem zdravju v zadnjih petih letih?



56 % anketiranih oseb zaznava pozitivne spremembe v lastnem duševnem zdravju v zadnjih petih letih. Od tega 29 % zaznava blage in 27 % močne spremembe v pozitivno. 11 % oseb zaznava stanje kot nespremenjeno. 33 % oseb pa zaznava negativne spremembe.

Od tega 21 % blage in 12 % močne negativne spremembe v lastnem duševnem zdravju v zadnjih petih letih.

Tabela 5: Dejavniki, ki so vplivali/vplivajo na tvoje duševno zdravje (Možnih je več odgovorov)

Q25	Dejavniki, ki so vplivali/vplivajo na tvoje duševno zdravje						
	Podvprašanja	Odgovori				Veljavni	Št. enot
		Pozitiven učinek (1)	Brez Učinka (2)	Negativen učinek (3)	Se ne nanaša name (4)		
Q25a	Pozitivne upodobitve LGBT+ oseb v medijih	124 (65 %)	45 (23 %)	3 (2 %)	24 (13 %)	192	192
Q25b	Negativne upodobitve LGBT+ oseb v medijih	2 (1 %)	57 (30 %)	107 (56 %)	28 (15 %)	190	192
Q25c	Sklepanje prijateljev z LGBT+ osebami	150 (79 %)	23 (12 %)	3 (2 %)	19 (10 %)	191	192
Q25d	Razkritje prijateljicam	141 (74 %)	24 (13 %)	9 (5 %)	22 (12 %)	190	192
Q25e	Razkritje družinskim članom	62 (32 %)	29 (15 %)	46 (24 %)	61 (32 %)	192	192
Q25f	Spremembe v zakonodaji	83 (43 %)	54 (28 %)	13 (7 %)	44 (23 %)	192	192
Q25g	Vstop v proces tranzicije	22 (11 %)	20 (10 %)	7 (4 %)	145 (76 %)	192	192
Q25h	Operativni poseg za potrditev spola	13 (7 %)	7 (4 %)	2 (1 %)	172 (90 %)	192	192
Q25i	Sprememba imena ali spolnega indikatorja na osebnih dokumentih	17 (9 %)	9 (5 %)	1 (1 %)	167 (87 %)	192	192
Q25j	Obiskovanje podporne skupine	40 (21 %)	18 (9 %)	6 (3 %)	133 (69 %)	192	192
Q25k	Obiskovanje LGBT+ društev in prizorišč	105 (55 %)	22 (11 %)	8 (4 %)	66 (34 %)	192	192
Q25l	Strokovna podpora pri težavah v duševnem zdravju	78 (41 %)	18 (9 %)	8 (4 %)	98 (51 %)	192	192
Q25m	Priključitev družine v proces strokovne obravnave	16 (8 %)	15 (8 %)	9 (5 %)	152 (79 %)	192	192

Dejavniki, za katere anketirane osebe večinsko menijo, da so imeli oziroma imajo pozitiven vpliv na njihovo duševno zdravje, so naslednji: sklepanje prijateljev z LGBT+ osebami (79 %), razkritje prijateljicam (74 %), pozitivne upodobitve LGBT+ oseb v medijih (65 %) in obiskovanje LGBT+ društev in prizorišč (55 %). Večina (56 %) tudi meni, da so imele oziroma imajo negativne upodobitve LGBT+ oseb v medijih negativen vpliv na duševno zdravje anketiranih oseb. Vendar je tudi vidna razlika med pozitivnim učinkom pozitivnih medijskih podob in negativnim učinkom negativnih medijskih podob. Slednje ima namreč manjši učinek na duševno zdravje anketiranih oseb.

Pričakovano transspolne osebe poročajo tudi o pozitivnem učinku vstopa v proces tranzicije (44 %), za katerega je 11 % poročalo, da je bilo brez učinka, ena oseba pa poroča

o negativnem učinku. 42 % transspolnih oseb v proces tranzicije ni vstopilo. 75 % oseb ni opravilo operativnega posega za potrditev spola, od tistih, ki pa so ga (n=9), pa 7 oseb poroča o pozitivnem učinku, 2 osebi pa poročata, da operativni poseg ni imel učinka. Sprememba imena ali spolnega indikatorja pa je imela pozitivni učinek za 28 % transspolnih oseb, 6 % oseb pa navaja nespremenjeno stanje. 67 % ni opravljalo spremembe imena ali spolnega indikatorja na osebnih dokumentih.

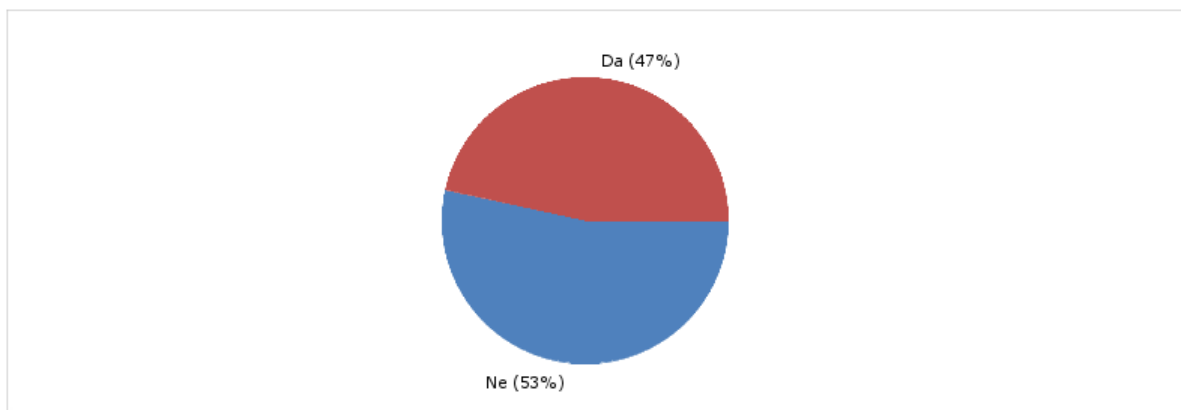
Tabela 6: Doživeta stanja duševnega zdravja v zadnjih petih letih

Q26	Ali si v zadnjih petih letih doživel_a katero od navedenih stanj?						
	Podvprašanja	Odgovori				Veljavni	Št. enot
		Da	Ne	Ne vem	Skupaj		
Q26a	Potrnost, brezvoljnost	179 (94 %)	8 (4 %)	4 (2 %)	191 (100 %)	191	192
Q26b	Panični napadi	123 (65 %)	59 (31 %)	8 (4 %)	190 (100 %)	190	192
Q26c	Stalna tesnoba (cmok v grlu)	129 (68 %)	50 (26 %)	11 (6 %)	190 (100 %)	190	192
Q26d	Stalni strah	97 (52 %)	74 (39 %)	17 (9 %)	188 (100 %)	188	192
Q26e	Občutek manjvrednosti	155 (82 %)	29 (15 %)	5 (3 %)	189 (100 %)	189	192
Q26f	Razdražljivost	177 (93 %)	12 (6 %)	2 (1 %)	191 (100 %)	191	192
Q26g	Depresija	125 (66 %)	50 (26 %)	15 (8 %)	190 (100 %)	190	192
Q26h	Stres	184 (96 %)	5 (3 %)	2 (1 %)	191 (100 %)	191	192

V tabeli 6 vidimo, da je stanje duševnega zdravja respondentk precej slabo. Od navedenih stanj je najmanj oseb doživljalo stalni strah in sicer 52 %. Malo več in sicer 65 % jih je navedlo, da so doživele panične napade, 66 % pa tudi depresijo. O doživljanju stalne tesnobe poroča 68 % anketiranih oseb, 82 % pa o občutku manjvrednosti. Več kot 90 % anketiranih oseb pa doživlja razdražljivosti (93 %), potrtosti in brezvoljnosti (94 %) ter stres (96 %). Če primerjamo te podatke z odgovori transspolnih oseb, vidimo, da je njihovo duševno zdravje še bolj ogroženo. Potrtost je navajalo 97 % transspolnih oseb, panične napade je doživljalo kar 81 % oseb, 78 % oseb poroča o stalni tesnobi, 67 % o stalnem strahu, 86 % o občutku manjvrednosti, 94 % o razdražljivosti, 69 % o depresiji ter 97 % o stresu.

Zaradi doživljanja navedenih stanj je 27 % anketiranih oseb obiskovalo psihiatra, 38 % oseb pa je bilo vključenih v psihoterapijo. Psihoterapijo je obiskovalo 50 % transspolnih oseb.

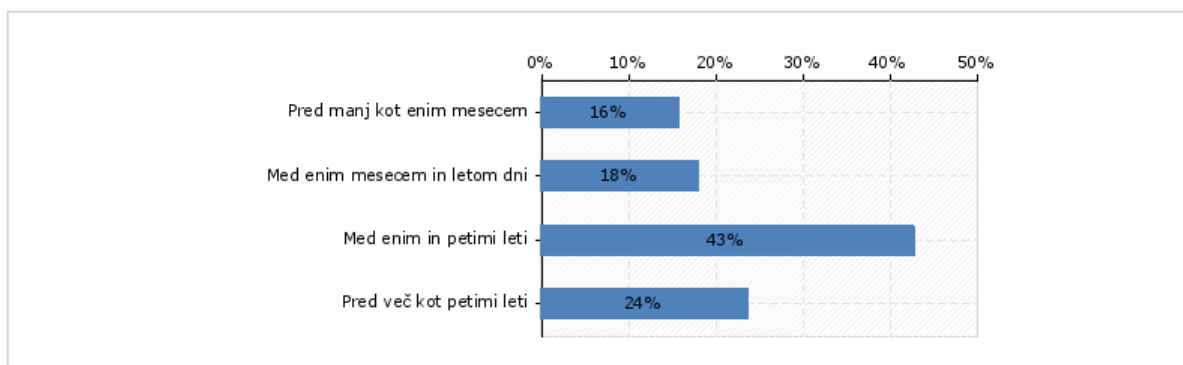
Graf 26: Namerno samopoškodovanje



Kar 47 % anketiranih oseb ima izkušnjo samopoškodovanja. V vzorcu transspolnih oseb pa ima izkušnjo s samopoškodovanjem 63 %.

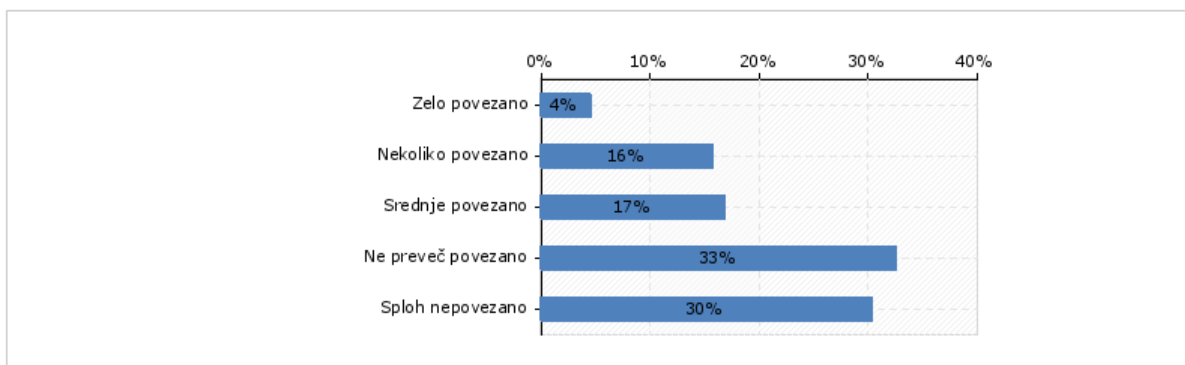
Hipotezo, da je imelo več kot 50 % oseb izkušnjo s samopoškodovanjem, samomorilnimi mislimi in poskusom samomora delno ovržemo, saj je navkljub visokim odstotkom izkušnje s samopoškodovanjem poročalo 47 % oseb.

Graf 27: Zadnji poskus samopoškodovanja



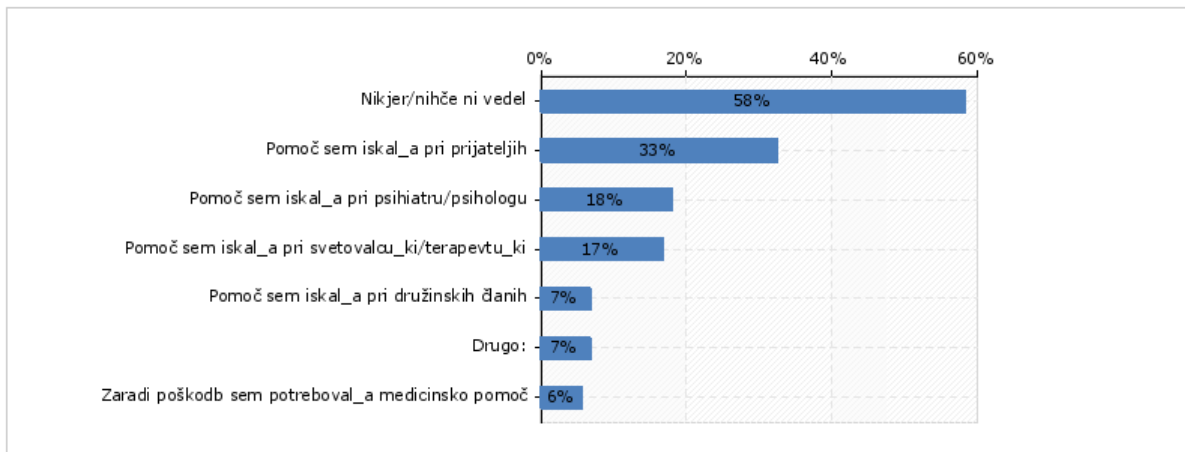
Največ oseb se je samopoškodovalo v času med enim in petimi leti nazaj (43 %), skoraj četrtina (24 %) pa se je samopoškodovala pred več kot petimi leti. V zadnjem letu se je poškodovalo 34 % oseb, od tega 16 % v zadnjem mesecu.

Graf 28: Povezanost samopoškodovanja s spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto



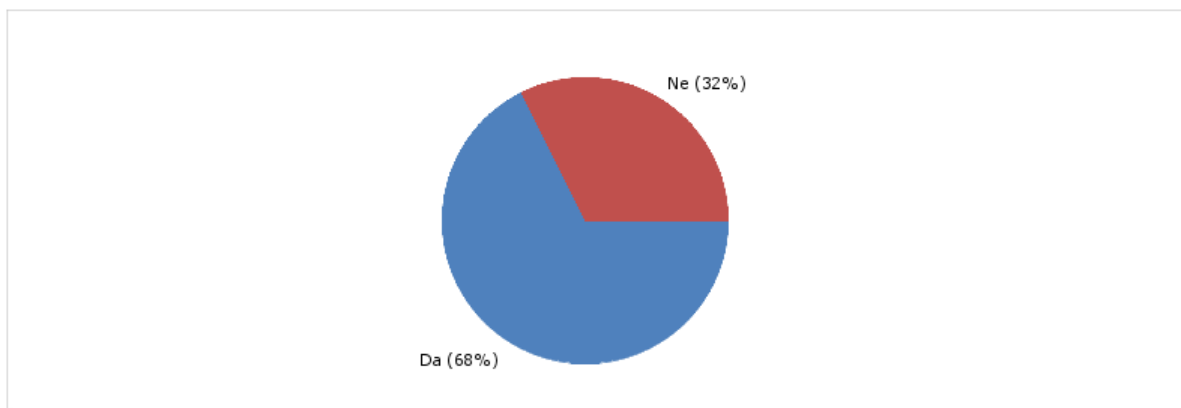
30 % anketiranih oseb je mnenja, da samopoškodovanje sploh ni bilo, 33 % pa da ni bilo preveč povezano z okoliščinami njihove spolne usmerjenosti ali spolne identitete, kar predstavlja več kot polovico anketiranih. 17 % oseb je poročalo, da je bilo samopoškodovanje srednje, 16 % nekoliko in 4 % zelo povezano z okoliščinami njihove spolne usmerjenosti ali spolne identitete.

Graf 29: Iskanje podpore in pomoči v zvezi s samopoškodovanjem (Možnih je več odgovorov)



Zaskrbljujoč je podatek, da večina oseb ni iskala podpore in pomoči pri soočanju s samopoškodovanjem, kar navaja kar 58 % anketiranih oseb. Od tistih, ki so pomoč in podporo iskale, pa se je 33 % oseb obrnilo na prijateljice, 35 % na strokovnjakinje, 7 % na družinske članice, 6 % je potrebovalo medicinsko pomoč. 7 % oseb je navedlo drugo, predvsem partnerke ter načrtno skrivanje in zanikanje.

Graf 30: Misli o samomoru

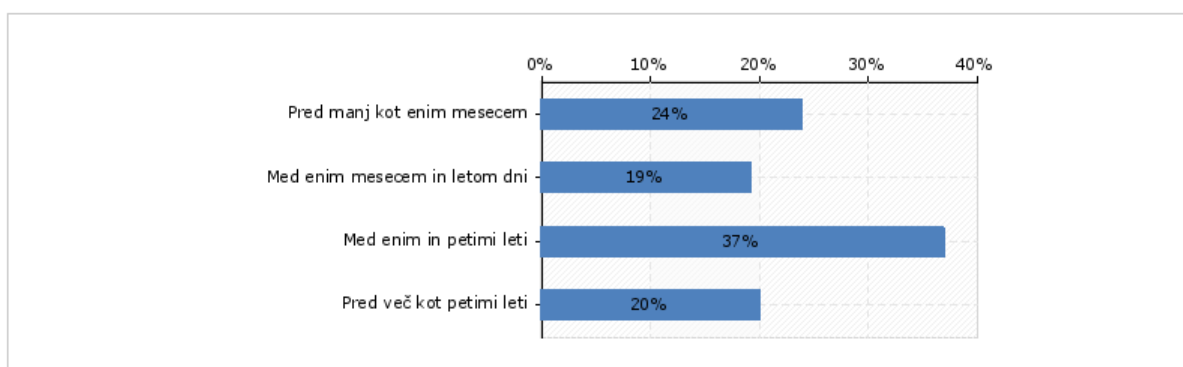


Kar 68 % oseb je poročalo, da so imele misli o samomoru, v vzorcu transspolnih oseb pa je bilo teh poročanj kar 83 %.

Podobno kot pri samopoškodovanju je največji delež in sicer 37 % oseb poročalo, da so imele misli o samomoru med enim in petimi leti. 20 % je imelo misli o samomoru pred več kot petimi leti, 43 % pa je imelo samomorilne misli v zadnjem letu, od tega kar 24 % v zadnjem mesecu.

Hipotezo, da je imelo več kot 50 % oseb izkušnjo s samopoškodovanjem, samomorilnimi mislimi in poskusom samomora delno potrdimo, saj je o samomorilnih mislih poročalo kar 68 % oseb.

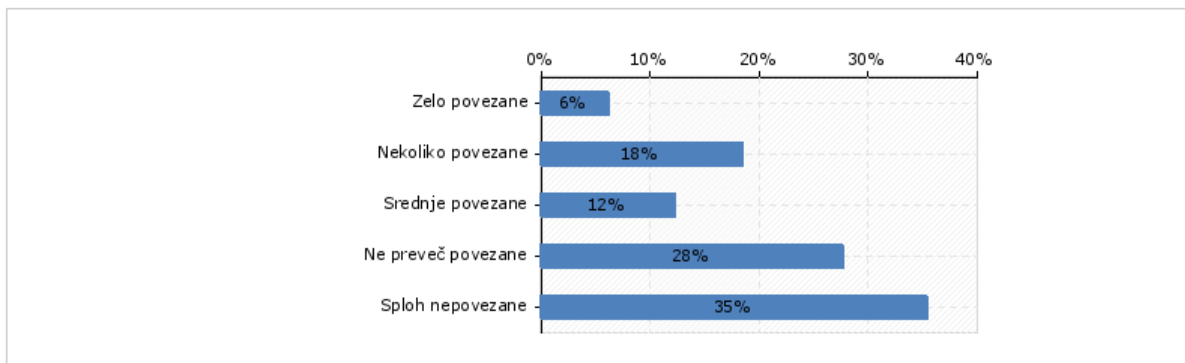
Graf 31: Kdaj si imel_a nazadnje misli o samomoru?



V grafu 31 lahko vidimo, da tudi pri samomorilnih mislih – podobno kot pri samopoškodovanju – anketirane osebe poročajo, da te misli niso bile preveč (28 %) ali pa so sploh nepovezane (35 %) z okoliščinami njihove spolne usmerjenosti ali spolne

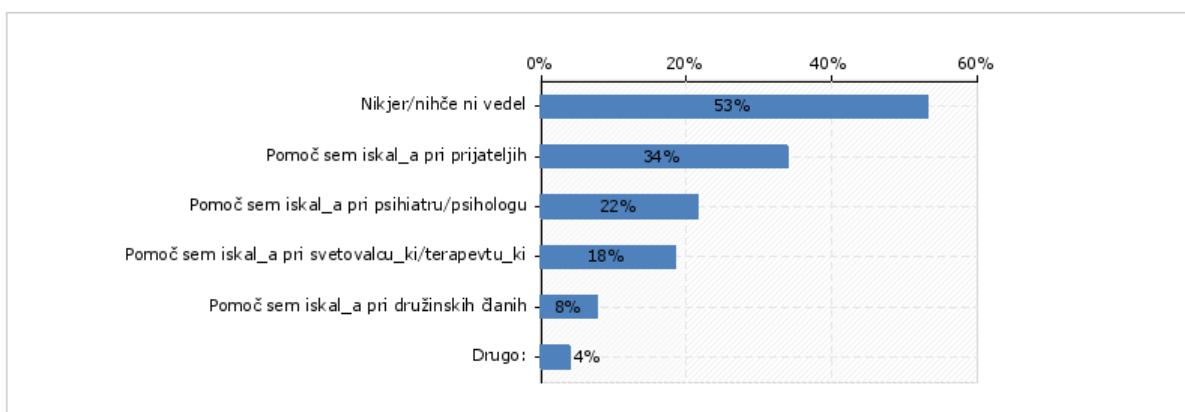
identitete. Kot srednje povezane jih je doživljalo 12 %, 18 % kot nekoliko povezane in 6 % kot zelo povezane.

Graf 32: Povezanost samomorilnih misli z okoliščinami spolne usmerjenosti ali spolne identitete

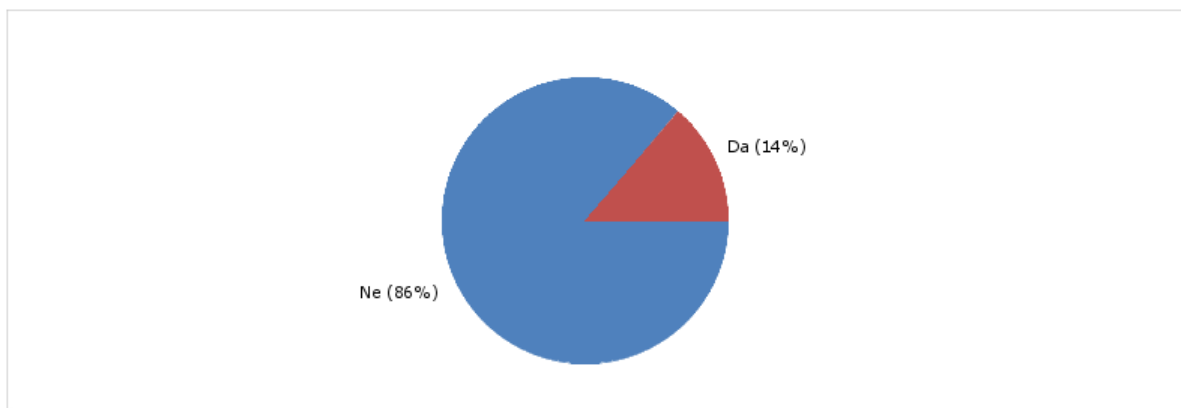


Graf 32 pokaže, da je – podobno kot pri samopoškodovanju – tudi pri samomorilnih mislih zelo visok odstotek oseb, ki niso iskale podpore in pomoči, teh je 53 %. 34 % oseb se je zaneslo na svoje prijateljice, 40 % pa je iskalo pomoč pri strokovnjakinji. 8 % se je za podporo in pomoč obrnilo na družinske članice, 4 % oseb pa je navedlo drugo, in sicer partnerke in samorefleksijo ter meditacijo.

Graf 33: Iskanje podpore in pomoči pri samomorilnih mislih (Možnih je več odgovorov)



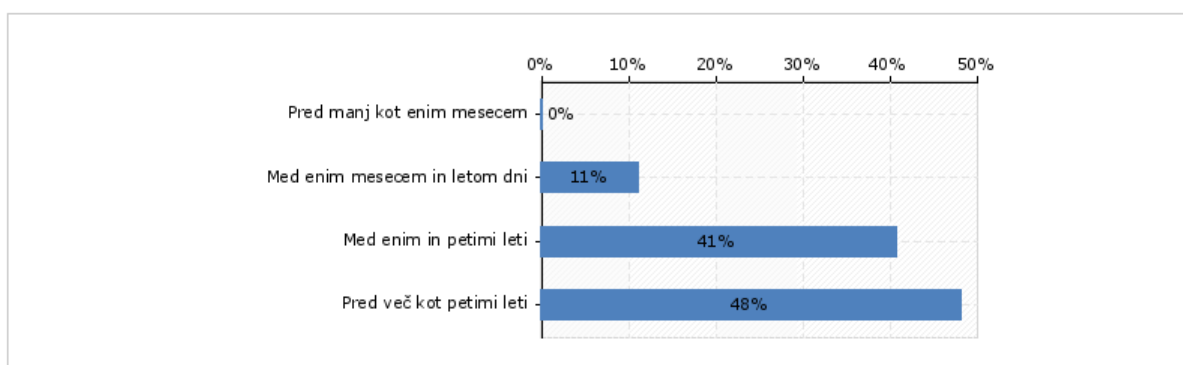
Graf 34: Poskus samomora



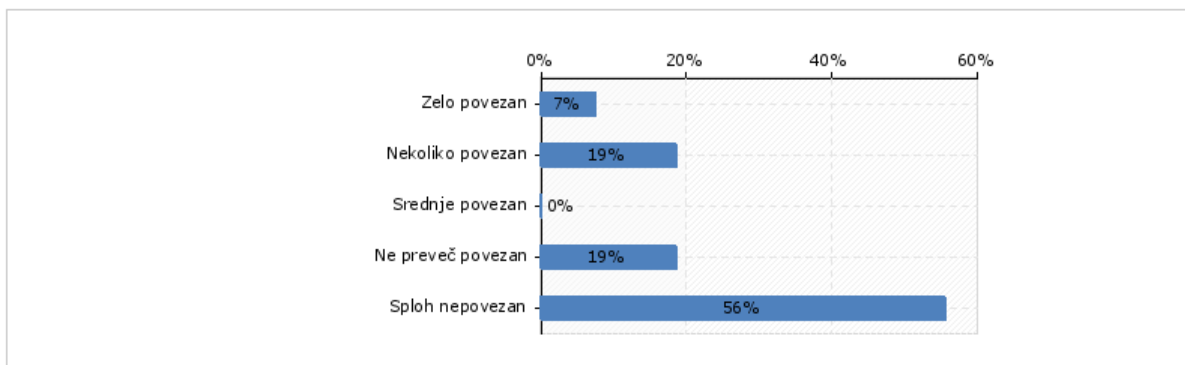
Graf 33 pokaže, da je 14 % oseb poskusilo izvršiti samomor. Graf 34 pa, da ga je 48 % poskušalo izvršiti pred več kot pet leti, 41 % pa v obdobju med enim in petimi leti. V zadnjem letu je samomor poskusilo izvršiti 11 % anketiranih oseb, od tega pa nobena v zadnjem mesecu.

Hipotezo, da je imelo več kot 50 % oseb izkušnjo s samopoškodovanjem, samomorilnimi mislimi in poskusom samomora delno ovržemo, saj je, poskus samomora navedlo 14 % oseb.

Graf 35: Kdaj si nazadnje poskusil_a storiti samomor?

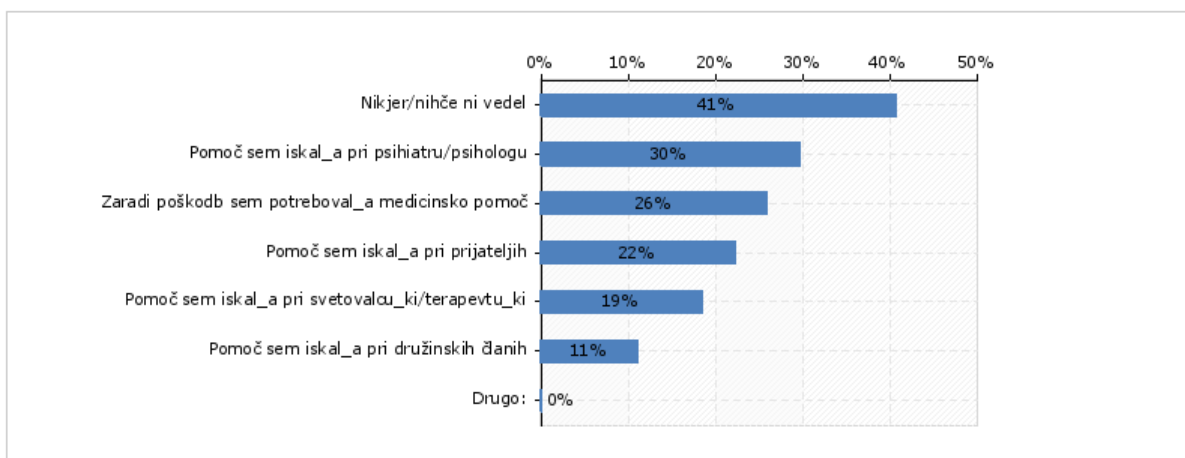


Graf 36: Povezanost poskusa samomora z okoliščinami spolne usmerjenosti ali spolne identitete



56 % anketiranih oseb, ki so izvršile poskus samomora, poroča, da sploh ni bil povezan in 19 %, da ni bil preveč povezan z okoliščinami njihove spolne usmerjenosti ali spolne identitete. Prav tako 19 % poroča o tem, da je bil poskus samomora nekoliko in 7% zelo povezan z okoliščinami njihove spolne usmerjenosti ali spolne identitete.

Graf 37: Iskanje pomoči in podpore v zvezi s poskusi samomora (Možnih je več odgovorov)



Tudi pri poskusih samomora najvišji odstotek anketiranih oseb (41 %) ni iskal podpore in pomoči. Za razliko od samopoškodovanja in samomorilnih misli pa tukaj prijateljice niso na drugem, temveč na četrtem mestu z 22 %. Pred njimi je iskanje podpore pri psihiatrinji/psihologinji (30 %) ter medicinska pomoč (26 %). 19 % anketiranih oseb je pomoč in podporo iskalo tudi pri svetovalki/terapevtki, 11 % pa pri družinskih članicah.

Tabela 7: Uporaba alkohola in drugih drog za lajšanje težav

Q40		Si kdaj uporabil_a slednje kot način lajšanja težav?						Veljavni	Št. enot
	Podvprašanja	Odgovori							
		Nikoli	Redko	Srednje pogosto	Pogosto	Zelo pogosto	Skupaj		
Q40a	Alkohol	57 (30 %)	50 (26 %)	48 (25 %)	21 (11 %)	16 (8 %)	192 (100 %)	192	192
Q40b	Uporaba drugih drog	98 (51 %)	43 (22 %)	21 (11 %)	18 (9 %)	12 (6 %)	192 (100 %)	192	192

Anketirane osebe so v večini že kdaj uporabile alkohol kot način lajšanja težav. 30 % jih alkohola nikoli ni uporabilo za lajšanje težav, 26 % pa ga je uporabilo redko. 44 % oseb navaja, da ga je uporabilo srednje pogosto, pogosto ali pa zelo pogosto. Za razliko od alkohola večina (51 %) ni nikoli uporabila drugih drog za lajšanje težav, 22 % jih je uporabila redko, 26 % oseb pa navaja, da je druge droge uporabila za lajšanje težav srednje pogosto, pogosto ali zelo pogosto.

4.3.1. Podpora in pomoč pri izboljšanju duševnega zdravja

Na odprto vprašanje, kaj bi osebam pomagalo pri iskanju podpore in pomoči, sem dobil 114 odgovorov, ki sem jih s kvalitativno obdelavo razvrstil v kategorije samopomoči, strokovne pomoči, skupnostne pomoči, splošnih družbenih okoliščin in dostopnosti do pomoči.

Pomembno je izstopala dostopnost do pomoči, kjer je bil izpostavljen finančen vidik in cenovna dostopnost strokovne podpore in pomoči. Ta naj bo dostopna tudi preko interneta ali telefona, dodaten poudarek pa je bil na decentralizaciji pomoči iz Ljubljane v druge lokalne skupnosti in v manjše kraje. Tukaj osebe opažajo pomanjkanje ne samo strokovne, temveč tudi skupnostne pomoči in izražajo željo po LGBT+ javnih dogodkih v manjših krajih in po skupinah za samopomoč in podobnih programih, ki se trenutno izvajajo le v Ljubljani. Na splošno (ne samo v manjših krajih) pa osebe navajajo potrebo po varnih prostorih specifično za biseksualne osebe znotraj LGBT+ skupnosti, kjer navajajo že obstoječa srečanja pri Društvu Kvartir. Pod skupnostno pomoč lahko štejemo tudi sprejetost in podporo s strani prijateljic, družine in partnerke(ic).

Ko so osebe govorile specifično o strokovni pomoči, je bila podtema pogosto nestrokovnost, neizobraženost oziroma nerazgledanost strokovnjakov. Zaradi tega se

pojavljajo težnje po odprtem, izobraženem, zaupanja vrednem strokovnem osebju v raznolikih okoljih (zdravstvo, šolstvo) in referenčnem seznamu biseksualkam prijaznih oseb. Anketiranke pa so prav tako izpostavile potrebo po informacijah o pomoči, ki je že na voljo, saj je iskanje pomoči še vedno precej tabuizirano.

Anketiranke se tako pogosto zanašajo nase, hkrati pa imajo občutek, da niso vredne pomoči. To lahko razberemo iz poročanja o odsotnosti želje po izboljšanju stanja, kar lahko kaže na otopelost, pa iz potrebe po izboljšanju samopodobe ter sprejemanja samih sebe. Konkretnije pa navajajo kognitivne in vedenjske spremembe, ki jih dosegajo z disciplino in samonadzorom, branjem literature s tega področja, z meditacijo in ekonomsko/stanovanjsko osamosvojitvijo.

Vse naštetu pa je močno povezano z družbenimi okoliščinami. Pogoste so bile navedbe o bolj sprejemajočem okolju od trenutnega, s poudarkom na vidnosti in dodatnem izobraževanju o biseksualnosti na eni in duševnem zdravju na drugi strani.

Tabela 8: teme in podteme v relaciji na vprašanje "Kaj bi ti pomagalo pri iskanju podpore in pomoči?"

SAMOPOMOČ	STROKOVNA POMOČ	SKUPNOSTNA POMOČ	DRUŽBENE OKOLIŠČINE	DOSTOPNOST
Boljša samopodoba	Informiranje o pomoči, ki je na voljo	Sprejetost med prijateljicami	Sprejemajoče okolje	Cenovna dostopno
Sprejemanje same sebe	Odprtost strokovnjakinj do raznolikosti	Sprejetost v družini	Detabuizacija pomoči	Krajše čakalne vrste
Disciplina in samokontrola	Izobraženo strokovno osebje	Podpora s strani partnerke	Destigmatizacija oseb s težavami v duševnem zdravju	Pomoč preko spleta
Knjige za samopomoč	Zaupanja vredno medicinsko osebje	Večja odprtost skupnosti za raznolike identitete	Destigmatizacija biseksualnosti	Decentralizacija pomoči
Meditacija	Varna oseba na šoli	Pozitivne izkušnje znanj s strokovnimi službami	Večja vidnost biseksualnosti / duševnega zdravja	Pogostejši termini za terapije
Občutek varnosti	Priporočilo dobrih strokovnjakinj na podlagi izkušenj	Varni prostori za bi+ osebe	Akcije osveščanja o biseksualnosti / duševnem zdravju	SOS telefon za LGBT+ osebe
Ekonomska / stanovanjska osamosvojitvev		Skupine ljudi s podobnimi izkušnjami		
		Vključitev v bi skupino pri Društvu Kvartir		
		Javni dogodki o		

		LGBT+ temah tudi v manjših mestih		
		Skupina za samopomoč		

5. RAZPRAVA

V tem poglavju bom s pomočjo raziskovalnih vprašanj pisal o pomembnejših temah, ki sem jih preverjal v anketnem vprašalniku. Na podlagi dobljenih rezultatov bom tako orisal tako doživljanje vključenosti oziroma izključenosti biseksualnih oseb v normativni večinski družbi kot tudi v manjšinski lezbični in gejevski skupnosti. Prikazal bom izkušnje anketiranih oseb z doživljanjem diskriminacije in različnimi oblikami nasilja. Opisal bom tudi stanje razkritosti in preveril morebitno korelacijo s samooceno duševnega zdravja, o kateri bom pisal v nadaljevanju. V zaključnem delu bom razpravljal tudi o tem, v kolikšni meri se osebe odločajo, da poiščejo pomoč pri službah za pomoč ljudem s težavami v duševnem zdravju in kaj bi potrebovale, da bi jo lažje iskale. Za razpravo bom navedel sklepe in predloge raziskave, najprej pa hiter oris socio-demografskih značilnosti anketiranih oseb.

Vzorec sestavlja 192 enot, v katerem je bil v večini in sicer 85 % (n=163) osebam ob rojstvu pripisan ženski spol, 14 % (n=27) moški spol, 1 % (n=2) pa predstavlja interspolni osebi. Naš vzorec se tako ujema z mednarodnimi raziskavami, ki vključujejo biseksualne osebe, v katerih se vedno pojavlja večja reprezentiranost biseksualnih oseb s pripisanim ženskim spolom (glej Rankin, Morton in Bell, 2015; Barker, idr., 2012; San Francisco Human Right Commission, 2011; NIMHE, 2007). Podatek o spolni identiteti, torej o samoopredeljenem spolu, se nekoliko razlikuje od podatka o spolu, pripisanem ob rojstvu in sicer se je kot ženske opredelilo 72 % vprašanih, kot moški 14 % vprašanih, 12 % je nebinarnih oseb, 2 % pa oseb, ki se identificirajo kot spolno nenormativne. Podatki so v skladu z že omenjenimi raziskavami, kjer je se je več oseb samoopredelilo kot ženske in manj kot moški, pri tem pa ni nujno, da se ta identiteta sklada z identiteto, pripisano ob rojstvu.

Raziskava je tudi pokazala, da se je skoraj 19 % (n=36) oseb opredelilo kot transspolnih. Tudi ameriške raziskave (James, idr., 2016, str. 59) kažejo, da kar 32 % transspolnih oseb zase uporablja biseksualno/panseksualno identiteto ter 21 % kvir, v primerjavi s 16 % transspolnih oseb, ki se identificirajo kot geji ali lezbijke in 15 %, ki se identificirajo kot heteroseksualne. V vzorec so torej zajete osebe na podlagi lastne samoidentifikacije z biseksualno identiteto. Čeprav jo sam praktično enačim s pomenom besede nemonoseksualnost (glej poglavje (Ne)monoseksualnost?), pa me je zanimalo, kakšni so

deleži posameznih identitet. V vzorcu imamo tako 60 % oseb, ki zase uporabljajo biseksualno identiteto, z 21 % sledi panseksualnost, presenetljivo pa je kar 14 % oseb zase navedlo fluidno spolno usmerjenost, ki se v drugih raziskavah ne pojavlja pogosto. 4 % oseb je pod drugo navajalo še kvir, nedefiniranost in neprepičanost v lastno identiteto. Glede na to bi bilo v prihodnje zanimivo izvesti raziskavo, ki bi vključevala osebe tudi na podlagi biseksualnega vedenja in biseksualnih občutkov. Oseb, ki pri sebi zaznavajo biseksualne občutke (tj. privlačnosti do oseb več kot enega spola), je namreč neprimerljivo več kot oseb, ki imajo biseksualno vedenje (pod tem razumemo različne oblike izkazovanja fizične naklonjenosti – npr. poljubljanje, spolni odnosi), le teh pa mnogo več kot tistih, ki zase uporabljajo biseksualno identiteto (Barker, idr., 2012). Razlog za to so lahko predsodki in stereotipi o biseksualnosti, o katerih sem pisal v teoretičnem delu, pa tudi izključevanje in izbris biseksualnosti in želja po pripadnosti specifični družbeni skupini (npr. lezbični skupnosti). Uporabo biseksualne identitete tako lahko v teoriji socialnega dela razumemo kot dejavnik tveganja oziroma varovalni dejavnik. Več o tem kasneje.

Tudi po starosti so rezultati raziskave primerljivi z drugimi raziskavami, ki vključujejo biseksualnost, kjer velika večina (83 %) spada med mlade osebe tj. osebe stare od 15. do dopolnjenega 29. leta (URSM, b.d., 2019). Glede na starost tudi ni presenetljiv podatek, da ima kar 53 % oseb (n= 101) status študentke. Če z zavedanjem o nereprezentativnosti vzorca primerjamo podatke, pridobljene s Statističnega urada republike Slovenije (SURS, 2018), z izobrazbeno sestavo vzorca, lahko ugotovimo, da je oseb z zaključeno vsaj eno obliko terciarne izobrazbe v našem vzorcu več in sicer predstavljajo kar 46 %, medtem ko je v splošni populaciji 23,7 % oseb s terciarno izobrazbo. Pri tem dodajmo, da je kar 69 oseb (36 % celotnega vzorca) vključenih v dodiplomski študij, kar bo v prihodnje najverjetneje vplivalo na dodaten dvig deleža oseb s terciarno izobrazbo. Podobno kot v tujih raziskavah torej lahko ugotovimo nadpovprečno izobrazbeno strukturo anketiranih v primerjavi s splošno populacijo.

V nasprotju z najpogostejšimi stereotipi, ki poudarjajo (med drugim) nezmožnost sklepanja monogamnih razmerij biseksualnih oseb (glej Barker, idr., 2012, str. 20), kar 36 % poroča, da je v monogamni zvezi. Za razliko je 7 % oseb v odprti zvezi in 6 % v poliamorni zvezi, 48 % pa je samskih. Zanimivo pa je, da ti predsodki in stereotipi istočasno utrjujejo

predstavo o odkloni naravi biseksualnosti in so orodje za delegitimizacijo biseksualnosti kot identitete – prvič, postavljajo biseksualnost v deviantno, manjvredno pozicijo v primerjavi z drugimi spolnimi usmerjenostmi in drugič, v specifičnem primeru monogamni zvezi pripišejo večjo vrednost kot drugim oblikam sobivanja, ki postane ideal, nedosegljiv "neidealni" družbeni skupini biseksualk. S takšnim (neustreznim) diskurzom, polnim predsodkov in stereotipov, se utrjuje občutek, kot da so si ljudje lasten položaj zaslužili s svojimi lastnostmi in ni posledica družbenih in političnih neenakosti (glej Mencin Čeplak, 2013).

60 % oseb je delno razkrilo svojo spolno usmerjenost. Odstotek je zelo visok, vendar pa najverjetneje vključuje različne interpretacije delne razkritosti, ki si jih lahko predstavljamo na kontinuumu od razkritja eni osebi do razkritja večini oseb, s kakšno izjemo ali izjemami, npr. razkritost občemu socialnemu okolju z izjemo družine. Tukaj je na mestu delna kritika izvedene raziskave, v prihodnje bi to vprašanje natančneje definiral, saj sedanji podatki ne omogočajo jasnega vpogleda. Dodaten vpogled v razumevanje delnega razkritja lahko dobimo pri analizi vprašanja *Dejavniki, ki so vplivali/vplivajo na tvoje duševno zdravje*, kjer je 42 delno razkritih oseb izrazilo, da se razkritje prijateljicam (n=4) ali razkritje družinskim članom (n=38) ne nanaša na njih. Skupno predstavljajo 35 % delno razkritih oseb, kjer je opazno, da se več oseb ni razkrilo družini kot pa svojim prijateljicam. Še vedno tako ostaja vprašanje, kako svojo delno razkritost definirajo preostale osebe.

27 % vseh oseb je svoji okolici razkritih v celoti, 13 % pa svoje spolne usmerjenosti ni razkrilo. Če križamo podatka o nerazkritosti in o ob rojstvu pripisanem spolu, je od 27 oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol, nerazkritih 15 % (n=4) in od 163 oseb, ki jim je bil pripisan ženski spol, nerazkritih 13 % (n=21). Čeprav sta oba odstotka precej nizka, pa odstopanje morebiti lahko razložimo z razumevanjem razlike v pogledu na moško in žensko (bi)seksualnost. Ženska biseksualnost namreč pridobiva več medijske pozornosti kot moška biseksualnost, kar pritrjuje tudi medijska raziskava GLAAD (2015 kot navedeno v Novak, 2015), kjer je bilo v sezoni 2014/15 med predvajanimi vsebinami prisotnih 65 LGBT likov, med temi največ gejevskih (54 %) ter 18 % biseksualnih. Od tega kar 15 % ženskih biseksualnih likov, moških pa le 3 %. Razloge za večjo reprezentiranost lahko iščemo med drugim z dojetjem ženske biseksualnosti predvsem v

povezavi s spolno prakso, ne pa v takšni meri s spolno usmerjenostjo, kar se lepo vidi na primeru slavne pesmi Katy Perry *I kissed a girl*, ki je sprožila vrsto (predvsem ženskih) biseksualnih razkritij (Novak, 2015). Po drugi strani pa razlog tiči tudi v tem, da so medijsko ženske biseksualke hiperseksualizirane z namenom pridobivanja moške skupine gledalcev (Eisner, 2013). Poleg manjše vidnosti pa je moška (bi)seksualnost še vedno bolj podvržena predsodkom in diskriminaciji (Scherrer, 2013), kar zagotovo otežuje njihovo razkritje. Dodajmo še, da "[je] [n]egativna nastrojenost do biseksualnih moških [je] občutno večja kot negativna nastrojenost do biseksualnih žensk." (Hoffman, 2016). Iz javnomnenjsko raziskave, ki jo je opravil Herek (2002) in je pokazala, da so biseksualni moški druga najbolj osovražena skupina nasploh, kjer so bili primerjani s priseljenkami, pripadnicami etničnih in verskih manjšin, geji, lezbijkami in trans osebami, takoj za uporabnicami intravenoznih drog. Povsem razumljivo je, da je posledično tveganje, ki ga s seboj prinaša potencialno razkritje, toliko večje.

V povprečju so bile osebe ob prvem razkritju stare 19 let, kjer je bila najmlajša oseba stara 11 let, najstarejša pa 42. Vsem pa je v največji meri pri razkritju pomagalo prepričanje, da bo oseba, ki se ji razkrivajo, podporna in sprejemajoča. Dodatno so k razkritju pripomogli vplivi življenjskih dogodkov in izkušenj ter razvijanje samozavedanja in samosprejemanja. Prav tako so osebam pri razkritju pomagala poznanstva drugih LGBT+ oseb ter podpora in sprejemanje s strani prijateljev. Osebe, ki se niso razkrile (n=25), so najpogosteje kot razlog za nerazkritje navajale neprepričanost v lastno spolno usmerjenost ali spolno identiteto ter prepričanje, da je "razkritje moja osebna stvar in kot tako ni potrebno". Medtem ko bi neprepričanost kaj hitro lahko povezali s starostjo, pa se mi veliko bolj pomembno zdi iskati razloge v ponotranjenih in škodljivih sporočilih o biseksualnosti kot fazi, ki vodi v eno od monoseksualnih spolnih usmerjenosti. Prav tako pa se lahko neprepričanost navezuje na zunanje (ali lastne) zahteve po dokazovanju spolne usmerjenosti, večinoma na podlagi preteklih spolnih izkušenj. Tu lahko omenim rezultat raziskave iz mojega diplomskega dela " [n]e jemljem si pravice, da bi se tako sama označila. Zato ker imam občutek, da bi drugi ljudje to vzeli kot neko preseravanje" (Pogljajen, 2017, str. 89). Dodatno razkritje otežuje tudi strah, še posebej pred zavrnitvijo in diskriminacijo, pa tudi pred nerazumevanjem, neslišnostjo in dvomom. Kar 20 % oseb, ki se ni razkrilo, je kot razlog navedlo, da svoje spolne usmerjenosti ali spolne identitete ne sprejemajo. Govorimo lahko o razkoraku med pričakovanimi normami, ki jih osebe ponotranjijo med

socializacijo, in lastnimi občutki, kar se odraža v ponotranjenem zatiranju (Hunter, idr., 1998). Nesprejemanje lahko razumemo kot očiten, zavesten proces samoregulacije kot podrejene ali deviantne identitete. Pri tem je pogosto tudi mnenje, da si zaradi svoje deviantnosti ne zaslužijo podpore in pomoči. Bolj zapleteno razumevanje pa se poraja v prikritih načinih izražanja ponotranjenega zatiranja, ki ga sam vidim v uporabi stavka "razkritje je moja osebna stvar in kot tako ni potrebno". S tem se nakazuje navidezno sprejemanje sebe in svoje spolne usmerjenosti, istočasno pa se, če se navežem na Kuharja (2005), te anketiranke subtilno samosabotirajo, saj je ravno razkritje tisti proces, s katerim lahko osebe ponotranjeno zatiranje presežejo in rekonstruirajo razvrednotene dele samih sebe.

Osebe, ki se niso razkrile, so z odgovori na odprto vprašanje navedle svoja mnenja o tem, kaj bi jim pri razkritju pomagalo. Odgovore lahko klasificiramo v tri kategorije in sicer osebni in družbeni dejavniki ter dejavniki v samem procesu razkritja. Osebni so tisti dejavniki, ki govorijo o odsotnosti potrebe po razkritju. V več primerih je bil zadosten razlog za razkritje že resna zveza oziroma partnerka. Morebiti predstavlja resna zveza dodaten varovalni dejavnik v primeru, da bi oseba z razkritjem naletela na negativne reakcije, kot ima varovalno funkcijo tudi ekonomska in stanovanjska neodvisnost. Med osebne dejavnike štejemo tudi odgovore, ki vključujejo delo na sebi in lastnih ponotranjenih predsodkih, lahko bi rekli kar delo na ponotranjenem zatiranju.

V družbene dejavnike štejemo želje po večjem ozaveščanju in posledično poznavanju in zavedanju o biseksualnosti. Spomnimo, da je pri tem potrebno delati tako na ravni LGBT+ skupnosti, še pomembneje pa na ravni obče družbe, iz katere izvira večina strategij biseksualnega izbrisa (Eisner, 2013; Yoshino, 2000). Pojavljala se je tudi tema večje vidnosti in reprezentiranosti biseksualnih oseb. V medijih je biseksualnost največkrat prikazana kot faza, oziroma se poudarjajo le homoseksualni vidiki osebe (Barker, idr., 2012). Šolski primer izbrisa biseksualnosti je bil v medijih nazadnje najbolj očiten na podelitvi Oskarjev 2019, kjer je Remi Malek, glavni igralec v vlogi Freddieja Mercuryja navkljub dejstvu, da je slednji imel zveze tako z moškimi kot tudi ženskami, njegovo identiteto zreduciral na homoseksualno (Popbuzz, 2019).

Med dejavnike, ki se vežejo na proces razkritja, uvrščam predvsem različne oblike podpore s strani pomembnih drugih, najpogosteje družine in partnerke. Zanimivo je, da tudi v

primeru, ko nekdo drug spodbudi razkritje z vprašanjem o spolni usmerjenosti, to lahko vprašana oseba doživlja kot obliko podpore za razkritje, čeprav je to po lastnih izkušnjah redko – večina ljudi namreč ob iniciaciji razkritja od zunaj doživi stisko, napad panike ali tesnobe, še posebej, če se prej še ni razkrila in nima te izkušnje.

Pri preverjanju mnenja o vključenosti oziroma izključenosti oseb v heteronormativno večinsko in manjšinsko lezbično ter gejevsko družbo, sem pričakoval izrazito razliko v samooceni, kar pa se ni izkazalo za utemeljeno. Sicer je res, da se v LGBT+ skupnosti počuti popolnoma in večinoma sprejeto 65 % oseb, medtem ko se v normativni večinski družbi počuti popolnoma in večinoma sprejeto 52 % oseb, vendar je občutek sprejetosti v obeh primerih večji od 50 %! Za primerjavo – mednarodne raziskave kažejo, da se biseksualne osebe v LGBT+ skupnosti počutijo popolnoma in večinoma sprejete v 33 %, v heteroseksualni družbi pa v 32 % (Rankin, Morton in Bell, 2015).

Zanimiva je tudi primerjava občutka popolne nesprejetosti v LGBT+ skupnosti, ki jo navaja 3 % oseb in v normativni večinski družbi, ki jo navaja le 1 %. Za primerjavo se v prej omenjeni raziskavi (Rankin, Morton in Bell, 2015) popolnoma izključenih iz LGBT+ počuti 21 % vprašanih in kar 30 % se počuti popolnoma izključenih iz heteroseksualne oz. normativne večinske družbe. Primerjalno je občutek izključenosti v naši raziskavi precej nižji, vendar pa se je pokazala še bolj zanimiva razlika: več oseb navaja občutek popolne izključenosti iz LGBT+ skupnosti kot pa iz normativne večinske družbe. Razlog morebiti tiči v tem, da izključevanje s strani LGBT+ skupnosti, v kateri pričakuješ podporo in varnost, bolj boli, zato ta rezultat ne odraža nujno realnega stanja. Mnogi sociologi so zaznali specifično nenaklonjenost lezbijk do biseksualk, o čemer Ault (1996) razpravlja kot o sovražni nastrojenosti, ki se kaže skozi zatirnje, inkorporacijo (dojemanje biseksualnosti kot latentne homoseksualnosti), marginalizacijo in delegitimacijo.

V Sloveniji se anketirane osebe počutijo precej varne, kar lahko pripišemo temu, da je Slovenija na sploh varna država. V globalnem mirovnem indeksu (2018) je Slovenija na 11. mestu, kjer se uvršča med države z najvišjo stopnjo miru na svetu. Glede na samooceno varnosti države, kjer se je preverjalo občutek varnosti med samostojnim sprehodom, osebne izkušnje z zločini, lokalno policijo ipd., pa Slovenijo državljanke uvrščamo na 10. mesto (Global Law and Order Report, 2018). Po pričakovanjih zato osebe kot najmanj varne doživljajo dejavnike vezane na implicitno oziroma posredno javno razkritje

nenormativne spolne usmerjenosti, kot je poljubljanje z osebo sebi podobnega spola, čemur sledi božanje in držanje rok z osebo sebi podobnega spola. Če podatek primerjamo po spolu, pripisanem ob rojstvu, je opazna razlika med moškimi in ženskami, kjer slednje doživljajo držanje rok kot nevarno v 16 %, 19 % pa se jih izogiba. Za primerjavo pa 29 % oseb, ki jim je bil pripisan moški spol meni, da je držanje rok nevarno, kar 32 % pa se držanju rok z osebo podobnega spola izogiba. Podobna situacija je opazna tudi pri božanju z osebo podobnega spola, ki ga kot nevarno dojema 17 %, izogiba pa se mu 26 % oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol, medtem ko ga kot nevarno dojema 31 % in se mu izogiba 35 % oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol. Podobno je tudi pri poljubljanju z osebo sebi podobnega spola, kar pa kot nevarno doživlja 28 % in se mu izogiba 33 % oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol. Za primerjavo kar 43 % oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol meni, da je poljubljanje z osebo sebi podobnega spola nevarno, izogiba pa se mu kar 36 % oseb. Razvidno je, da se osebe, ki jim je bil pripisan moški spol, počutijo manj varne v družbi. Sklepamo lahko, da je slednje posledica negativnih izkušenj in ponotranjenih negativnih družbenih mnenj do sebe. Tudi ameriška raziskava na reprezentativnem vzorcu o odnosu odraslih Američanov do biseksualnih oseb je zaznala statistično pomembne razlike. Navedli smo že, da je: "[n]egativna nastrojenost do biseksualnih moških [je] občutno večja kot negativna nastrojenost do biseksualnih žensk." (Hoffman (ur.), b.d., 2016). in tudi rezultate javnomnenjske raziskave (Herek, 2002), da so biseksualni moški druga najbolj osovražena skupina nasploh, kjer so bili primerjani s priseljenkami, pripadnicami etničnih in verskih manjšin, geji, lezbijkami in trans osebami, takoj za uporabnicami intravenoznih drog. Ni torej presenetljivo, da biseksualni moški poročajo o doživljanju več strahu in večji nevarnosti.

Kar pa je precej zanimivo in neznačilno v naši raziskavi, pa je podatek, da tudi 11 % meni, da je izkazovanje naklonjenosti z osebo različnega spola nevarno oziroma 2 % celo zelo nevarno. Najprej bi pomislili, da so o tem občutku poročale bolj ranljive družbene skupine transspolnih oseb, vendar temu ni tako. Za interpretacijo bi bilo potrebno to mnenje dodatno raziskati, definitivno pa se s temi odgovori odpira potencialno zanimivo raziskovalno področje. Tudi izkušnje z nadlegovanjem in nasiljem zaradi spolne usmerjenosti ali spolne identitete v raziskavi ne zaznavamo tako številčno, kot nekatere tuje raziskave na številčnejšem vzorcu (glej Walters, Chen in Breiding, 2013). Večina oseb

tako navaja, da nikoli ni doživela groženj z nasiljem (79 %), nasilja prek socialnih omrežij (68 %), groženj z razkritjem (88 %), fizičnega nasilja (94 %), spolnega nasilja (85 %), napada z orožjem (98 %) ali izločanja iz družbe (65 %). Za razliko pa je verbalno nasilje na podlagi spolne usmerjenosti ali spolne identitete doživelo 54 % oseb. Še ranljivejša skupina pa so transspolne osebe, od katerih je kar 86 % doživelo verbalno nasilje.

Biseksualne osebe svoje duševno zdravje ocenjujejo v sledečih odstotkih: 14 % kot zelo dobro, 31 % kot dobro, 35 % kot niti dobro niti slabo, 15 % kot slabo, 5 % pa kot zelo slabo. Razvidno je, da kar 20 % oseb meni, da je njihovo duševno zdravje slabo ali zelo slabo. Ni presenetljivo, da se dodatna ranljivost transspolnih oseb kaže tudi v razlikah v samooceni duševnega zdravja. Transspolne osebe so tako v 33 % svoje duševno zdravje opisale kot zelo dobro ali dobro, 39 % ga opisuje kot niti dobro niti slabo, 17 % kot slabo in kar 11 % kot zelo slabo.

Zanimivi so tudi podatki v zvezi s hipotezo, kjer smo predvidevali, da je pozitivna samoocena duševnega zdravja povezana z razkritjem spolne usmerjenosti ali spolne identitete, vendar se izkaže, da sicer največji odstotek oseb, tj. 21 %, ki svoje duševno zdravje ocenjujejo kot zelo dobro, pripada osebam, ki so razkrite v celoti (za primerjavo 13 % delno razkrite, 8 % nerazkrite), hkrati pa jim pripadata tudi najvišja odstotka samoocene duševnega zdravja kot slabega in zelo slabega, skupaj 31 % (za primerjavo 17 % delno razkrite, 8 % nerazkrite). Raziskava Justen in drugih (2013) na področju duševnega zdravja, ki je preučevala vpliv razkritja spolne usmerjenosti na doživljanje kroničnega stresa, anksioznosti, depresije in izgorelosti, je pokazala, da lahko razkritje deluje kot varovalni dejavnik pri težavah v duševnem zdravju, predvsem z zmanjševanjem vsakodnevnega stresa. Istočasno pa prikazuje, kako je v določenih primerih prav dejanje razkritja spolne usmerjenosti povečalo tveganje za doživljanje nasilja, viktimizacije in posledičnih dvigov suicidalnih tendenc, kar sovpada z rezultati naše raziskave. Večina (56 %) oseb v tej raziskavi kljub temu zaznava pozitivne spremembe v lastnem duševnem zdravju v zadnjih petih letih. V več primerih gre za osebe, ki so sedaj v svojih 20-ih, kar mogoče nakazuje na psihofizične spremembe ob prehodu iz adolescence v tako imenovano obdobje prehoda v odraslost. 11 % oseb poroča o nespremenjenem stanju, 33 % oseb pa zaznava negativne spremembe v zadnjih petih letih. Pri slednjih gre predvsem za osebe, ki sedaj svoje duševno zdravje ocenjujejo kot slabo ali zelo slabo.

Dejavniki, ki so jih osebe večinsko zaznale kot tiste, ki vplivajo pozitivno na njihovo duševno zdravje, so sklepanje prijateljstev z LGBT+ osebami, razkritje prijateljicam, pozitivne upodobitve LGBT+ oseb v medijih in obiskovanje LGBT+ društev in prizorišč. Sam bi predvsem poudaril pomen pozitivnih upodobitev LGBT+ oseb, specifično biseksualnih oseb, kar je izrazito redko, kadar pa so že vključene, so večinoma prikazane v negativni luči, ki svoj vrhunec doseže v tragičnem koncu. Sam tukaj vidim ogromen potencial, če namreč kljub tako majhni prisotnosti pozitivnih upodobitev LGBT+ oseb kar 65 % le to zaznava kot pozitiven dejavnik na duševno zdravje, kakšen učinek bi lahko imela večja reprezentiranost? Mogoče akademski prispevki ne spadajo ravno pod *mainstream* medije, definitivno pa so dober začetek in vzor večje vključenosti in reprezentiranosti biseksualnih izkušenj.

Razkritje prijateljicam je še v večji meri, za kar 74 % oseb predstavljalo pozitiven dejavnik na duševno zdravje. Če to primerjamo z razkritjem družini, ki ga je kot pozitiven dejavnik prepoznalo 32 % oseb, je razlika očitna, kar kaže na dodatna tveganja razkritja družini. Prav tako družini ni razkritih več oseb kot pa prijateljicam, kar ne preseneča, saj se ravno razkritju družini pripisuje status enega bolj obremenilnih trenutkov v samem procesu razkrivanja. Pritisk ob razkrivanju, ki je pogosto razlog za odlašanje, lahko razumemo, če upoštevamo podatek, da družina večini oseb predstavlja temelj čustvene, socialne in finančne varnosti (Plahutnik Baloh, 2015). Osebe ob razkritju družini opazijo večji negativni vpliv na duševno zdravje kot pri razkritju prijateljicam, tako je kot negativni dejavnik oziroma negativni učinek razkritja družini navedlo 24 % oseb in le 5 % pri razkritju prijateljicam.

Navkljub dokaj dobri samooceni duševnega zdravja pa so vrednosti pri doživljanju različnih stanj in težav presenetljivo visoke. Zaradi tega bi lahko sklepali, da je duševno zdravje respondentk precej slabo, hkrati pa je potrebno vzeti v obzir časovni okvir vprašanja, saj je velika verjetnost, da bo v obdobju petih let oseba vsaj enkrat pod stresom ali pa potrta. Kljub temu so odstotki zaskrbljujoči, saj kar 65 % oseb poroča, da je v zadnjih petih letih doživelo panični napad. Za primerjavo: anksiozne motnje se v EU pojavljajo pri približno 14 % oseb (NIJZ, 2016). Še posebej zaskrbljujoče pa je tudi visoko doživljanje depresije, ki jo poroča kar 66 % oseb. Visoki odstotki so tudi pri doživljanju

stalne tesnobe (68 %) in strahu (52 %), kar nam lahko nakazuje pogosto doživljanje anksioznih stanj biseksualnih oseb.

Zaradi doživljanja navedenih stanj in težav v duševnem zdravju, je 27 % oseb obiskovalo psihiatrinjo, 28 % oseb pa je bilo vključenih v psihoterapijo, kar je zagotovo več kot v splošni populaciji. V slednjo je bilo vključenih kar 50 % transspolnih oseb, psihiatrinjo pa je zaradi navedenih stanj in težav obiskovalo 33 % transspolnih oseb. Sklepamo lahko, da je končni odstotek oseb, ki so sicer obiskovale psihiatrinjo višji, saj je to pogoj za vstop v proces tranzicije, v katerega je vstopilo 58 % transspolnih oseb. To odstopanje lahko interpretiramo s poznavanjem zahtev transspolnih aktivistk po nepotrebnosti in ukinitvi zahtevane pridobitve diagnoze transeksualizma v psihiatrični obravnavi ob npr. postopku pravnega priznanja spola, ki je v razvitejših državah urejen na podlagi samoidentifikacije.

Odstotki pa so malenkost nižji pri iskanju pomoči v specifičnih primerih, kjer smo raziskovali izkušnje s samopoškodovanjem, samomorilnimi mislimi in poskusom izvršitve samomora, lahko pa predvidevamo, da se tekom (vsaj dlje trajajočih) rednih srečanj odprejo tudi te specifične teme. Čeprav ima kar 47 % oseb v vzorcu izkušnjo s samopoškodovanjem (kar 63 % transspolnih oseb!), pa je pomoč iskalo le 42 % teh oseb. Presenetljivih 58 % oseb z izkušnjo samopoškodovanja tako poroča, da niso iskale pomoči oziroma da za samopoškodovanje sploh nihče ni vedel, kar je precej zaskrbljujoče. Vprašamo se lahko, zakaj se je po pomoč in podporo k psihiatrinji/psihologinji obrnilo le 18 % oseb, k svetovalki/terapevtki pa le 17 %. Morebiti je glavni razlog prav strah biseksualnih oseb pred nestrokovno obravnavo, kot jo lahko opazimo v raziskavi, narejeni v ZDA, kjer je več kot četrtina terapevtk predvidevala, da je spolna usmerjenost relevanten cilj terapije, navkljub nestrinjanju uporabnic (Barker, idr., 2012). Večji delež oseb, ki so iskale podporo in pomoč, se je v 33 % obrnilo na prijateljice, le 7 % na družinske člane, 6% pa jih je potrebovalo medicinsko pomoč. 7 % oseb je poleg partnerkine pomoči navedlo tudi načrtno skrivanje in strategije zanikanja.

Še večji odstotek oseb kot pri samopoškodovanju, kar 68 %, pa je poročalo o samomorilnih mislih. Poizitivno pa je dejstvo, da je 5 % oseb več (t.j. 47 %) kot pri samopoškodovanju, iskalo pomoč in podporo. Ponovno je največji delež iskal pomoč in podporo pri prijateljicah (34 %), vendar pa se jih je na psihiatrinjo/psihologinjo obrnilo več (22 %) ter 18 % na svetovalko/terapevtko. Razlika, ki jo lahko opazimo pri iskanju strokovne pomoči

pri samopoškodovanju in samomorilnih mislih, je lahko posledica še vedno (pre)pogostega enačenja samopoškodovanja s poskusom samomora, ki ni utemeljeno. "Rezanje ni iskanje pozornosti. Ni manipulacija. Je strategija preživetja – kaznovalna, neprijetna in potencialno nevarna – vendar deluje" (Strong, 1998, str. 2 kot navedeno v Dunk-West in Hafford-Letchfield, 2011, moj prevod).

8 % oseb se je po pomoč in podporo pri soočanju s samomorilnimi mislimi obrnilo na družino, 4 % pa so se obrnili na partnerko in razvili lastne strategije, kot so npr. meditacija in raznolike oblike samorefleksije. V vzorec smo pridobili tudi 14 % oseb, ki imajo za seboj poskus samomora, vendar pa je pri soočanju s slednjim podpora in pomoč iskalo največ, tj. 59 % oseb. Kljub temu je 41 % navedlo, da pomoči niso iskali oziroma nihče ni vedel. Za razliko od prej omenjenega samopoškodovanja in samomorilnih misli, pa je največji delež pri poskusu samomora podporo in pomoč iskal pri psihiatrinji/psihologinji (30 %) ali pa so potrebovale medicinsko pomoč (26 %). Kljub temu pa je več oseb iskalo pomoč pri prijateljicah (22 %) kot pa pri svetovalki/terapevtki (19 %), kjer je najmanj oseb iskalo pomoč in podporo pri družini (11 %).

Pri izkušnjah tako s samopoškodovanjem (63 %) in samomorilnimi mislimi (63 %) kot tudi s poskusom samomora (75 %) pa so osebe v večji meri poročale, da to ni bilo ali pa ne preveč povezano z njihovo spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto, kar samo potrjuje, da je fokus na spolno usmerjenost kot relevanten cilj svetovanja ali terapije precej neučinkovit, seveda z izjemo, kadar ga kot takega predstavi uporabnica sama. Zaradi tako visokih odstotkov oseb, ki niso iskale pomoči ali podpore, pa tudi ni presenetljiv podatek, da ima 70 % oseb že izkušnjo z rabo alkohola kot načinom lajšanja težav. V zvezi s Slovenijo se v strokovni literaturi pojavlja vzdevek *vladavina mokre kulture*, zaradi česar samomedikalizacija z alkoholom ne preseneča. Vseeno pa je lahko zaskrbljujoče, da kar 44 % oseb navaja, da so alkohol srednje pogosto, pogosto ali zelo pogosto uporabljale za lajšanje težav. Zanimiv je tudi podatek uporabe drugih drog, ki jih je 49 % oseb že kdaj uporabilo z namenom lajšanja težav. 26 % oseb navaja, da jih uporabljajo srednje pogosto, pogosto ali zelo pogosto. Visoki odstotki tudi potrjujejo drugim mednarodnim raziskavam, kjer se kaže, da obstaja večja verjetnost, da bodo biseksualne osebe rekreativno uporabljale alkohol in druge droge pogosteje v primerjavi s splošno populacijo (Barker, idr., 2012; Hunt in Fish, 2008; King, idr., 2003)

Pozitiven izkupiček te raziskave pa so predlogi oseb v zvezi s tem, kaj bi jim pomagalo pri iskanju podpore in pomoči za izboljšanje duševnega zdravja. Na to odprto vprašanje je odgovorilo 114 oseb, kar predstavlja dobrih 59 %, njihove odgovore pa lahko razvrstimo v različne kategorije pomoči: strokovne, skupnostne pomoči, samopomoči, splošnih družbenih okoliščin ter dostopnosti. Še posebej je izstopala tema dostopnosti pomoči, kjer so bile poudarjene strukturne spremembe zdravstvenega sistema, previsoki finančni stroški strokovne pomoči in novejša oblike podpore pomoči, še posebej z uporabo interneta ali telefona. Vse to pa lahko navežemo tudi na preveliko centralizacijo kakovostne podpore in pomoči v Sloveniji. Čeprav se opaža tendenca terenskega dela tudi v LGBT+ organizacijah, na primer program Stik na DIC Legebitra (glej Stik, b. d.) in jo zelo pozdravljam, pa osebe kljub temu pogosto navajajo pomanjkanje vidnih LGBT+ dogodkov v manjših krajih in lokalnih skupnostih. Predpogoj se jim tako zdi večje osveščanje nasploh o tematiki biseksualnosti kot tudi o težavah v duševnem zdravju, k čemur bi v prvi vrsti lahko pripomogla večja vidnost biseksualnih oseb. Zaradi pogostih občutkov manjvrednosti in občutkov, da niso vredne pomoči, ki jih lahko razberemo iz poročanja o odsotnosti želje po izboljšanju, o poročanju o slabi samopodobi, o nesprejemanju samih sebe itd., pa se osebe pogosteje zanašajo nase in na raznolike oblike samopomoči. Predvsem z "delom na sami sebi", kar vključuje tudi ekonomsko in stanovanjsko osamosvojitve, uporabo različnih knjig na temo samopomoči, tehnik za sproščanje in meditacije.

Glede na močno izraženo nezaupanje biseksualnih oseb do strokovnjakinj pa se mi zdi smotno osvetliti nekaj ključnih točk, ki lahko bralki pomagajo zavzeti spoštljivo in odgovorno držo zaveznika biseksualnim osebam. Prvi korak, v katerem se kaže naša odgovornost, je izobraževanje. Ne govorim samo o institucionalnem izobraževanju, temveč predvsem o stalnem strokovnem izpopolnjevanju - biseksualne osebe, s katerimi smo v sodelovanju, namreč prepogosto postanejo naši izobraževalci, s čimer ni nič narobe, dokler to ne postane naš fokus in ne jemlje prostora in časa razlogom, zaradi katerih je oseba do nas sploh prišla. Nič ni narobe, če uporabnice po dodatno podporo napotimo tudi drugam, kjer imajo strokovnjakinje bolj ekspertno znanje za specifična področja, za kar ne škodi poznavanje lokalnih društev. V Sloveniji se tako osebe lahko obrnejo na brezplačna osebna svetovanja na DIC Legebitra, podporne skupine pa izvajajo tudi Društvo Kvartir in Zavod TransAkcija. Pri celotnem procesu sodelovanja pa je potrebna močna refleksija lastnega

jezika. Tu opozarjam na pomembno in pogosto nereflektirano dikcijo v okviru biseksualnosti, to je zelo pogosta uporaba terminov heteroseksualen in homoseksualen par za opis raznospolnega in istospolnega partnerstva. Partnerstva namreč sama po sebi nimajo spolne usmerjenosti, takšna dikcija pa ima funkcijo izbrisa biseksualnosti. Prav slednjemu (tj. izbris biseksualnosti) pa je potrebno pripisati enako težko kot drugim oblikam diskriminacije, še posebej z zavedanjem resnosti in pogostosti težav v duševnem zdravju, ki ga doživljajo biseksualne osebe.

Raziskava, ki sem jo opravil za namen magistrskega dela, je prva kvantitativna in večja raziskava biseksualne populacije na območju Slovenije in omogoča vpogled v nekatere značilnosti procesov v biseksualni skupnosti, v samooceno duševnega zdravja in omogoča boljše razumevanje izkušenj in potreb ter potrjuje nevidnost te skupine ljudi. Predvsem je pomembno, da je končno število anketiranih kar 4-krat večje od prvotne pričakovane ocene udeleženiosti. Hkrati pa sam ostajam z občutkom zamujenih priložnosti, ker nisem dovolj izčrpno postavljaj vprašanj, ki so se kasneje izkazala za relevantna, vendar je to odlična priložnost in spodbuda za izboljšave v prihodnjih raziskavah biseksualne skupnosti v Sloveniji.

Kljub temu me veseli zavedanje, da s tem magistrskim delom in samo raziskavo dopolnjujemo manko biseksualne reprezentiranosti v akademski sferi. Lahko le upam, da bo ta raziskava navdih prihodnjim, morebiti podrobnejšim raziskavam, ki bodo (ob primernem financiranju) vključevale poleg kvantitativnega tudi kvalitativni del in dopolnile interpretacijo nekaterih krajših odgovorov na odprta vprašanja. Poleg kvalitativnega dodatka je ogromen potencial tudi v dodatnem vključevanju v vzorec vseh oseb, ki se nahajajo na biseksualnem spektru, vendar zase ne uporabljajo biseksualne identitete. Da ne omenjam večje reprezentiranosti in natančnejše analize transspolnih oseb, kar bi si zaslužilo samostojno komparativno raziskavo.

Glede teme duševnega zdravja pa sem mnenja, da bi bilo zelo zanimivo pridobiti tudi podatke s strani oseb, ki delajo v pomagajočih poklicih. Kaže, da je biseksualnost za marsikoga mit, laž, prehodno obdobje v "stabilno" identiteto, modni trend ali pa je zreducirana samo na biseksualno dejanje, npr. poljubljanje dveh žensk. Takšno razmišljanje, ki je posledica izbrisa biseksualnosti, prežema vse pore obče družbe in

vztrajno pronica tudi v LGBT+ skupnost, zaradi česar smo biseksualne osebe v nevhvaležni pozicij dvojnega izključevanja.

Z verjetnostjo lahko sklepamo, da na takšno razmišlje nismo imune tudi osebe, ki smo svoje poslanstvo našle v pomagajočih poklicih, in bilo bi zanimivo opraviti iskreno samorefleksijo na vprašanje *Kdaj na zadnje nisem predvidevala o spolni usmerjenosti uporabnice?* Verjetnost, da smo pričakovale, da je oseba pred nami heteroseksualka, je visoka, saj naj bi bila tudi statistično najverjetnejša, kajne? Samo spomnimo, da novejše raziskave navajajo, da se več kot polovica oseb med 18. in 24. letom ne identificira kot izključno hetero-/homoseksualnih (Dahlgreen, 2015). Postavimo si torej naslednje vprašanje. *Če smo predvidevale, da uporabnica ni heteroseksualka, ali smo sploh pomislile na možnost biseksualnosti?* Če nimate osebne izkušnje ali pa več izkušenj dela z LGBT+ osebami, najverjetneje o biseksualnosti niste razmišljale, ampak je bila homoseksualnost vaša prva izbira. Pa nič hudega. Vendar tukaj sledi naslednje "presenečenje". Rankin, Morton in Bell (2015) dokazujejo, da prav zaradi takšne nastrojenosti nekatere biseksualne osebe vnaprej pričakujejo, da bodo službe za pomoč in podporo pri težavah v duševnem zdravju inherentno bifobne, četudi morebiti navzven pošiljajo sporočila o LGBT+ vključujočnosti, celo LGBT+ specifičnosti. Biseksualne osebe se zaradi tega službam izogibajo ali pa svoje spolne usmerjenosti ne razkrijejo, da bi se izognile bifobiji. Za naše razumevanje to pomeni, da službe, ki vključujejo biseksualnost samo v uveljavljeni kratici LGBT, zanemarjajo pa njeno vidnost v akcijah osveščanja in vključevanja, tvegajo, da bodo izpadle kot bifobne. Za pridobivanje zaupanja biseksualnih oseb bi bilo potrebno naslavljanje specifične biseksualno vključujoče tematike oziroma vsaj zagotavljanje pošteno in enakovredno vidnost vseh raznolikih spolnih usmerjenosti in identitet. Ključno za to je že samo razumevanje monoseksizma in razlik med bifobijo in homofobijo. Šele zatem se jo lahko prepozna tako v našem osebnem in strokovnem delovanju kot tudi zunaj, čemur lahko sledi konfrontacija. Poleg tega je ključnega pomena upoštevanje, raziskovanje in razumevanje učinka interseksionalnosti ter večkratne diskriminacije že od samega začetka in skozi celoten proces sodelovanja.

Rankin, Morton in Bell (2015) pravijo, da za spremembo ne potrebujemo niti velikega energijskega niti finančnega vložka, temveč moramo v glavnem poglobiti naše znanje o

biseksualnih izkušnjah in potrebah ter zagotoviti, da so naši postopki, izobraževanja in resursi eksplicitno vključujoči.

6. SKLEPI

Kot biseksualne se samoidentificirajo večinoma mlade osebe.

- V vzorcu je 84 % oseb starih med 15 in 29 let, kar 67 % celotnega vzorca pa predstavlja skupina oseb starih med 21 in 29 let.
- V vzorcu je 12 % oseb starejših od 30 let.

Več oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol, se samoidentificira kot biseksualna oseba² kot pa oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol.

- V vzorec smo zajeli 163 oseb (85 %), ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol, in 27 oseb (14 %), ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol.

Odstotkovno gledano je nerazkritih malenkost več oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol, kot pa oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol.

- Nerazkritih je 15 % oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan moški spol, in 13 % oseb, ki jim je bil ob rojstvu pripisan ženski spol.
- Razlog se lahko med drugim skriva tudi v dejstvu, da so biseksualni moški druga najbolj osovražena manjšinska skupina takoj za intravenoznimi uživalci drog.

Več kot polovica biseksualnih oseb svojega duševnega zdravja ne ocenjuje kot dobrega.

- Kot zelo dobro ga ocenjuje 14 % in kot dobro 31 % oseb.
- Kot niti dobro niti slabo ga ocenjuje 35 % oseb.
- Kot zelo slabo in slabo ga ocenjuje 20 % oseb.

Razkritje lahko za biseksualne osebe deluje kot varovalni dejavnik ali dejavnik tveganja pri duševnem zdravju.

- V celoti razkrite biseksualne osebe v primerjavi z delno razkritimi in nerazkritim, samoocenjujejo svoje duševno zdravje v najvišjih odstotkih prav v kategorijah zelo dobro (21 %) in kot slabo ali zelo slabo (31 %).
- Duševno zdravje kot zelo dobro in dobro v 46 % samoocenjujejo osebe, ki so razkrite v celoti, v 45 % osebe, ki so delno razkrite in v 44 % nerazkrite osebe.

² Biseksualnost razumemo kot nadpomenko za vse nemonoseksualne oblike spolnih usmerjenosti.

- Nerazkrite biseksualne osebe v primerjavi z razkritimi in delno razkritim, samoocenjujejo svoje duševno zdravje v najvišjih odstotkih kot niti dobro niti slabo (48 %).

V procesu razkritja zaznavamo spodbujevalne in zaviralne dejavnike.

- Najpogostejši spodbujevalni dejavniki so prepričanje, da bo oseba, ki se ji razkrivam, podpora in sprejemajoča (71 %), razvijanje samozavedanja in samosprejemanja (68 %) in vpliv življenjskih dogodkov in izkušenj (52 %).
- Najpogostejša zaviralna dejavnika pa sta neprepričanost v lastno usmerjenost ali spolno identiteto (60 %) ter miselnost, da je razkritje osebna stva vsake posameznice in kot tako ni potrebno (60 %).
- Povprečna starost pri prvem razkritju je 18.8 let.

Biseksualne osebe se v večini počutijo sprejete tako v splošni družbi kot v LGBT+ skupnosti.

- V LGBT+ skupnosti se osebe počutijo bolj sprejete.
- Popolnoma in večinoma sprejetih v LGBT+ skupnosti se počuti 65 % oseb.
- Popolnoma in večinoma sprejetih v splošni družbi se počuti 52 % oseb.
- Popolnoma in večinoma nesprejetih se počuti 12 % oseb v splošni družbi in 9 % oseb v LGBT+ skupnosti.

Slovenija velja za varno državo, kar se kaže tudi v izkušnjah z nasiljem na podlagi spolne usmerjenosti, ki jih je manj kot v mednarodnih raziskavah.

- Kljub temu je verbalno nasilje na podlagi spolne usmerjenosti doživelo 54 % oseb.
- Izločanje iz družbe je doživelo 35 % oseb.
- Nasilje prek socialnih omrežij je doživelo 32 % oseb.
- Grožnje z nasiljem je doživelo 21 % oseb.
- Spolno nasilje je doživelo 15 % oseb.
- Grožnje z razkritjem je doživelo 12 % oseb.
- Fizično nasilje in napad z orožjem pa je doživelo 8 % oseb.

-

Doživljanje težav v duševnem zdravju biseksualnih oseb je nadpovprečno pogosto.

- Namerno samopoškodovalo se je 47 % oseb.
- O samomorilnih mislih je poročalo 68 % oseb.
- 14 % oseb je naredilo poskus samomora.

Večina biseksualnih oseb meni, da doživljanje težav v duševnem zdravju ni preveč ali pa sploh ni povezano z njihovo spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto.

- 63 % oseb meni, da njihovo samopoškodovanje in samomorilne misli niso bile preveč ali pa sploh ne povezane z njihovo spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto.
- 75 % oseb meni, da njihov poskus samomora ni bil preveč ali pa sploh ni bil povezan z njihovo spolno usmerjenostjo ali spolno identiteto.

Biseksualne osebe iščejo podporo in pomoč pri strokovnjakinjah, kjer navajajo, da je 27 % oseb obiskovalo psihiatrinjo, 38 % pa je bilo vključenih v psihoterapijo. Kljub temu pa večina ob pojavu specifičnih težav s samopoškodovanjem, samomorilnostjo in poskusom samomora ni iskala strokovne podpore in pomoči ali pa se je obrnila na prijateljice.

- 58 % oseb ni iskalo podpore in pomoči v zvezi s samopoškodovanjem.
- 53 % oseb ni iskalo podpore in pomoči v zvezi s samomorilnimi mislimi.
- 41 % oseb ni iskalo podpore in pomoči v zvezi s poskusom samomora.
- Pri samopoškodovanju (33%) in samomorilnih mislih (34 %) je največ oseb iskalo podporo in pomoč pri prijateljicah, pri poskusu samomora pa so se pogosteje obrnile na psihiatrinjo (30 %) ali pa so potrebovale medicinsko pomoč (26 %).

Biseksualne osebe za lažje iskanje podpore in pomoči navajajo raznolike dejavnike samopomoči, strokovne pomoči, skupnostne pomoči in njune dostopnosti ter obče spreminjanje družbenih okoliščin.

- Strukturne spremembe zdravstvenega sistema in večja (ter hitrejša) finančna dostopnost strokovne podpore in pomoči.
- Decentralizacija podpore in pomoči specifičnim manjšinskim skupinam iz Ljubljane v manjše kraje in lokalna okolja.

- Obče družbene spremembe z osveščanjem in večanje vidnosti biseksualnosti pa tudi vidnosti samih težav v duševnem zdravju.

7. PREDLOGI

Podajam nekaj predlogov za strokovne službe in nadaljnje raziskovanje:

- Čeprav se biseksualne osebe bolj pogosto od obče družbe poslužujejo podpore in pomoči strokovnih služb, se jih velika večina pogosteje zanaša na prijateljice, še pogosteje pa razvijajo lastne strategije in oblike samopomoči, ki lahko nemalokrat preidejo v avtoagresivne ali samodestruktivne oblike vedenja. Razlog neiskanja pomoči je predvsem nezaupanje strokovnjakinjam in strah pred nestrokovnostjo in pomanjkanjem specifičnih znanj le-teh. Da bi strokovne službe pridobile zaupanje biseksualnih oseb, predlagam, da bi se v prvi vrsti morale strokovno izpopolniti za poznavanje specifičnih okoliščin, ki jih doživljajo biseksualne osebe, začevši z razumevanjem specifičnih razlik med bifobijo in homofobijo, razumevanjem učinka interseksionalnosti ter večkratne diskriminacije.
- Tuje raziskave dokazujejo, da so tudi službe in storitve, ki so LGBT+ specifične oziroma eksplicitno vključujoče, biseksualnost pa samo navidezno vključujejo s črko B, dojete kot inherentno bifobne, kar odvrča biseksualne osebe od razkritja ali pa uporabe samih storitev. Za strokovnejše in primernejše ravnanje tako predlagam naslavljanje specifično biseksualno vključujočih tematik oziroma minimalno zagotavljanje vsaj poštene in enakovredne vidnosti vseh raznolikih spolnih usmerjenosti in identitet tako v storitvah kot tudi v procesih strokovnega izpopolnjevanja.
- Dodaten razlog neiskanja strokovne podpore in pomoči je v njeni nedostopnosti. Biseksualne osebe poročajo o preveliki centralizaciji tako primerne strokovne podpore kot tudi drugih LGBT+ specifičnih služb in storitev, zaradi česar predlagam nekaj, kar je ključnega pomena: razvijanje strokovnega terenskega dela in dodatne finančne podpore nevladnim organizacijam, ki to delo že izvajajo. Dodatno bi bilo potrebno vzpostaviti tudi oblike vključujočega spletnega svetovanja. Nedostopnost pa se pojavlja tudi v obliki težav v odzivnem času in dolgih čakalnih dobah ter v financiranju samoplačniških terapij.
- Biseksualne osebe se v okviru strokovne pomoči pogosteje vključujejo v psihoterapijo kot pa v psihiatrično podporo, kar dodatno podpira in utemeljuje

težnjo različnih akterk na področju psihoterapije za normativno ureditev in financiranje psihoterapevtskih storitev v Sloveniji.

- Poleg informiranja biseksualne skupnosti o možnostih in oblikah strokovne pomoči v Sloveniji bi bila na družbeni ravni potrebna detabuizacija celotnega področja duševnega zdravja in procesa iskanja podpore in pomoči.
- V prihodnje predlagam kombinacijo kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja, s čimer bi se pridobil subjektiven vpogled in dopolnila interpretacija ter razumevanje nekaterih precej kratkih odgovorov na odprta vprašanja.
- Velik potencial za raziskovanje je tudi vzorčenje, ki ne bi temeljilo le na samoidentifikaciji z biseksualno identiteto, temveč bi vključevalo vse osebe na biseksualnem spektru – tudi tiste, ki pri sebi zaznavajo biseksualna čustva in vedenje, vendar zase uporabljajo drugo identiteto ali pa se ne želijo identificirati.
- V raziskavi so se pokazale razlike pri primerjavi podatkov na podlagi spolne identitete in dodatna ranljivost transspolnih oseb. Za natančnejše razumevanje pa bi bil potreben večji vzorec in samostojna komparativna raziskava.
- Predmet raziskovanja bi lahko bili tudi odnos, znanje in izkušnje oseb v pomagajočih poklicih v relaciji do biseksualnih oseb.

8. LITERATURA

1. Alessi, J. E., Meyer, H. I. in Martin, I. J. (2011). *PTSD and Sexual Orientation: An Examination of Criterion A1 and Non-Criterion A1 Events*. Pridobljeno 3.2.2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4477838/>.
2. Barker, M., Jones, R., Richards, C., Bowes-Catton, H., in Plowman, T. (2012). *The Bisexuality Report: Bisexual inclusion in LGBT equality and diversity* [pdf]. Pridobljeno 29.1.2019 s <https://bisexualresearch.files.wordpress.com/2011/08/the-bisexualityreport.pdf>
3. Bostwick, B. W., Boyd., C., Hughes, L. T., in McCabe, S. E. (2010). Dimensions of Sexual Orientation and the Prevalence of mood and Anxiety Disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100(3), str. 468-475.
4. Burrill, K. (2002). Queering Bisexuality. *Journal of bisexuality*, 2(2/3), str. 95-105.
5. Butler, J. (2001). *Težave s spolom: feminizem in subverzija identitete*. Ljubljana: ŠKUC.
6. Callis, S. A. (2009). Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and Queer Theory. *Journal of Bisexuality*, 9 (3/4), str. 213-233. Pridobljeno 29.1.2019 s <https://radicalbi.files.wordpress.com/2012/12/playing-with-butler-and-foucault.pdf>
7. Carr, S. (2011). 'A Chance to Cut is a Chance to Cure': Self-harm and Self-protection – A Gay Perspective. V Dunk-West, P. in Hafford-Letchfield, T. (ur.) (2011). *Sexual Identities and Sexuality in Social Work: Research and Reflections from Women in the Field*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
8. Cobain, B. (2008). *Ko nič več ni važno: priročnik za mladostnike z depresijo*. Radovljica: Didakta.
9. Čačinovič Vogrinčič, G. (2002). Koncept delovnega odnosa v socialnem delu. *Socialno delo*, 41(2), str. 91-96.
10. Čačinovič Vogrinčič, G., Kopal, L., Mešl, N., Možina, M. (2005). Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
11. Čačinovič Vogrinčič, G. (2000). Vzpostavitev in ohranjanje svetovalnega odnosa. *Psihološka obzorja (Ljubljana)*. 9(2), str. 81-86.

12. Dale Stone, S. (1996). *Bisexual women and the "Threat" to Lesbian Space: Or What If All the Lesbians Leave?*. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, Vol. 16, No. 1: 101-116
13. Dahlgreen, W. (2015). *1 in 2 young people say they are not 100% heterosexual*. Pridobljeno 18.1.2018 s <https://yougov.co.uk/news/2015/08/16/half-young-not-heterosexual/>
14. Denša, A. (2004). *Socialni delavci-ke in njihov odnos do ljudi, ki živijo v istospolni skupnosti*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
15. Devor, H. (1987). Gender Blending Females (Woman and sometimes Men). *American Behavioral Scientist*, 31(1), str. 12-40.
16. Du Plessis, M. (1996). *Blatantly Bisexual; or, Unthinking Queer Theory* [pdf]. Pridobljeno 28.1.2019 s <https://radicalbi.files.wordpress.com/2012/12/michael-du-plessis-blatantly-bisexual.pdf>
17. Department of Health (2007). *Briefing 9: Mental health issues within lesbian, gay and bisexual (LGB) communities*. London: Department of health.
18. Dernovšek, Z. M. in Tavčar R. (ur.) (2005). *Prepoznajmo in premagajmo depresijo: Priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
19. DSM-V (2013). *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj*. Washington: American Psychiatric Association. Psihijatrija Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
20. Dunk-West, P. in Hafford-Letchfield, T. (ur.) (2011). *Sexual Identities and Sexuality in Social Work: Research and Reflections from Women in the Field*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
21. Erzar, T. (2007). *Duševne motnje. Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje, Celjska Mohorjeva družba.
22. Eisner, S. (2011). *The monosexual privilege checklist*. Pridobljeno 25.1.2019 s <https://radicalbi.wordpress.com/2011/07/28/the-monosexual-privilege-checklist/>
23. Eisner, S. (2013). *Bi: Notes for a bisexual revolution*. Barkley, California: Seal Press.
24. Facts about suicide. (b.d.). Pridobljeno 4.2.2019 s <https://www.thetrevorproject.org/resources/preventing-suicide/facts-about-suicide/#sm.001iuj5gsldkcn107z1mqanq99ri>.

25. Firestein, A. B. (2007). *Becoming visible : counseling bisexuals across the lifespan*. New York: Columbia University Press.
26. Flaker, V., Lamovec, T. (1993). Kaj je duševna bolezen?. *Socialno delo*, 32(3/4), str. 87-92.
27. Gaber, M. (2011). *Samopoškodovanje kot oblika avtoagresivnega vedenja (študija lastnega primera samopoškodovanja)* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
28. Globalni mirovni indeks (2018). *Global peace indeks 2018* [pdf.]. Pridobljeno 25.2.2019, s <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2018/06/Global-Peace-Index-2018-2.pdf>
29. Global Law and Order Report (2018). Pridobljeno 25.2.2019, s <https://news.gallup.com/reports/235310/gallup-global-law-order-report-2018.aspx>
30. Goffman, E. (2008). *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
31. Heath, M., Mulligan, E. (2008). »Shiny happy same sex-attracted woman seeking same«: How communities contribute to bisexual and lesbian women's wellbeing. *Health Sociology Review* 17:3: 290-302.
32. Herek, M. G. (2002). *Heterosexuals' Attitudes Toward Bisexual Men and Women in the United States* [pdf.]. Pridobljeno 25.2.2019, s <http://www.felgtb.org/rs/1392/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/2fe/filename/heterosexual-s-attitudes.pdf>
33. Heterosexual Privilege Checklist. (b.d.). Pridobljeno 31.1.2019 s <https://projecthumanities.asu.edu/content/heterosexual-privilege-checklist>
34. Hunter, S., Shannon, C., Knox, J. in Martin, I. J. (1998). *Lesbian, gay, and bisexual youths and adults: Knowledge for human services practice*. London: SAGE Publications, Ltd.
35. Hunt, R. in Fish, J. (2008). Prescription for Change: Lesbian and bisexual women's health check 2008 [pdf.]. Pridobljeno 26.2.2019, s https://www.stonewall.org.uk/sites/default/files/Prescription_for_Change_2008_.pdf
36. Hoffman, H. (ur.) (2016). *Attitudes toward Bisexual Men and Women among a Nationally Representative Probability Sample of Adults in the United States*. (b.d.) Pridobljeno 26.2.2019, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5082634/>

37. James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., in Anafi, M. (2016). The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
38. Jeriček Klanšček, H., Majcen, K. in Furman, L. (2016). *Anksiozne motnje: kako jih prepoznati in premagati?* Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
39. Johnson, K., Faulkner, P., Jones, H. in Welsh, E. (2007). *Understanding Suicidal Distress and Promoting Survival in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Communities* [pdf]. Pridobljeno 5.2.2019 s https://www.glhv.org.au/sites/default/files/uk_suicide.pdf
40. Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P.A. in Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*.
41. Juster, R.-P., Smith, N. G., Ouellet, E., Sindi, S. in Lupien, J. S. (2013). Sexual Orientation and Disclosure in Relation to Psychiatric Symptoms, Diurnal Cortisol, and Allostatic Load. *Psychosomatic Medicine*, 75 (izdano pred tiskom).
42. Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar-Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager K., Gaja, H., Alenka, M., Tina, B., Mark F., Poldrugovac, M., Maučec Zakotnik, J., Eržen, I. (2018). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji* [pdf]. Pridobljeno 20.1.2019 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-11EUTZTK/6bd5e113-a88e-4fc1-9d8c-827bb067ea49/PDF>
43. DNK. Kaj je nasilje? (b.d.) Pridobljeno 1.2.2019 s <http://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/kaj-je-nasilje.html>.
44. King, M., Warner, J., Ramsay, A., Johnson, K., Cort, C., Davidson, O. in Wright, L. (2003). Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales: A summary of findings [pdf]. Pridobljeno 26.2.2019, s <https://www.mindout.org.uk/wp-content/uploads/2012/06/SummaryfindingsofLGBreport.pdf>
45. Kinsey, A. C. (1948). *Sexual behaviour in the human male*. London: W.B. Saunders Company.
46. Kuhar, R., Guzelj, P., Drolc, A. in Zabukovec, K. (1999). *O nasilju: priročnik za usposabljanje*. Ljubljana: Društvo za nenasilno komunikacijo.

47. Klein, F. (1993). *The bisexual option (2nd. ed.)*. New York: Harrington Park Press.
48. Kuhar, R. (2005). Razkritje homoseksualne identitete. *Družboslovne razprave*, 21, 49/50: 119-138.
49. Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno
50. LGBTQ Slovar (2014). Pridobljeno 24.1.2019 s <https://legebitra.si/lgbtq-slovar>.
51. MacDowall L. (2009). Historicizing Contemporary Bisexuality. *Journal of Bisexuality* 9 (1), str. 3-15. Pridobljeno 28.1.2019 s <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15299710802659989>
52. McLean, E. K. (2008). Silences and stereotypes: The impact of (mis)constructions of bisexuality on australian bisexual men and women. *Gay & Lesbian issues and Psychology Review*, 4(3), str. 158-165.
53. Mencin Čeplak, M. (2013). Izvori in vloga stereotipov in predsodkov. 15(59), str. 12-13. Pridobljeno 30.1.2019 s <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-3VIF6STV/?euapi=1&query=%27keywords%3dpredsodki+in+stereotipi%27&sortDir=ASC&sort=date&pageSize=25>
54. Mental Health in the LGBT Community. (b.d.). Pridobljeno 4.2.2019 s <https://www.mentalhelp.net/mental-health-in-the-lgbt-community/>
55. Meyer, I.H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, str. 38-56.
56. Mikuš-Kos, A. (2017). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Radovljica: Didakta.
57. Movement Advancement Project, BiNet USA in Bisexual Resource Center (2014). *Understanding Issues Facing Bisexual Americans* [pdf.]. Pridobljeno 1.2.2019 s www.lgbtmap.org/understanding-issues-facing-bisexual-americans
58. Musek, J. (1993). Človekove pravice in duševno zdravje, *Socialno delo*, 32(3/4), str. 11-13.
59. NAMI. (b.d.). Pridobljeno 4.2.2019 s <https://www.nami.org/Find-Support/LGBTQ>.
60. NIMHE (2007). *Mental Disorders, Suicide and Deliberate Self-Harm in Lesbian, Gay and Bisexual people*. London: NIMHE. Pridobljeno 20. 1. 2019 s <https://www.mindout.org.uk/wp-content/uploads/2012/06/self-harm-in-lesbian-gay-and-bisexual-people.pdf>
61. NIJZ (2015). Kaj je duševno zdravje? Pridobljeno 24.1.2019 s <http://www.nijz.si/sl/kaj-je-dusevno-zdravje>.

62. NIJZ (2017). Svetovni dan preprečevanja samomora: "Vzemi si trenutek, reši življenje" (b.d.). Pridobljeno 3.2.2019 s <http://www.nijz.si/sl/10-september-2017-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-vzemi-si-trenutek-resi-zivljenje>.
63. Novak, A. (2015). *Sociološki vidiki biseksualnosti* (magistrsko delo). Pridobljeno 17.1.2019 s http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska_dela_2/pdfs/mb22_novak-anja.pdf.
64. Pilgrim, D.(2005). *Key concepts in mental health*. London: SAGE Publications Ltd.
65. Ponse, B. (1978). *Identities in the lesbian world: The social construction of self*. Westport: Greenwood Press.
66. Poglajen, A. (2017). *Vpliv razkritja nenormativne spolne usmerjenosti in/ali spolne identitete na samospoštovanje in samopodobo mladih (diplomsko delo)*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
67. Plahutnik Baloh, B. (2015). *Kako razumeti svojega otroka: brošura za starše lezbijk in gejev*. Ljubljana: Društvo informacijski center Legebitra.
68. Popbuzz (2019). *Remi Malek accused of bi-erasure for calling Freddie Mercury "gay" during Oscars speech*. Pridobljeno 25.2.2019, s <https://www.popbuzz.com/tv-film/news/oscars-rami-malek-freddie-mercury-gay-bisexual/>.
69. Rafaelič, A., Ficko, K., Flaker, V. (2017). Prehod k skupnostnim oblikam oskrbe v Sloveniji. *Socialna pedagogika (Ljubljana)*, 21(3/4), str. 183-210.
70. Rankin, S., Morton, J. in Bell, M. (2015). *Complicated?: Bisexual people's experiences of and ideas for improving services* [pdf.]. Pridobljeno 17.2.2019 s <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/complicated-bisexual-report.pdf>.
71. Recko, T. (2011). *Znotraj in zunaj – Biseksualnost in socialno delo (diplomsko delo)*. Pridobljeno 30.1.2019 s <https://egradiva.fsd.uni-lj.si/search/show/841>
72. Rijavec Klobučar, N. (2010). *Moj otrok se reže*. Pridobljeno 4.2.2019 s http://www.ringaraja.net/clanek/moj-otrok-se-reze_549.html?page=all.
73. Roškar, S. (2008). Kognitivnopsihološke teorije samomorilnega vedenja. *Psihološka obzorja (Ljubljana)*, 17(2), str. 91-104.
74. Roškar, S., Jeriček Klanšček, . Konec Jurčič N. (2015). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov* [pdf.]. Pridobljeno 20.1.2019 s http://www.zdravjemladih.si/data-si/file/dusevno_zdravje.pdf.
75. San Francisco Human Rights Commission (2011). *Bisexual Invisibility: Impacts and Recommendations* [pdf.]. Pridobljeno 2.2.2019 s [93](https://sf-</p>
</div>
<div data-bbox=)

hrc.org/sites/default/files/Documents/HRC_Publications/Articles/Bisexual_Invisibility_Impacts_and_Recommendations_March_2011.pdf

76. Sayce, L. (2000). *From Psychiatric Patient to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. Basingstoke: Macmillan Press.
77. Scott, D. S., Pringle, A. in Lumsdaine, C. (2004). *Sexual Exclusion – Homophobia and health inequalities: a review* [pdf.]. Pridobljeno 4.2.2019 s <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.577.745&rep=rep1&type=pdf>.
78. Scherrer, K. (2013). Culturally competent practice with bisexual individuals. *Clinical Social Work Journal*, 41, str. 238-248, pridobljeno 25.2.2019, s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-013-0451-4>
79. Stik (b.d.). Pridobljeno 27.2.2019 s <https://legebitra.si/stik/>
80. SURS (2018). *Socioekonomske značilnosti prebivalstva, Slovenija, 1. januar 2018*, pridobljeno 22.2.2019, s <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/7835>.
81. Smith, A. (1997). Cultural diversity and the coming-out process: Implications for clinical practice. V Hunter, Ski, Shannon, Coleen, Knox, Jo in Martin, I. James (1998). *Lesbian, gay, and bisexual youths and adults: Knowledge for human services practice*. London: SAGE Publications, Ltd.
82. SSKJ Spletna izdaja (2000). Pridobljena 24.12.2018 s <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>.
83. Ule, M. (2004). *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
84. Urad republike Slovenije za mladino – URSM, b.d., pridobljeno 22.2.2019, s http://www.ursm.gov.si/si/delovna_podrocja/osnovne_definicije/
85. Valetič, Ž. (2009). *Samomor: večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija.
86. Velikonja, N. (1998). *Izobraževanje proti homofobiji*. Ljubljana: ŠKUC.
87. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. [77/08](#) in [46/15](#) – odl. US)
88. Zaviršek, D. (2000). Hendikep kot kulturna travma: historizacija podob, teles in vsakdanjih praks prizadetih ljudi. Ljubljana: Založba /*cf.
89. Zorn, J. (2000). Homoseksualnost iz perspektive drugega. *Socialno delo* 39(1), str. 21-31.
90. Walters, L. M., Chen, J. in Breiding, J. M. (2013). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Findings on Victimization by Sexual*

- Orientation* [pdf]. Pridobljeno 1.2.2019 s
https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/NISVS_SOfindings.pdf
91. Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. Critical review. Oxford University Press. Pridobljeno 2.2.2019 s
<https://academic.oup.com/her/article/15/1/97/775710>.
92. WHO (World health organization) (2018). Pridobljeno 1. 2. 2019 s
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
93. WHO (World health organization) (2018). <https://www.who.int/>
94. Yoshino, K. (2000). *The Epistemic Contract of Bisexual Erasure* [pdf]. Pridobljeno 29.1.2019 s <http://www.kenjiyoshino.com/articles/epistemiccontract.pdf>

9. PRILOGE

9.1. Spletni vprašalnik

Duševno zdravje biseksualnih+ oseb

Kratko ime ankete: Magistrska naloga

Dolgo ime ankete: Duševno zdravje
biseksualnih+ oseb

Število vprašanj: 43

Anketa je zaključena.

Aktivna od: 01.11.2018

Avtor: Andrej Poglajen

Dne: 31.10.2018

Aktivna do: 01.12.2018

Spreminjal: Andrej Poglajen

Dne: 01.11.2018

Moje ime je Andrej Poglajen in sem magistrski študent socialnega dela na Fakulteti za socialno delo v Ljubljani. Po štirih letih prakse in prostovoljstva na Društvu informacijski center Legebitra sem svoj dodiplomski študij končal z raziskovanjem vpliva razkritja LGBT+ mladih oseb na samozavest in samospoštovanje, tekom katerega sem opazil specifične okoliščine, o katerih so poročale izključno biseksualne+ osebe in sicer t. i. dvojna izključenost, ki glede na novejša raziskave lahko vodi v nekatere duševne stiske. S tem anonimnim vprašalnikom si zato želim pridobiti vpogled v duševno zdravje biseksualnih+ oseb na območju Slovenije. Za boljše razumevanje je vključenih tudi nekaj splošnih vprašanj. V vprašalniku so nekateri izrazi obarvani. S postavitvijo kurzorja miške na te pojme pa lahko preberete njihovo razlago. Za reševanje vprašalnika boste potrebovali do 15 minut. Za vaše sodelovanje se zahvaljujem! Za vsa dodatna pojasnila in vprašanja sem na voljo na: andrejpoglajen@gmail.com

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
XSPOL - Spol pripisan ob rojstvu

- Moški
- Ženski
- Interspolna oseba

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q1 - Spolna identiteta

- Nebinarna oseba
- Moški
- Ženska
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q2 - Spolna usmerjenost

- Biseksualna
- Panseksualna
- Fluidna spolna usmerjenost
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q3 - Starost

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q4 - Državljanstvo

- Slovensko
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q5 - Etničnost

- Slovenska
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)

Q6 - Mestna občina bivanja

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)

Q7 - Kraj bivanja

- Mesto (nad 3000 prebi.)
- Kraj (500-3000 preb.)
- Vas (manj kot 500 preb.)

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)

Q8 - Stanovanjska situacija

- Živim s starši
- Živim s partnerjem_ico enakega/sebi podobnega spola
- Živim s partnerjem_ico nasprotnega/sebi različnega spola
- Živim sam_a
- Živim s prijatelji_cami ali cimri_ami
- Živim v institucionalni obliki bivanja
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)

Q9 - Zaposlitveni status

- Zaposlen_a za nedoločen čas
- Zaposlen_a za določen čas
- Prekarne oblike zaposlitve
- Študent_ka
- Brezposelna oseba
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)

Q10 - Najvišje dosežena izobrazba

- Dokončana osnovna šola
- Dokončana srednja poklicna ali strokovna šola
- Dokončana gimnazija
- Dokončan višje ali visokošolski dodiplomski program
- Dokončan magistrski program

- Dokončan doktorski program
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q11 - Partnerstvo

- Samska oseba, ki zmenkuje
- Samska oseba, ki ne zmenkuje
- Monogamna zveza
- V odprti zvezi
- V poliamorni zvezi
- Drugo:

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
Q12 - Potomstvo

- Imam otroka/e
- Nimam otrok

BLOK (1) (Socialnodemografski podatki)
IF (3) Q12 = [1] (Imam otroka/e)
Q13 - V kolikor imam otroka

- Sem biološki starš
- Sem nebiološki starš
- Sem posvojitelj_ica
- Sem rejnik_ca
- Drugo:

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)
Q14 - Stanje razkritja oz. "coming outa"

- Sem razkrit_a v celoti
- Delno
- Nisem razkrit_a

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)
IF (5) Q14 = [1] or Q14 = [2]
Q15 - Starost pri prvem razkritju

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)
IF (5) Q14 = [1] or Q14 = [2]
Q16 - Kateri so dejavniki, ki so ti pomagali pri razkritju?
Možnih je več odgovorov

- Prepričanje, da bo oseba, ki se ji razkrivam, podpirna in sprejemajoča
- Poznanstva drugih LGBT+ oseb
- Predhodna podpora in sprejemanje s strani prijateljev_ic
- Predhodna podpora in sprejemanje s strani družine
- Spreminjajoče se stališče družbe do LGBT+ tematik
- Pogostejša vidnost LGBT+ oseb v medijih
- Razvijanje samozavedanja in samosprejemanja
- Vpliv informacij iz interneta in drugih medijev
- Vpliv življenjskih dogodkov in izkušenj
- Razvoj učinkovitih strategij za razkritje
- Pridobivanje znanja o LGBT+ tematikah
- Drugo:

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)

IF (6) Q14 = [3]

Q17 - Če se nisi razkril_a, kaj so nekateri od razlogov, da se nisi?

Možnih je več odgovorov

- Strah pred zavrnitvijo in diskriminacijo
- Strah pred nasiljem
- Nепrepričanost v lastno spolno usmerjenost ali spolno identiteto
- Razkritje je moja osebna stvar in kot tako ni potrebno
- Čakam na pravi trenutek za odprtje teme pogovora
- Strah pred nerazumevanjem, neslišnostjo in da mi ne bodo verjeli
- Nesprejemanje lastne spolne usmerjenosti ali spolne identitete
- Verski pomisleki in zadržki
- Drugo:

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)

IF (6) Q14 = [3]

Q18 - Kaj bi ti pomagalo, da bi se razkril_a?

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)

Q19 - Občutek sprejetosti v splošni družbi

- Popolnoma sprejet_a
- Večinoma sprejet_a
- Delno sprejet_a, delno nesprejet_a
- Večinoma nesprejet_a
- Popolnoma nesprejet_a

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)

Q20 - Občutek sprejetosti znotraj LGBT+ skupnosti

- Popolnoma sprejet_a
- Večinoma sprejet_a
- Delno sprejet_a, delno nesprejet_a
- Večinoma nesprejet_a
- Popolnoma nesprejet_a

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)

Q21 - Občutek varnosti na javnem prostoru v Sloveniji

	Zelo varno	Varno	Nevarno	Zelo nevarno	Tega ne počnem/S e izogibam
Držanje rok z osebo enakega/sebi podobnega spola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poljubljanje z osebo enakega/sebi podobnega spola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Božanje z osebo enakega/sebi podobnega spola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izkazovanje naklonjenosti z osebo nasprotnega/sebi različnega spola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gledanje LGBT+ publikacij, spletnih strani ipd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uporaba javnega prevoza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprehajanje po temi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOK (4) (Osebne in družbene okoliščine)

Q22 - Izkušnje z nadlegovanjem in nasiljem zaradi spolne usmerjenosti ali spolne identitete

	Nikoli	Pred več kot petimi leti	V zadnjih petih letih	V zadnjem letu	V zadnjem mesecu
Verbalno nasilje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grožnje z nasiljem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasilje prek socialnih omrežij	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grožnje z razkritjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fizično nasilje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spolno nasilje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Napad z orožjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izločanje iz družbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q23 - Kako ocenjuješ svoje duševno zdravje?

- Zelo dobro
- Dobro
- Niti dobro niti slabo

- Slabo
 Zelo slabo

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q24 - Kako zaznavaš spremembe v lastnem duševnem zdravju v zadnjih petih letih?

- Močne spremembe v pozitivno
 Blage spremembe v pozitivno
 Nespremenjeno
 Blage spremembe v negativno
 Močne spremembe v negativno

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q25 - Dejavniki, ki so vplivali/vplivajo na tvoje duševno zdravje

Možnih je več odgovorov

	Pozitiven učinek	Brez Učinka	Negativen učinek	Se ne nanaša name
Pozitivne upodobitve LGBT+ oseb v medijih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negativne upodobitve LGBT+ oseb v medijih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sklepanje prijateljstev z LGBT+ osebami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razkritje prijateljem_icam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razkritje družinskim članom_icam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spremembe v zakonodaji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vstop v proces tranzicije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operativni poseg za potrditev spola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprememba imena ali spolnega indikatorja na osebnih dokumentih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obiskovanje podporne skupine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obiskovanje LGBT+ društev in prizorišč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strokovna podpora pri težavah v duševnem zdravju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priključitev družine v proces strokovne obravnave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q26 - Ali si v zadnjih petih letih doživel_a katero od navedenih stanj?

	Da	Ne	Ne vem
Potrnost, brezvoljnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Panični napadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stalna tesnoba (cmok v grlu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stalni strah	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občutek manjvrednosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Razdražljivost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q27 - Si se zaradi teh stanj zdravil_a pri psihiatru_inji?

- Da
 Ne

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q28 - Si obiskoval_a psihoterapijo?

- Da
 Ne

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q29 - Ali si se kadarkoli namerno samopoškodoval_a brez namena, da bi si vzel_a življenje?

- Ne
 Da

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (8) Q29 = [2]

Q30 - Kdaj si se nazadnje samopoškodoval_a?

- Pred manj kot enim mesecem
 Med enim mesecem in letom dni
 Med enim in petimi leti
 Pred več kot petimi leti

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (8) Q29 = [2]

Q31 - Kako je (bilo) samopoškodovanje povezano z okoliščinami tvoje spolne usmerjenosti ali spolne identitete?

- Zelo povezano
 Nekoliko povezano
 Srednje povezano
 Ne preveč povezano
 Sploh nepovezano

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (8) Q29 = [2]

Q32 - Pri soočanju s samopoškodovanjem sem iskal_a podporo in pomoč pri:

Možnih je več odgovorov

- Nikjer/nihče ni vedel
- Zaradi poškodb sem potreboval_a medicinsko pomoč
- Pomoč sem iskal_a pri psihiatru_inji/psihologu_inji
- Pomoč sem iskal_a pri svetovalcu_ki/terapevtu_ki
- Pomoč sem iskal_a pri prijateljih_cah
- Pomoč sem iskal_a pri družinskih članih_cah
- Drugo:

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q33 - Ali si kdaj imel_a misli o samomoru?

- Ne
- Da

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (9) Q33 = [2]

Q34 - Kdaj si imel_a nazadnje misli o samomoru?

- Pred manj kot enim mesecem
- Med enim mesecem in letom dni
- Med enim in petimi leti
- Pred več kot petimi leti

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (9) Q33 = [2]

Q35 - Kako so bile samomorilne misli povezane z okoliščinami vaše spolne usmerjenosti ali spolne identitete?

- Zelo povezane
- Nekoliko povezane
- Srednje povezane
- Ne preveč povezane
- Sploh nepovezane

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (9) Q33 = [2]

Q36 - Pri samomorilnih mislih sem iskal_a podporo in pomoč pri:

Možnih je več odgovorov

- Nikjer/nihče ni vedel
- Pomoč sem iskal_a pri psihiatru_inji/psihologu_inji
- Pomoč sem iskal_a pri svetovalcu_ki/terapevtu_ki
- Pomoč sem iskal_a pri prijateljih_cah
- Pomoč sem iskal_a pri družinskih članih_cah
- Drugo:

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q37 - Si kdaj poskusil_a storiti samomor?

- Ne
 Da

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (10) Q37 = [2]

Q38 - Kdaj si nazadnje poskusil_a storiti samomor?

- Pred manj kot enim mesecem
 Med enim mesecem in letom dni
 Med enim in petimi leti
 Pred več kot petimi leti

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (10) Q37 = [2]

Q35_2 - Kako je bil poskus samomora povezan z okoliščinami vaše spolne usmerjenosti ali spolne identitete?

- Zelo povezan
 Nekoliko povezan
 Srednje povezan
 Ne preveč povezan
 Sploh nepovezan

BLOK (7) (Duševno zdravje)

IF (10) Q37 = [2]

Q39 - Pri poskusih samomora sem iskal_a podporo in pomoč pri:

Možnih je več odgovorov

- Nikjer/nihče ni vedel
 Zaradi poškodb sem potreboval_a medicinsko pomoč
 Pomoč sem iskal_a pri psihiatru_inji/psihologu_inji
 Pomoč sem iskal_a pri svetovalcu_ki/terapevtu_ki
 Pomoč sem iskal_a pri prijateljih_cah
 Pomoč sem iskal_a pri družinskih članih_cah
 Drugo:

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q40 - Si kdaj uporabil_a slednje kot način lajšanja težav?

	Nikoli	Redko	Srednje pogosto	Pogosto	Zelo pogosto
Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uporaba drugih drog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BLOK (7) (Duševno zdravje)

Q41 - Kaj bi ti pomagalo pri iskanju podpore in pomoči?

Q42 - Dodatni komentarji in predlogi

Q43 - V kolikor si oseba, ki se sooča s težavami v duševnem zdravju in si poleg potencialnih zdravstvenih storitev želiš dodatne podpore in pomoči, jo lahko v obliki brezplačnih osebnih svetovanj za LGBT+ osebe najdeš na Društvu Legebitra ter pri Zavodu Transakcija. Dodatno pa se lahko pridružiš tudi podpornim skupinam, ki jih poleg že omenjenih društev izvaja tudi Društvo Kvartir.

10.POVZETEK

Med tem ko je biseksualnost in z njo povezane teme čedalje bolj pogosta tema raziskovanja v tujini, ostaja v Sloveniji še vedno precej nepoznana, neraziskana in le navidezno vključena v množico raziskav, ki nosijo kratico LGBT. S tujimi podatki, ki kažejo, da je čedalje večje število oseb starih med 18 in 24 ne izključno hetero-/homoseksualnih, narašča tudi zavedanje in potreba po bolj vključujočem in razumevajočem pristopu v pomagajočih poklicih. Potrebo po tem dodatno utrjujejo tudi raziskave, ki prikazujejo kritično stanje v duševnem zdravju biseksualnih oseb.

V magistrskem delu zato najprej prikažem teoretična ozadja oziroma poglede, s katerimi razumemo duševno zdravje. Prikažem slabosti medicinskega pogleda in v skladu s stroko socialnega dela opišem bolj primerni holistični pogled na duševno zdravje kot kontinuum. Duševno zdravje označim za družbeni konstrukt, ki se spreminja s časom in je prepleteno z družbenimi ideologijami. Le te pa pogosto vodijo v oblike nasilja, med katerimi se kot eno od pogostejših pojavlja v obliki družbenega izključevanja. Le to se kaže tako z ovirami na področju zaposlovanja, sovražne nastrojenosti s strani medijev, ki zrcalijo, kreirajo in utrjujejo antipatijo obče družbe, vse skupaj pa eskalira v obliki institucionalizirane diskriminacije in favoriziranja normativnosti.

Preden v teoretičnem delu predstavim duševno zdravje nemonoseksualnih oseb, razjasnim osnovno terminologijo, s katero v nadaljevanju operiramo. Nemonoseksualnost je namreč beseda, katere pomen je pogosto nerazumljen. Če kot monoseksualno lahko označimo osebo, ki čuti privlačnost do nič več kot enega spola in se tako tudi sama identificira (enostavneje – heteroseksualna ali homoseksualna oseba), potem kot nemonoseksualno razumemo osebo, ki ne spada pod pojem monoseksualnosti – torej čuti potencial za privlačnost do več kot enega spola ali ne glede na spol in se identificira kot biseksualna, panseksualna, fluidna, kvir, heterofleksibilna, homofleksibilna ali pa zase uporablja katero drugo identiteto. Ker je razlaga nemonoseksualnosti enaka definicije biseksualnosti mnogih biseksualnih aktivistk, pa v teoretičnem delu prikazujem, zakaj njun pomen enačim tudi sam.

Za globlje razumevanje vseh specifičnih dejavnikov, ki jih biseksualne osebe doživljajo in ki lahko vplivajo na njihovo duševno zdravje, nadaljujem s poglavjem nevidnosti in izbrisa biseksualnosti. Predsodki in stereotipi so dodatno orodje, s katerimi so biseksualne osebe potisnjene v nevidnost in prikazujejo osnovno disonanco v razmišljanju, da biseksualne osebe ne obstajajo, hkrati pa da so to osebe, ki so zmedene, promiskuitetne, lažnive ipd. Vse to predstavlja obraze bifobije v današnji družbi, ki jo opisujem kot iracionalni strah, nestrpnost in sovražen odnos do biseksualnih oseb. Vendar pa se diskriminacija ne konča pri bifobiji. Biseksualne osebe so namreč istočasno podvržene tudi vplivom homofobije, heteroseksizma in heteronormativnosti. Da postane celoten spekter diskriminacije do biseksualnih oseb še bolj razviden, pa opišem prakse monoseksizma, s čimer razumemo institucionalno diskriminacijo nemonoseksualnosti. Ni presenetljivo, da tako kot homoseksualne osebe tudi biseksualne osebe doživljajo ponotranjeno zatiranje, ki je posledica uspešne socializacije v moderno družbo. Zaradi bivanja v njej pa teoretiki opisujejo t. i. manjšinski stres, kjer kot glavne stresorje opisujem prav ponotranjeno zatiranje, poleg tega pa še stigmo in izkušnje z nasiljem. Opišem tudi, kako biseksualne osebe doživljajo višje stopnje spolnega in partnerskega nasilja kot lezbijke, geji in heteroseksualne osebe. Biseksualne osebe imajo tako skoraj trikrat večjo možnost doživljanja težav v duševnem zdravju, kot so močna depresija ali generalizirana anksiozna motnja, posttravmatska stresna motnja, samomorilne misli in samopoškodovanje, uporaba psihoaktivnih substanc za lajšanje težav in poskus samomora, za to v nadaljevanju predstavim najpogostejše od teh.

V metodološkem delu magistrske naloge opišem, kako sem se lotil empiričnega dela naloge, vrsto raziskave, potek zbiranja in analize vprašalnika, za katerimi sledijo rezultati in razprava. Z raziskavo tako pridobimo vpogled v sociodemografske podatke nemonoseksualnih oseb v Sloveniji in njihovo samooceno duševnega zdravja, ki je po pričakovanji, v večini odstotkov slabša od dobre, pri tem pa lahko opazimo tudi vpliv razkritja na duševno zdravje kot varovalni dejavnik po eni in dejavnik tveganja po drugi strani. Med tem ko so odstotki doživljanja težav v duševnem zdravju alarmantni, pa se kot še bolj zaskrbljujoče kažejo podatki, kjer nemonoseksualne osebe navajajo, da pri soočanju s težavami kot so samopoškodovanje, samomorilne misli in poskus samomora, v večini niso iskale podpore in pomoči ali pa za njihove težave in stiske ni vedela nobena oseba, kar je odlična iztočnica, ki jo naslovim v poglavjih sklepi in predlogi.