

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Špela Bavdaž

Naslov diplomske naloge: Vpliv heteronormativnosti na duševno zdravje istospolno usmerjenih

Kraj: Ljubljana

Leto: 2009

Št. strani: 124 **Št. grafov:** 28 **Št. prilog:** 2

Št. virov: 51

Mentorica: doc. dr. Mojca Urek

Deskriptorji: homoseksualnost, heteronormativnost, homofobija, nasilje, oblikovanje homoseksualne identitete, težave v duševnem zdravju, homofobija v službah duševnega zdravja.

Povzetek:

Heteronormativnost še vedno vlada družbi. Posledica heteronormativnosti je homofobija v vseh svojih oblikah: stopnjevanje od predsodkov, stigmatiziranja do nasilja vseh vrst. Dokaj nova kategorija je še manjšinski stres. Vse to vpliva na posameznika, ki je homoseksualec. Že sam proces oblikovanja homoseksualne (spolne) identitete je naporen za posameznika, homofobija pa stanje še bolj zaostri. Tuje raziskave ugotavljajo povezavo med homofobijo in povečanim tveganjem za težave v duševnem zdravju gejev in lezbijk.

Z raziskavo sem želela izvedeti, kako je s tem pri nas, kakšne težave v duševnem zdravju imajo geji in lezbijke in ali sami menijo, da so te težave posledica heteronormativnosti in homofobije. Zanima me tudi odnos strokovnjakov služb duševnega zdravja do homoseksualnih klientov. Njihovi odgovori lahko pomagajo socialnim delavcem in delavkam, da bi se bolje zavedali specifičnosti te populacije (torej večjega tveganja za težave v duševnem zdravju) in bi odpravili nekatere napake v svetovalnem odnosu, na katere so anketiranci opozorili.

Title: The effect of heteronormativity on homosexuals' mental health

Key words: homosexuality, heteronormativity, homophobia, violence, homosexual identity formation, mental health problems, homophobia in mental health jobs.

Abstract:

Heteronormativity still dominates the society. It results in all kinds of homophobia: from prejudices and stigmatization to all types of violence. A rather new category of violence is minority stress. All of these factors have an influence on a homosexual individual. For an individual, the homosexual (sexual) identity formation itself is a distressing process, but adding homophobia, the whole situation becomes even more stressful. According to foreign studies, there is a correlation between homophobia and a higher risk for mental health problems of gays and lesbians.

With my survey I tried to find out about the situation in Slovenia. I tried to get to know what kind of mental problems gays and lesbians face, and if they see them as a result of heteronormativity and homophobia. I am also interested in mental health workers' attitude towards their homosexual clients. Survey participants' answers can help social workers to improve their awareness of this population's specifics (higher risk for mental health problems), as well as to eliminate some of the mistakes in their counselling, mentioned by some of the survey participants.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**VPLIV HETERONORMATIVNOSTI
NA DUŠEVNO ZDRAVJE
ISTOSPOLNO USMERJENIH**

Mentor: doc. dr. Mojca Urek

Špela Bavdaž

Ljubljana 2009

Zahvala

Rada bi se zahvalila staršem in fantu za vso podporo pri študiju.

Zahvaljujem se tudi doc. dr. Mojci Urek za mentorstvo in koristne nasvete.

Posebna zahvala gre vsem tistim, ki so izpolnili vprašalnik ali odgovarjali na intervju.

PREDGOVOR

Z diplomsko nalogo poskušam osvetliti povezavo heteroseksizma in homofobije z duševnim zdravjem homoseksualcev. Najprej na kratko opišem družbene okoliščine, opredelim pojma heteroseksizem in homofobija ter predsodki, stigma, nasilje in manjšinski stres. V nadaljevanju se osredotočim na dogajanje v posamezniku, na proces oblikovanja homoseksualne identitete ter razkritje. Sledijo zdravstveni problemi kot posledica homofobije, omenjeni v tujih raziskavah, ter pripombe gejev in lezbijk glede odnosa svetovalcev do homoseksualnega uporabnika storitev.

Za temo diplomske naloge sem se odločila zaradi zanimanja za področje homoseksualnosti. Povezava z duševnim zdravjem (težave v duševnem zdravju kot posledica heteroseksizma in homofobije) je v tujini precej raziskana, pri nas pa te ugotovitve niso znane. Želela sem tudi preveriti, kako je to v Sloveniji, kako slovenski homoseksualci gledajo na ta problem oz. v kakšni meri obstaja pri nas. Ker se zavedam, da lahko obstajajo različne interpretacije te problematike, naj še enkrat poudarim, da me zanimajo težave v duševnem zdravju le v povezavi s heteroseksizmom in homofobijo, nikakor pa ni moj namen »iz homoseksualcev delati duševne bolnike«. (Tako se je glasila pripomba, ki sem jo dobronamerno prejela od ene anketiranke.)

Z raziskavo sem želela preveriti stanje v Sloveniji, kako homoseksualne osebe čutijo vpliv heteroseksizma na duševno zdravje. Zanimala me je predvsem pogostost duševnih stisk, od blažjih do resnejših, in njihova povezava s homofobnimi izkušnjami anketirancev. Vzorec vprašanih je bil neslučajnostni, zato tako pridobljenih podatkov ne moremo posplošiti. Moja raziskava je bila predvsem poizvedovalna.

KAZALA

KAZALO VSEBIN

PREDGOVOR.....	5
KAZALA	6
1. TEORETIČNI UVOD.....	9
1.1 DRUŽBENE OKOLIŠČINE.....	9
1.1.1 HETEROSEKSIZEM IN HOMOFODIJA	10
1.1.2 PREDSDODKI	13
1.1.3 STIGMA.....	14
1.1.4 NASILJE	15
1.1.5 MANJŠINSKI STRES	18
1.1.6 USTRAHOVANJE IN ZDRAVJE	20
1.2 OBLIKOVANJE HOMOSEKSUALNE (SPOLNE) IDENTITETE	21
1.2.1 ZAČETNE FAZE OBLIKOVANJA HOMOSEKSUALNE IDENTITETE	22
1.2.1.1 VIVIENNE CASS- ŠESTSTOPENJSKI MODEL NASTANKA IDENTITETE	22
1.2.1.2 KEN PLUMMER	24
1.2.1.3 RICHARD TROIDEN – KRIZA IDENTITETE.....	25
1.2.2 RAZKRITJE	28
1.2.2.1 RAZKRITJE PRED STARŠI.....	31
1.2.3 PO RAZKRITJU	32
1.3 ZDRAVSTVENI PROBLEMI — POSLEDICA HETEROSEKSIZMA	33
1.3.1 TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU.....	35
1.3.1.1 ANKSIOZNE MOTNJE	36
1.3.1.2 DEPRESIJA.....	37
1.3.2 SAMOMORILNE STISKE.....	40
1.3.3 SAMOPOŠKODOVANJE	43
1.3.4 MOTNJE PREHRANJEVANJA	45
1.3.5 ZLORABA SUBSTANC	50
1.4 IZKUŠNJE HOMOSEKSUALNIH OSEB Z SLUŽBAMI DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	52
2. RAZISKAVA.....	60

2.1	PROBLEM.....	60
2.2	METODA.....	60
2.2.1	VRSTA RAZISKAVE.....	60
2.2.2	SPREMENLJIVKE.....	60
2.2.3	VIRI PODATKOV	61
2.2.4	POPULACIJA IN VZOREC	61
2.2.5	ZBIRANJE PODATKOV	61
2.2.6	OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	62
3.	REZULTATI (UGOTOVITVE)	62
4.	RAZPRAVA	95
5.	SKLEPI	101
6.	PREDLOGI	102
7.	LITERATURA.....	103
8.	POVZETEK.....	109
9.	PRILOGE.....	111

KAZALO GRAFOV

Graf 1.....	62
Graf 2.....	63
Graf 3.....	66
Graf 4.....	68
Graf 5.....	69
Graf 6.....	71
Graf 7.....	72
Graf 8.....	73
Graf 9.....	74
Graf 10.....	75
Graf 11.....	76
Graf 12.....	77
Graf 13.....	78
Graf 14.....	79
Graf 15.....	80
Graf 16.....	81
Graf 17.....	82
Graf 18.....	83
Graf 19.....	84
Graf 20.....	85

Graf 21.....	86
Graf 22.....	87
Graf 23.....	88
Graf 24.....	89
Graf 25.....	90
Graf 26.....	91
Graf 27.....	92
Graf 28.....	93

1. TEORETIČNI UVOD

1.1 DRUŽBENE OKOLIŠČINE

Heteroseksualnost, ali bolje heteroseksualna normativnost, je vseprisotna in – paradoksalno! – nevidna prav zato, ker se nenehno, vsakodnevno uprizarja. Družbeno življenje in javni prostori nikakor niso seksualno nevtralni, ulica je heteroseksualizirana, delovno mesto prav tako, da velikih in drobnih ritualov vsakdanjosti niti ne opazimo. Samoumevnost kake družbene norme postane razvidna šele tedaj in tistim, ki jo kršijo ali so obtoženi, da jo kršijo. (Kuhar 2005: 9)

Kot ugotavljajo teoretiki je mogoče, da se družbeni vplivi na vsakdanje življenje posameznikov in posameznic vse bolj zmanjšujejo. A to ne pomeni, da jih je moč popolnoma prezreti. Na vsakdanje življenje lezbijk in gejev namreč še kako pomembno vpliva dejstvo, da živijo v družbi, kjer je heteroseksualnost še vedno prevladujoča norma. (Kuhar 2005: 47)

Heteronormativnost je torej institucionalizirana kot oblika prakse in odnosov. Kaže se kot nekaj naravnega, normalnega, fiksne in stabilne. Prek nje razumemo, vrednotimo in vidimo tako rekoč vse vidike družbenega življenja. (Kuhar 2005: 49)

Rezultati različnih raziskav kažejo, da je dinamika odnosov med istospolno usmerjenimi in predstavniki večine v družbi, ki temelji na heteroseksualnih ideoloških načelih, zelo kompleksna in v veliki meri negativna.

Že podatki raziskav SJM (slovenskega javnega mnenja), ki so bile opravljene od leta 1992 do 2001, dovolj zgovorno pričajo o klimi, znotraj katere morajo istospolno usmerjeni živeti in izražati svojo spolno identiteto. Leta 2000 se je 55,1 % anketiranih izreklo, da homoseksualcev ne bi imeli za svojega soseda. Predsodki in stereotipi o tem, da so homoseksualci družbi in posameznikom nevarni in da se jim je treba zaradi njihovega stila življenja izogibati, so torej v slovenski družbi izjemno močni. Močni so tudi predsodki, ki jih do istospolno usmerjenih čuti slovenska mladina. Leta 2000 se je 36 % mladih izreklo proti homoseksualnosti, češ da je nikoli ne moremo upravičiti. (Pirnar 2006: 141)

Takšni podatki so vse prej kot izraz razumevanja, sprejemanja in strpnosti slovenske heteroseksualne družbe, ko je govor o istospolno usmerjenih, ki so prisiljeni živeti v takšnih razmerah in zavoljo stigmatiziranosti svoje spolne identitete podvrženi marginalizaciji in različnim oblikam diskriminacije. Rezultati raziskav *Razkritje med istospolno usmerjenimi v*

Sloveniji in Diskriminacija na osnovi spolne usmerjenosti sta pokazali, da so istospolno usmerjeni v Sloveniji močno zaskrbljeni nad takšnim stanjem v slovenski družbi. Kar 76,5% vprašanih je v anketi Razkritje menilo, da večina ljudi čuti odpor do istospolno usmerjenih, 59,1 % pa je prepričanih, da so istospolno usmerjeni v Sloveniji diskriminirani na delovnem mestu, v šoli in v drugih ustanovah. (Pirnar 2006: 142)

Koncept heteronormativnosti v dobršni meri odgovori na vprašanje o nujnosti razkritja homoseksualne identitete, ki se pogosto pojavlja v javnem popularnem diskurzu. Bolj ko je heteronormativnost samoumevna, večja je potreba po razkritju ne-heteroseksualne identitete. (Kuhar 2005: 49)

1.1.1 HETEROSEKSIZEM IN HOMOFBIJA

Pojem homofobija se uporablja za opisovanje individualnih antigejevskih drž in obnašanj, medtem ko se heteroseksizem nanaša na družbene ideologije in vzorce institucionalnega zanikanja neheteroseksualnih ljudi. (Denša 2004: 42 po Hunter 98: 22)

Jelka Zorn pravi, da bi z vidika lezbičnega ali gejevskega načina življenja lahko družbeno klimo, v kateri živimo, označili kot heteroseksistično in homofobično. Pod izrazom »družbena klima« imamo v mislih razne predsodke in stereotipe o lezbijkah in gejijh, kot tudi druge diskurze družinskega, medijskega, šolskega, pravnega. (Zorn 1998: 139)

Heteroseksizem predpisuje heteroseksualnost kot edino legitimno in priznano obliko seksualnosti in ne priznava nobene druge možne alternative. Ta norma je tako prodorna, da je heteroseksizem težko prepoznati kot takega: starši avtomatično pričakujejo, da se bodo njihovi otroci poročili z osebo nasprotnega spola in imeli znotraj te enote otroke; učitelji in učiteljice mislijo, da so vsi učenci in učenke heteroseksualni in učijo stvari, ki zadevajo le heteroseksualnost – to so primeri heteroseksizma. (Zorn po Levy 2000: 22)

Heteroseksizem ni univerzalen, temveč je družbeno pogojen, zato je povezan tudi z drugimi strategijami podreditve, kot so razred, spol, generacija in rasa. (Denša 2004: 41)

Ljudje se ne rodimo homofobični ali heteroseksistični. Odnos, taka drža se vzpostavi šele preko interakcij z drugimi, kot so družina, družinski člani, učitelji, prijatelji. Drže so naučene

preko neposrednega opazovanja in posnemanja oseb, ki otroku predstavljajo vzgled. Homofobična ali heteroseksistična drža je torej naučena, oblikovana in se vzdržuje preko komunikacije. (Denša 2004: 33)

Dejstvo je, da heteroseksualnost velja za prioriteto, superiorno in edino sprejemljivo seksualnost, za nekaj, kar je večvredno v primerjavi s homoseksualnostjo. Heteroseksualci imajo dostop do heteroseksualnih privilegijev, ugodnosti za ženske in za moške, ki so heteroseksualni, kot npr. pridobitev družbene veljavnosti zaradi povezanosti s partnerjem drugega spola, družbeno in družinsko obravnavanje in sprejemanje, materialna varnost, zakonska in fizična zaščita (Zorn po Levy 2000: 23).

Homofobija je posledica heteroseksizma. Je persistenten in iracionalen strah in nestrpnost pred homoseksualnostjo. Ne vsebuje samo iracionalnega strahu (je torej posledica predsodkov, ne pa izkustvenega strahu), ampak tudi elemente sovražstva; homofobična oseba čuti odpor in sovražstvo do homoseksualcev in se pogosto obnaša v skladu s temi čustvi.

Mnogo ljudi vsakodnevno izvaja ali izkusi različne oblike homofobije, čeprav se tega ne zavedajo, saj so sprejeli in ponotranjili negativna stališča do lezbičnosti in homoseksualnosti na osebni ravni. (Velikonja 1998)

Ena od oblik homofobije je izražena skozi besedno agresivnost, fizično nasilje in drugačne vrste diskriminacije do gejev in lezbijk. Druga oblika homofobije je strah do tega, da bi te kdo označil kot geja ali lezbijko. Tretja oblika je strah pred lastno lezbičnostjo ali homoseksualnostjo. (Velikonja 1998)

Homofobija je lahko iracionalna ali racionalna. Iracionalna homofobija je posledica popolne socializiranosti v heteroseksističnem svetu, je zavračanje in sovražnost do vsega, kar posega v črno-belo podobo spolov. Racionalna homofobija pa je načrtna, pogosto tudi organizirana aktivnost, usmerjena v zatrtje lezbičnosti in homoseksualnosti. Obe vrsti homofobije sta pravzaprav obliki izvajanja socialnega nadzora (Velikonja 1998).

Prisotna je tako na družbeni kot osebni ravni. Na osebni pomeni sprejemanje negativnih družbenih stališč do homoseksualcev. Družba pripiše stigmo, posameznik pa jo ponotranji.

Zaradi heteroseksizma in homofobije nekatere lezbijke in geji težko razvijejo pozitivno samopodobo. Negativna stališča do homoseksualnosti so tudi del socializacije homoseksualcev. Ponotranjili so vladajoči sistem vrednot in sprejeli tudi sovraštvo do homoseksualcev, torej do samega sebe. Samosovraštvo je prva reakcija na negativna družbena stališča. Druga je lahko sovraštvo do družbe in morebitna želja po maščevanju.

Homofobija torej pomeni tudi to, da je mnogo ljudi (homoseksualcev in heteroseksualcev) obsedenih s tem, da dokažejo, da so res heteroseksualni. To počnejo preko pretiranega stereotipnega igranja moških/ženskih vlog in so obsedeni s heteroseksualnim seksom, ki vodi v posilstvo, spolne zlorabe, fobičnosti o seksu, promiskuitete, k spolno prenosljivim boleznim, mladoletnim nosečnostim, zgodnjim porokam in visoki stopnji razvez. Seks postane odvisnost in nekateri ljudje zaradi nizke samopodobe in samozavesti uporabljajo seks kot metodo »soočanja« (»coping«). (Denša po Jan 2004: 35)

Zaradi homofobičnih pritiskov homoseksualna oseba doživi razkol med svojo naravno seksualno izbiro in tem, kaj se družbeno od nje pričakuje. Tako homoseksualne osebe same sebe vidijo kot inferiorne, in to vse do meje, točke, ko postane sprejemanje samega sebe zelo težavno. Sprejmejo stigmo, ki so jo privzeli od drugih, brez da bi se zavedali, da so v resnici zatirani, da jih družba izloča, potiska na margino. Kar je najhujše, pa je dejstvo, da to sprejemajo z opravičevanjem, kot da so si to zaslužili. (Denša po Pink Triangle Services Pamphlet Ottawa 2004: 36)

Še vedno večina ljudi v družbi verjame, da je za manjšino molk najboljša strategija in socialna smrt najzanesljivejša oblika preživetja. To prepričevanje je najbolj zvita oblika homofobne strategije, ki sporoča naslednje: če bomo glasno protestirali, bosta najprej na tapeti naša verodostojnost – zahteva, da se kritično zazremo vase in se trikrat prepričamo, ali smo bili res prikrajšani zaradi svoje spolne usmerjenosti ali pa svojo drugačnost le nesramno izrabljamo za to, da bi si prilastili časti in privilegije. In taka javna homofobična drža krepi ponotranjeno homofobijo samih lezbijk in gejev, ki znajo zato še mnogokrat popustiti strukturnemu nasilju družbe: verjeti določenim psihiatrom/injam, da je homoseksualna usmerjenost »motnja«, ki jim povzroča dodatne težave, če že ni vir norosti; popustiti staršem, se prilagoditi vrstnikom, ki jih izključujejo; se pustiti prepričati, da so geni tisti, ki so jih »zafrknili«, in se v primerih

diskriminacije raje objektivno ali pa za vsak primer postavili na stran večinske »normalnosti«.

(Denša po Tratnik 2004: 43)

Splošne razlage homofobije ne obstajajo, obstaja le ogromno možnosti njenega izražanja.

(Velikonja 1998)

1.1.2 PREDSDODKI

Definicija predsodkov je prevzeta iz socialne psihologije, ki predsodke definira kot *vrsto stališč, ki niso upravičena, argumentirana in preverjena, hkrati pa jih spremljajo intenzivne emocije, sama stališča pa so odporna na spremembe.* (Gruden 1994: 25)

Predsodki so povsod, na vseh področjih družbenega življenja – v medijih, politiki, znanosti, kulturi, javnem govoru, pravnem diskurzu, državnih ... Da se lahko razvijajo, potrebujejo za svoj obstoj simbolni sistem, besede, govor, šale, fraze, geste in ustrezne interpretacije in kodiranja, ki temeljijo na socialnih interakcijah med ljudmi. (Denša 2004: 27)

Neprijetna lastnost predsodkov je, da hitro postanejo družbeno vezivo množic, da se širijo kot virusi in lahko dobijo epidemične razsežnosti. Tedaj se predsodki spremenijo v orodje agresije, so napoved linča, opravičilo vsakovrstnih diskriminacij, preganjanja, izginjanja ali prepuščanja ogroženih skupin njihovi usodi (Nastran Ule 1999: 299).

Ločimo dva izvora predsodkov (Gruden 1994: 27):

1. Prvi izvor ima korenine v osebnosti posameznika. Tak človek si ne zaupa, sčasoma se nakopiči nezadovoljstvo, ki mu sledi agresivnost, le-to pa je prisiljen izraziti. Predsodki so sredstvo, s katerim poskuša individuum ublažiti svoje osebne težave. Večina teh predsodkov izvira iz otroštva – družina kot primarna socializacijska institucija velja tudi kot bistven socializacijski model pri nastajanju predsodkov. Mnoge raziskave so pokazale, da obstaja močna korelacija v predsodkih med starši in otroci. Starši predstavljajo otrokom model, po katerem ti izoblikujejo lastno obnašanje. Znano je, da imajo starši v zgodnjem otroštvu neomejen vpliv na otroke. Na ta način se prenašajo tudi spolni predsodki, iz generacije v generacijo.

2. Drugi izvor pa je posledica konformiranja z mnenjem okolja, v katerem posameznik živi.

Predsodki in stereotipi o istospolno usmerjenih ljudeh so institucionalizirani in vgrajeni v obstoječo strukturo. Ker večina ljudi družbena prepričanja o homoseksualnosti, homoseksualcih ponotranji, jih vzame za svoja in je prepričana, da je homoseksualnost nekaj slabega (Zorn 1998: 139).

Allport je izdelal lestvico predsodkov, ki je sestavljena iz treh stopenj. Vsaka naslednja stopnja povečuje intenziteto prejšnje stopnje predsodkov (Davies po Allportu 1996: 43):

1. verbalno zavračanje: odprto verbalno nemarjanje lezbijk, gejev, biseksualcev; šale na račun lezbijk, gejev; uporaba različnih zmerljivk (*buzi, toplovodar, peder*);
2. diskriminacija: zanikanje enakopravnosti, npr. v izobrazbi, zaposlitvi, v najemanju stanovanj;
3. fizični napadi: npr. pretepanje in umori gejev; posilstva lezbijk in gejev.

Raziskave, opravljene v zadnjih nekaj letih, so pokazale, da se v nasprotju z drugimi »izločenimi« skupinami ljudi, prezir in sovraštvo do lezbijk in gejev še vedno odprto izraža, in to z minimalnim socialnim neodobravanjem. Osebna in institucionalna sovražnost in netoleranca do lezbijk in gejev ni samo sprejeta, ampak tudi pričakovana. (Denša 2004: 32)

1.1.3 STIGMA

Stigma predstavlja življenjski pogled: skupek osebnih in družbenih konstruktov, socialnih zvez in socialnih odnosov, obliko družbene realnosti. Stigma je reduciranje posameznika na posebnost, ki ga dela različnega od pripisane kategorije. Pripisana socialna identiteta prevlada nad njegovo resnično in pravo identiteto. Posameznik te identitete noče, vendar se je ne more znebiti, dokler tega na stori okolje, ki to identiteto proizvaja.

Goffman navaja, da je »stigma enaka nezaželeni drugačnosti«. Ko Goffman omenja stigo, omenja tudi domnevo, da je mogoče potencialno stigmatizirati vse človeške razlike (Nastran Ule 1999: 198-199).

Stigma ima pogosto za posledico posebno vrsto mobilnosti navzdol. Del moči stigmatizacije je v spoznanju, da ljudje, ki so stigmatizirani ali pridobijo stigo, izgubijo svoje mesto v

družbeni hierarhiji. Posledica je, da si večina ljudi prizadeva, da bi pripadala nestigmatizirani večini. To pa potem znova vodi v novo stigmatizacijo (Nastran Ule 1999: 200).

Stigmatizirane predstave in ideje o homoseksualnosti ne vplivajo zgolj na (homofobične) reakcije ljudi, ki se odzivajo na geje in lezbijke v svoji okolici, pač pa te predstave pomembno zaznamujejo tudi same lezbijke in geje. Socializacija v družbi, kjer agenti socializacije ne posredujejo informacij o istospolni usmerjenosti ali pa so te informacije stigmatizirane, ustvarja plodna tla za internalizirano homofobijo. Gre za strah pred samim seboj, pred svojimi seksualnimi željami, vedenji, identitetami, kar povzroči različne oblike nasilja nad samim seboj. (Kuhar 2005: 123)

Posameznik lahko krivi stigmo za vse svoje neuspehe, lahko ga stigma celo sili v dejanja, ki mu pomenijo uspeh (npr. poroka z nestigmatizirano osebo). Pri drugih vedno znova naleti na neodobravanje in sovražnost, kar pripelje do razcepljenosti med podobo o samem sebi in zahtevami družbe in to se lahko spremeni v samosovraštvo in samoponiževanje. Stigmatizacija lahko vodi v nadaljnje propadanje osebnosti, v sumničavost, depresijo, sovražnost.

Goffman govori o dveh drastičnih načinih reagiranja stigmatiziranega človeka: skrivanje, poskus biti čim bolj neopazen ter izzivanje, predrznost in hvalisanje. (Kuhar 2001: 146)

1.1.4 NASILJE

V vsakdanjem življenju gejev in lezbijk v Sloveniji je nasilje vseskozi prisotno. Ne izraža se samo v dejanskem psihičnem in fizičnem nasilju, ampak predvsem kot konstanten strah pred nasiljem. Nasilje ali strah pred nasiljem istospolno usmerjene posameznice in posameznike spremljata tako rekoč vse življenje. (Kuhar 2005: 11)

Najbolj nevarni prostor tako za lezbijke in geje je javni prostor (ulica, bari in podobno), najpogostejši storilci nasilnih dejanj pa neznanci. Raziskava Kuharja in Švabove iz leta 2005 hkrati nakazuje, da je geografija homofobičnih dejanj spolno zaznamovana; lezbijke so pogostejše kot geji žrtev nasilnih dejanj v zasebnosti. Medtem ko so geji kot pogoste storilce nasilnih dejanj navajali svoje sošolke in sošolce (30,3 %), so lezbijke v teh kontekstih najverjetneje spet bolj nevidne. Po drugi strani pa lezbijke veliko pogostejše doživljajo različne oblike nasilja znotraj družinskih ali sorodstvenih odnosov kot geji. Če je nasilje nad moškimi

bolj transparentno (javno), je nasilje nad ženskami pogosto skrito ali prikrito. (Kuhar 2005: 119)

Wayne D. Myslik ugotavlja, da je nasilje nad geji in lezbijkami hkrati pogosto oblika dokazovanja statusa posameznika znotraj mladostniških skupin in celotne skupine v določeni skupnosti. Nasilje nad homoseksualci tako ni le izraz posameznikove nestrpnosti, pač pa predvsem posledica družbene nestrpnosti in kulturnega heteroseksizma, ki dovoljuje tovrstna dejanja, njihove posledice pa bistveno blaži. (Kuhar 2005: 122)

Hkrati vsak napad na lezbijke ali geje na ulici reproducira in ponovno vzpostavlja javni prostor kot heteroseksualni prostor. (Kuhar 2005: 120)

Raziskava o diskriminaciji na osnovi spolne usmerjenosti, ki sta jo leta 2001 pripravili lezbična sekcija Škuc-LL in ILGA-Europe, je pokazala, da je bil homofobnega nasilja ali nadlegovanja deležen vsak drugi gej ali lezbijka. Vsak peti je bil deležen nadlegovanja zaradi spolne usmerjenosti na delovnem mestu. Vsaka dvanajsta lezbijka ali gej sta bila poslana na psihiatrično zdravljenje, približno isto število je imelo zaradi spolne usmerjenosti težave z zdravstvenimi storitvami ali ob reševanju stanovanjskega problema.

Raziskava Kuharja in Švabove (2005) je ta rezultat potrdila. 53 % vprašanih je potrdilo, da so bili zaradi svoje spolne usmerjenosti že žrtev nasilja. Med tistimi, ki so bili žrtev nasilja in so to tudi prepoznali kot nasilje, ni statistično značilnih razlik med spoloma. Poznamo tri osnovne oblike nasilja: psihično, fizično in spolno. Najpogostejša oblika nasilja, ki jo doživljajo geji in lezbijke, je v 91 % primerov psihično nasilje, sledi fizično nasilje (24 %) in spolno nasilje (6 %). (Kuhar 2005: 118)

Če pogledamo porazdelitev doživljanja nasilja glede na spol, ugotovimo, da ženske v več primerih doživljajo psihično nasilje kot moški, le-ti pa pogosteje od žensk doživljajo fizično nasilje. (Kuhar 2005: 117)

Kot žrtve psihičnega nasilja v obliki žaljivk in zmerljivk so geji in lezbijke pogosto zreducirani na seksualni objekt. Prek podobe te seksualnosti je v njih projicirana celotna paleta stereotipnih predstav, poenostavljenih »znanstvenih« idej o homoseksualnosti (kot na primer psihične bolezni), predstave o izprijenosti ali grehu in o njih kot spolnih perverznejših, skratka: v njih je projicirana seksualna sramota. Redukcija na seksualni objekt povzroča pri

ljudeh vrsto zadržkov v medosebnih odnosih, ki jih prej, pred razkritjem določene osebe, niso poznali. (Kuhar 2005: 123)

Po raziskavi *Razkritje med istospolno usmerjenimi v Sloveniji* je bilo kar 17 % anketiranih žrtev fizičnega nasilja, veliko več, kar 72 %, pa jih je izkusilo besedne napade. Medtem ko so bili fizičnemu nasilju bolj izpostavljeni moški, tega za besedno nasilje ne moremo trditi. Starejši od 25 let so veliko bolj podvrženi diskriminaciji kot mlajši, kar se je pokazalo predvsem v primeru besednega nasilja. Raziskavi *Razkritje med istospolno usmerjenimi v Sloveniji* in *Diskriminacija na osnovi spolne usmerjenosti* nakazujeta, da je veliko istospolno usmerjenih izpostavljenih nasilju v krogu znancev, prijateljev, sodelavcev in družinskih članov. Kot ugotavlja Velikonja, je s tem (vsaj na področju Slovenije) spodkopan mit o tem, da se stopnja nasilja znižuje z razbijanjem osebne distance do gejev in lezbijk. (Pirnar 2006: 142)

Ugotovitve raziskav so tudi pokazale, da je napadov na geje in lezbijke več od povprečja, da ni razlike glede prijavljanja nasilja s strani gejev in lezbijk ter splošne populacije, da je zadovoljstvo s policijskim odzivom nižje od povprečja in da obstaja potreba po večjem razumevanju policije do gejevske in lezbične skupnosti. Četudi policija izkazuje relativno strpnost do homoseksualnosti, pa je tekoče usposabljanje o homoseksualnosti in zločinih iz sovraštva nujno. Prav tako obstaja tudi pomanjkanje podpornih služb za geje in lezbijke, žrtve nasilja, ter raziskav o nasilju nad gejevsko in lezbično populacijo.

141. člen Kazenskega zakonika RS že od leta 1995 prepoveduje in kaznuje kršitve enakopravnosti oziroma razlikovanje na podlagi spolne usmerjenosti. Kljub temu je že omenjena raziskava lezbične sekcija ŠKUC-LL in ILGA-Europe iz leta 2001 pokazala, da je 49,4 odstotka gejev in lezbijk že izkusilo nasilje ali nadlegovanje zaradi istospolne usmerjenosti. Med tistimi, ko so bili žrtve nasilja, jih je 60 % bilo napadenih ali nadlegovanih večkrat. 85,9 % anketiranih ni prijavilo prekrška policiji. (Velikonja 2004)

Grožnja nasilja v javnem prostoru botruje privatizaciji vsakdanjega življenja gejev in lezbijk. V javnem prostoru, kaže raziskava Kuharja in Švabove, lezbijke in geji prevzamejo določeno mero mimikrije, s katero se želijo zavarovati pred možnim nasiljem, ki so ga, na primer, na ulici lahko deležni, če se s svojim partnerjem oziroma partnerko držijo za roke. Javni prostor v tem pogledu ohranja močne okvire heteronormativnosti, kjer so vsi znaki homoseksualnosti še vedno močno stigmatizirani, ali z uporabo nasilja zatrti. Javni prostor je tisti prostor, kjer

lezbijke in geji v Sloveniji prav gotovo le stežka organizirajo svoje življenje zunaj klozeta. (Kuhar 2005: 51)

Nekateri respondenti in respondentke omenjene raziskave Kuharja in Švabove so omenjali, da je nasilje, ki so ga zaradi družbenega pritiska k »normalnosti« izvajali sami nad seboj, neprimerljivo z vsemi drugimi oblikami nasilja, ki so ga sicer izkusili zaradi svoje istospolne usmerjenosti. Če ti družba kar naprej sporoča, da si bolan, iztirjen, da nisi normalen, potem lahko začneš verjeti v to podobo, ki postane resnična predvsem v svojih posledicah. To pomeni, da so nekateri geji in lezbijke, predvsem v začetnih obdobjih spoznavanja svoje istospolne usmerjenosti, z različnimi oblikami nasilja nad samim seboj želeli postati »normalni« oziroma družbeno sprejemljivi. (Kuhar 2005: 124)

1.1.5 MANJŠINSKI STRES

Manjšinski stres je posledica homofobije in heteroseksizma. Definiran je kot kronični stres, ki je rezultat življenja v heteroseksistični družbi, ki stigmatizira istospolno usmerjene ljudi. Izmerjeni so bili trije tipi manjšinskih stresorjev (Denša po Hunter 1998: 32):

1. Internalizirana homofobija: kar pomeni, da geji, lezbijke negativni odnos, ki ga izraža družba do njih, usmerjajo vase.
2. Stigma: gre za pričakovana zavračanja in diskriminacijo.
3. Dejanska konfrontacija z diskriminacijo in nasilje

Druga dela, predvsem psihološke raziskave na področju razkritja, so opozorila, da je pomemben vsaj še en stresor: zamolčanje spolne usmerjenosti. Skrivanje spolne usmerjenosti lahko razumemo kot proksimalen stresor. (Meyer 2007)

Stres je fiziološki, psihološki in vedenjski odgovor posameznika, ki se poskuša prilagoditi notranjim in zunanjim dražljajem (stresorjem), stresor pa je dogodek, oseba ali predmet, ki ga posameznik doživi kot stresni element in povzroči stres. Stresor začasno zamaje posameznikovo ravnovesje in stres je povsem normalno odzivanje na to dogajanje.

Stres in dejavniki stresa niso za vse ljudi enaki in enako težko (ali lahko) rešljivi.

Določajo jih posameznikova osebnost, njegove izkušnje, koliko energije ima, okoliščine, v katerih se pojavijo, ter širše in ožje okolje, v katerem živi. (Drnovšek et al. 2006: 8)

Manjšinska identiteta je povezana z vrsto stresnih procesov: lezbijke in geji bodo morda npr. pazljivi v interakcijah z drugimi (zaradi pričakovane zavrnitve), skrivali svojo identiteto zaradi strahu in škode (zamolčanje) ali ponotranjili stigmo (internalizirana homofobija).

Podlaga za model manjšinskega stresa ne izvira iz ene teorije, termin »manjšinski stres« ni splošno rabljen. Model manjšinskega stresa je izpeljan iz več socioloških in socialno psiholoških teorij. Relevantne teorije razpravljajo o neželenih posledicah socialnih okoliščin, kot so predsodki in stigma, na življenje prizadetih posameznikov in skupin. Socialni teoretiki so preučevali odtujenost od socialnih struktur, norm in institucij. Pomembnost socialnega okolja je bila ključna za Durkheimovo študijo (1951) samomora. Durkheim pravi, da ljudje potrebujejo moralne ureditve, določene od družbe, da bi zadovoljili svoje lastne potrebe in prizadevanja. Občutek nenormalnosti, pomanjkanje socialne kontrole in odtujitev lahko privedejo do samomora, ker osnovne socialne potrebe niso zadovoljene.

Ni soglasja o specifičnih stresnih procesih, ki vplivajo na homoseksualne ljudi, vendar psihološka teorija, literatura o stresu in raziskava o zdravju te populacije ponujajo nekaj idej za model manjšinskega stresa.

Crocker et al. (1998) so opazili razliko med objektivno realnostjo, ki vključuje predsodke in diskriminacijo, in »psihičnim stanjem, ki ga izkušnja stigme lahko ustvari v stigmatiziranih«. Opazili so, da imajo »psihična stanja izvore v realnosti stereotipov, predsodkov in diskriminacije«.

Moderni avtorji pravijo, da se člani manjšine odzivajo na predsodke s pozitivnim soočanjem (»positive coping«), ki je zelo pogosto in je zanje tudi koristno. Skozi proces razkritja se geji in lezbijke naučijo soočati s stresom in premagati njegove slabe posledice. Za manjšine so pomembni viri, kot sta npr. skupinska solidarnost in kohezivnost, ki ščitijo člane manjšine pred nezaželenimi vplivi manjšinskega stresa na duševno zdravje.

Meyer je predlagal model manjšinskega stresa, ki razloži večjo razširjenost težav v duševnem zdravju zaradi prevelikega števila socialnih stresorjev, povezanih s stigmo in predsodki. Študije demonstrirajo, da so socialni stresorji povezani z težavami v duševnem zdravju gejev in lezbijk. Dokazi iz dveh primerjajočih skupin jasno kažejo, da v lezbični in gejevski populaciji obstaja večja razširjenost psihiatričnih motenj kot v heteroseksualni populaciji. (Meyer 2007)

Garnets opisuje številne posledice v duševnem zdravju zaradi diskriminacije, napadov in samokrivde:

1. diskriminacija lahko vodi v občutke žalosti, utesnenosti, v občutke, da je življenje težko in nepravilno;
2. napadi in druge oblike nasilja (grožnje, fizičnimi napadi, verbalno obrekovanje) se lahko kažejo v občutkih lastne izgube, zavrnitve, ponižanja in depresije;
3. samokrivda se lahko odraža v čustvih, občutkih, da si upravičeno kaznovan zaradi lastne spolne usmerjenosti, kar lahko vodi v depresijo in občutke nemoči;
4. Drugi omenjeni distresorji so med drugim še motnje spanja, glavoboli, razburjenost, nemirnost; nekateri izmed gejev in lezbijk izkusijo toliko psiholoških distresorjev, da poskušajo potlačiti svojo istospolno usmerjenost ali pa želijo, da bi bili heteroseksualni in sami sebe izolirajo iz lezbične in gejevske skupnosti. (Hunter 1998: 32)

1.1.6 USTRAHOVANJE IN ZDRAVJE

V tuji literaturi je ustrahovanje (ang. *bullying*) zelo izpostavljeno, zato sem ga sklenila omeniti oz. nanj opozoriti.

Anketa med mladimi lezbijkami in geji v Londonu je pokazala, da jih je 47 % izkusilo nadlegovanje ali fizično zlorabo v šoli, 83 % pa jih je doživelo verbalno nasilje.

Preveč srednješolskih homofobičnih odnosov med učenci ostane neopaženih. Problem je mešanica uporabe slabšalnih terminov glede homoseksualnosti v vsakdanjem jeziku v šoli in pasivnost šolskega osebja glede tega.

Posledice ustrahovanja pa lahko trajajo celo življenje. Vemo, da imajo žrtve kakršnegakoli ustrahovanja slabše zdravstveno stanje, povečano obolevnost in umrljivost. Običajno so posledice ustrahovanja zmanjšano zaupanje in samospoštovanje, žrtev se odmakne, postane živčna, zmanjša se sposobnost koncentracije, zmanjšana uspešnost v šoli, neopravičeno izostajanje od pouka, strah pred šolo in poskus samomora. Obstaja tudi povezava med ustrahovanjem in posttravmatičnim stresom.

Dolgoročno lahko posledice ustrahovanja vodijo k težavam v duševnem zdravju; depresiji, anksioznosti, nizkemu samospoštovanju, občutkom krivde, sramu, socialni izolaciji, strahu pred spoznavanjem neznanih ljudi, psihosomatskimi simptomi, agorafobijo, napadom tesnobe

in izjemni plašnosti. Raziskave kažejo, da vsi, storilci in žrtve, kažejo vrsto vedenjskih težav in psihološki problemov.

Več študij v Veliki Britaniji in Združenih državah Amerike kaže, da je v šolah 37 % mladih lezbijk in gejev žrtev ustrahovanja. Raba homofobičnih izrazov je ena najpogostejših oblik homofobičnega ustrahovanja, geji in lezbijke so jo najvišje ocenili kot stigmatizirajočo in zmerljivo.

Te študije kažejo, da je homofobično verbalno nasilje običajno in večinoma nenadzorovano. Pogosto je uporabljeno nenamerno in z različno silo. Problem je že v tem, da se mladi ljudje ne zavedajo morebitne storjene škode, ki jo povzročijo lezbijkam in gejem. (Scott et al. 2004) Geji v šolah niso večje žrtve ustrahovanja od heteroseksualnih mladostnikov, a tisti geji, ki so žrtve, so le-te zaradi svoje spolne usmerjenosti. (King et al. 2003)

Viktimizacija in izoliranost imata dokazan vpliv na izobrazbo lezbičnih in gejevskih dijakov in dijakinj: tvegajo nizke akademske dosežke in/ali opustitev šolanja ob prvi priložnosti, da pobegnejo sovražnemu okolju. To vodi v navpično spiralo do slabših zaposlitvenih možnosti, nižjega dohodka in revščine. (Scott et al. 2004)

1.2 OBLIKOVANJE HOMOSEKSUALNE (SPOLNE) IDENTITETE

Termin *spolna identiteta* se nanaša na izoblikovanje, sprejetje in udejanjanje družbenih vlog pri posameznici in posamezniku. Razvoj homoseksualne identitete nastaja v času pred prvim razkritjem. Ko je razkritje udejanjeno, pospeši njen razvoj in jo z nadaljnjimi razkritji okrepi. Nastanek, izoblikovanje, realizacijo in sprejemanje ovirajo družbeni pritiski in kontrola, homofobija, popačene in vulgarizirane predstave o homoseksualnosti, ki ne ustrezajo družbenim predstavam in pričakovanjem o moškosti in ženskosti, ter izostanek skoraj vsakršnih pozitivnih modelov homoseksualnih vlog. (Kuhar 2001: 139)

Izsledki raziskave Kuharja in Švabove (2005) so potrdili, da je v oblikovanju osebne identitete istospolna usmerjenost kot družbena identiteta močno zaznamovala osebne identitete gejev in lezbijk kot posameznikov in posameznic. Do zaznamovanosti prihaja predvsem zaradi heteronormativnega okolja, v katerem te identitete nastajajo in kjer so še vedno do določene mere stigmatizirane. (Kuhar 2005: 49)

1.1.1. ZAČETNE FAZE OBLIKOVANJA HOMOSEKSUALNE IDENTITETE

1.2.1.1 VIVIENNE CASS- ŠESTSTOPENJSKI MODEL NASTANKA IDENTITETE

V času pred nastopom prve stopnje je posameznik prepričan, da je heteroseksualec in v naravo te identitete ne podvomi, saj je to družbeno pričakovana identiteta.

1. faza oblikovanja homoseksualne identitete je *konfuzija posameznikove identitete*.

Povzročajo jo homoseksualna občutenja in razumevanje teh občutenj kot homoseksualnih. (Kuhar 2001: 147)

Barry M. Dank, ki je med prvimi raziskoval fenomen razkritja homoseksualne spolne usmerjenosti, ugotavlja, da je posameznik, ki občuti spolno navezanost na isti spol, najpogosteje prikrajšan za ustrezen besednjak, ki bi mu zadovoljivo uspel razložiti njegova občutja. V raziskavo vključeni homoseksualci se tako iz svojega otroštva in mladosti spominjajo občutij drugačnosti, ki pa jih niso znali poimenovati in so jim kot taka zbujala občutke krivde. Vdor homoseksualnosti v mainstream medije in podobno posameznikom, ki se srečujejo s homoseksualnimi občutji, bolje kot kdaj koli prej ponuja, če uporabimo Dankov izraz, besednjak za opis lastnih občutij. Posameznik začne razmišljati o tem, da je mogoče homoseksualec, s tem pa je načeta prej pričakovana heteroseksualnost. Nastopi osebna kriza in iskanje pravega jaza. Dank govori o šestletni retardaciji med prvim homoseksualnim občutjem in prepoznavanjem sebe kot homoseksualca.) (Kuhar 2001: 139)

Podatki kažejo, da moški prej začnejo razmišljati o svoji potencialni homoseksualnosti kot ženske. Hkrati lahko ugotovimo, da je za mlajšo generacijo značilno, da prej razmišlja o svojih istospolnih občutjih kot starejše generacije. Mlajše generacije so bile namreč v manjši meri postavljene v družbene kontekste, v katerih ni obstajala ideja in vedenje o homoseksualnosti. (Kuhar 2005: 61)

Posameznik občuti izolacijo od večinske družbe. Pred drugimi si nadeva masko popolnega heteroseksualca (lahko jo dodatno okrepi s prevzemom antihomoseksualne drže, s poroko ...).

S sprijaznjenjem o mogoči homoseksualnosti pri posamezniku nastopi druga faza

2. faza, ki pomeni *stopnjevanje identitete*: vključuje prepričanja o posameznikovi možni homoseksualnosti in premagovanje družbenih preprek. Počuti se odtujenega od družbe, družine ali celo prijateljev in prijateljic, zato lahko išče stike z drugimi homoseksualci ali prek terapije poskuša odstraniti občuteno drugačnost. (Kuhar 2001: 149)

(Samoidentifikacija je skoraj vedno povezana z razvojem določenih tehnik nevtralizacije, ki

posamezniku omogočajo distanciranje od družbeno posredovanih predstav o homoseksualnosti. Lahko se zaveda, da je z družbenega vidika devianten in razvije načine prilagoditve družbeni reakciji, ki jo povzroča njegovo vedenje. Zanikanje lastne deviantnosti pred seboj in drugimi je najpogostejša oblika spopada s heteroseksualno družbo.) (Kuhar 2001: 146)

3. faza je *toleranca identitete*. Posameznik poskuša tolerirati obstoj homoseksualne identitete, vendar je pri sebi še ne sprejema v popolnosti. Navezovanje stikov z drugimi homoseksualci je nujno zlo, s katerim posameznik premaguje občuteno izolacijo in alienacijo. (Kuhar 2001: 149)

»Akte novinec« potrebuje vedenje in zmožnost druženja z drugimi homoseksualci. Zmožnost druženj je odvisna od predhodnih kulturnih in socializacijskih izkušenj. (Kuhar 2001: 161)

Ko je potrebno, si nadene masko heteroseksualnosti. Svojo 'drugačno' identiteto začne sprejemati v času 4.faze, ki pomeni *sprejemanje identitete*. Stiki z drugimi homoseksualci opravičujejo obstoj homoseksualne identitete in pri posamezniku povzročijo občutek njene normalnosti. Posameznik je prepričan o svoji homoseksualnosti in je o njej pripravljen spregovoriti tudi z drugimi, ki jih previdno izbere. Svojo homoseksualnost prikrije v primerih, ko bi z razkritjem svoje spolne usmerjenosti koga spravil v nerodni položaj.

5. faza je faza *ponosa identitete*. Potreba po skrivanju homoseksualne identitete preneha, nasprotno — pojavi se težnja po njenem javnem izrekanju, tudi zaradi diskrepance med posameznikovim sprejemanjem svoje identitete in njenim družbenim nepriznavanjem. Zagovarja homoseksualnost in ostro nastopa proti s predsodki obremenjenim heteroseksualnim predstavam, kar vodi v razvrednotenje heteroseksualnosti in heteroseksualnih ljudi ter posledično v preferiranje druženja s homoseksualci.

Ta izolacija preneha v času zadnje faze, ki se imenuje *sinteza identitete*. Homoseksualna identiteta postane del posameznikove osebnosti, a je ne dojema več kot najpomembnejši del sebe. Vsakomur je pripravljen razkriti svojo lastno seksualno identiteto. Kljub nasprotovanju in homofobiji spozna, da veliko heteroseksualcev sprejema homoseksualnost, zato jeza proti njim in izključno druženje s homoseksualci preneha. (Kuhar 2001: 149-151)

1.2.1.2 KEN PLUMMER

Čas med občutki drugačnosti in izoblikovanjem homoseksualne identitete (na objektivnem nivoju pa čas med minimalno vključenostjo v homoseksualno dogajanje in fazo razkritja) Plummer označi s terminom *signifikacija*, občutja zaskrbljenosti in zmedenosti, ki jih povzročajo te iste izkušnje, pa označuje s terminom proces *disorientacije*. (Kuhar 2001: 156) Plummer ugotavlja, da se disorientacija in significacija ne pojavljata zgolj zaradi osebnostnih faktorjev, pač pa zaradi širše družbe, znotraj katere se akter spoznava s homoseksualnimi občutji. Družbeno razvrednotenje homoseksualnosti lahko botruje skrivnostnosti, občutkom krivde in problemu dostopa, na pozitivni strani pa lahko pomembnost družbenospolnih vlog in s seksualnostjo povezana zasebnost povzročata krizo identitete in osamljenost. Prek teh in tovrstnih problemov, meni Plummer, se posameznikova homoseksualnost kristalizira in postane signifikantna. Faktorji oz. oblike družbene reakcije na homoseksualnost, ki posledično prispevajo k procesu signifikacije, so po Plummerju (Kuhar 2001: 157-160):

- a. *uročenost homoseksualnosti zaradi njene prepovedi*. Izkušnja homoseksualnosti je v naši družbi pogojena z družbenim obsojanjem in degradiranjem. Stereotipne predstave o homoseksualnosti kot bolezni in grehu botrujejo posameznikovi percepciji svojih občutij, ki jih sprejema z zaskrbljenostjo, sovražnostjo in pogosto občutki krivde. Homoseksualnost je posameznici ali posamezniku v najboljšem primeru predstavljena kot čudaška in zato se transformira v
- b. *skrivnost*. Problem nepriznanja, netransparentnosti, skrivnostnosti akterja navaja k mišljenju, da drugi akterji najverjetneje sumijo, da je homoseksualen, ali pa so to že ugotovili, čeprav se objektivna situacija ni spremenila. S skrivnostjo je povezan tudi *problem*
- c. *dostopa*. Dokler akter skriva svojo homoseksualnost, so možnosti spoznanja akterjev s podobnimi izkušnjami majhne. To povzroča akterjevo
- d. *osamljenost in izolacijo*. Ker je homoseksualnost razumljena kot deviantna in je skrivnost, se akter s svojimi občutji srečuje sam.

Zaskrbljenost nad svojo seksualnostjo in izolacija v dobršni meri prispevata k zavlačevanju procesa signifikacije. Osamljenost je lahko posledica pomanjkanja stikov z drugimi homoseksualci, lahko je tudi posledica zavračanja in pomanjkanja podpore s strani heteroseksualnih prijateljev ali pa akterjeve nepripravljenosti o tem spregovoriti s svojimi starši in pomembnimi drugimi. Nezmožnost legitimnega

seksualnega izraza povzroča frustracije, te pa pripomorejo k zavlačevanju signifikacije. Vse to pri posamezniku vzbuja

- e. *vprašanje o lastni identiteti*. Družba spodbuja spolnodružbeno delitev in temu primerno razdeljene vloge. Akter se v takšnih družbenih okoliščinah srečuje s problemom deviantne identitete in nezmožnostjo zadovoljevanja postavljenih meril družbenospolnih vlog. Zastavlja se vprašanje zadovoljive samopodobe.

1.2.1.3 RICHARD TROIDEN – KRIZA IDENTITETE

Predstave o mogoči istospolni usmerjenosti povzročajo disonanco s prej obstoječo samopodobo in predvsem z večinskimi družbenimi pričakovanji, kar navaja k drugi fazi v oblikovanju identitete: h krizi identitete. Le-to pa ne povzroča samo spreminjajoča se percepcija samega sebe ter potencialne izkušnje tako heteroseksualnega kot homoseksualnega vedenja, pač pa tudi s homoseksualnostjo povezana stigma in ne nazadnje pomanjkljive informacije o (homo)seksualnosti. Raziskava Kuharja in Švabove je, na primer, pokazala, da homoseksualnost ni pogosta tema družinskih pogovorov, niti vsebina šolskih kurikulumov. (Kuhar 2005: 61)

V času adolescence, vsaj v večini primerov, začno geji in lezbijke svoja občutja in vedenja opisovati v terminih homoseksualnosti, o sebi pa razmišljati kot o potencialno homoseksualnih. Posameznik, pravi Troiden, občuti notranji nemir in negotovost glede lastnega seksualnega statusa. Raziskave kažejo, da geji o sebi kot o potencialno homoseksualnih začnejo v povprečju razmišljati pri sedemnajstih letih, lezbijke pa pri osemnajstih. Krizo identitete povzročajo naslednji faktorji (Kuhar 2001: 166-170):

- a. *Spreminjajoča se percepcija samega sebe*. V otroštvu obstoječa podoba o sebi kot drugačnem se pretvori v percepcijo sebe kot seksualno drugačnega — genitalne in emocionalne izkušnje postanejo pomembnejše od socialnih.
- b. *Izkušnja heteroseksualnega in homoseksualnega vedenja*. Raziskave kažejo, da večina gejev in lezbijk v adolescenci izkusi tako heteroseksualno kot homoseksualno prebujenje in vedenje. Ker družbe zahodnega sveta posameznike predstavljajo kot samo heteroseksualne ali samo homoseksualne (koncept biseksualnosti je redko uporabljen), so geji in lezbijke v času adolescence zmedeni glede lastne spolne orientacije, čeprav se zavedajo istospolne privlačnosti. Geji istospolno privlačnost v povprečju občutijo pri trinajstih, lezbijke pa med štirinajstim in šestnajstim letom starosti.

- c. *S homoseksualnostjo povezana stigma.* Le-ta onemogoča ali vsaj ovira razpravljanje o svojih porajajočih se seksualnih željah, občutjih in aktivnostih, z vrstniki, s starši in sorodniki. Družbeno obsojanje homoseksualnosti, pomembnost družbenospolnih vlog in privatizacija prispevajo k porajanju občutkov krivde, k skrivnostnosti ter težavam pri dostopu in spoznavanju drugih homoseksualcev.
- d. *Pomanjkljive informacije o homoseksualnosti.* Ljudje sami sebe ne identificirajo v terminih socialne kategorije, za obstoj katere ne vedo, imajo o njej in ljudeh, ki ji pripadajo, pomanjkljive informacije, ali pa so prepričani, da z njimi nimajo nobenih skupnih lastnosti. Pomanjkljive informacije o homoseksualnosti so vse bolj vprašanje preteklosti. Upoštevajoč raziskave lahko ugotovimo, da tako geji kot lezbijke pravi pomen termina homoseksualen spoznajo med šestnajstim in sedemnajstim letom starosti.

Troiden *tipične odgovore gejev in lezbijk v adolescenci na krizo identitete* razvrsti v pet strategij (Kuhar 2001: 170-176):

- a. *Strategija zanikanja* — posameznikova utajitev lastnih občutij, fantazij in aktivnosti.
- b. *Strategija popravila* najpogosteje vključuje iskanje profesionalne pomoči- posameznik poskuša izkoreniniti seksualna občutja, fantazije in aktivnosti, za katere meni, da so nesprejemljivi.
- c. *Strategija izogiba* — pravilno definiranje lastnih občutij kot homoseksualnih, a hkratno posameznikovo prepričanje, da so ta občutja nesprejemljiva in se jim je potrebno izogniti. Strategija izogiba se manifestira v eni izmed naslednjih oblik:
 - * *Zadrževanje zanimanj.* Poskuša se zadržati in omejuje ali se izogiba dejavnostim, ki jih povezuje s homoseksualnostjo.
 - * *Omejevanje stikov.* Poskuša omejiti stike z nasprotnim spolom, da okolica ne bi opazila njegove nedovzetnosti za heteroseksualnosti. Boji se, da bi v primeru seksualnih zvez s pripadniki nasprotnega spola ti odkrili njegovo homoseksualnost.
 - * *Omejevanje dostopa do informacij.* Izogiba se najrazličnejšim informacijam o homoseksualnosti, saj bi zanimanje zanje pri drugih vzbudilo sum o njegovi homoseksualnosti.
 - * *Prevzem antihomoseksualne drže.* Od lastnih homoseksualnih občutij se poskuša distancirati z napadanjem in zaničevanjem drugih homoseksualcev.
 - * *Potopitev v heteroseksualnost.* Z namenom eliminacije neustreznih seksualnih občutij vzpostavi heteroseksualne odnose.

- * *Eskapizem*. Svojim homoseksualnim erotičnim občutjem se poskuša izogniti z uživanjem drog. Omamljenost od drog začasno ublaži občuteno krizo identitete in hkrati opravičuje seksualna občutja in dejanja, ki so sicer v očeh posameznika nesprejemljiva.
- d. *Strategija redefinicije* (Plummer jo imenuje *nevtralizacija*) vključuje preimenovanje vedenj, občutij in konteksta v bolj konvencionalne termine in se manifestira v enem izmed naslednjih pristopov:
 - * *Pristop izrednega primera*. Svoja homoseksualna vedenja in občutja razume kot izolirana, izreden primer, ki se nikoli več ne bo ponovil.
 - * *Pristop biseksualnosti*. Homoseksualna občutja opravičuje z domnevno hkratnimi heteroseksualnimi občutji in sebe definira za biseksualnega.
 - * *Pristop začasne identitete*. Homoseksualna nagnjenja definira v terminih prehodnosti, verjame, da doživlja posebno fazo v seksualnem razvoju in da v svojem bistvu ni homoseksualen.
 - * *Pristop situacije*. Za svoja homoseksualna vedenja krivi situacije, v kateri se pojavljajo. Stanje vinjenosti, ki se povezuje s prej omenjenim eskapizmom, je tako pogosto in opravičilo za homoseksualno aktivnost.
- e. *Strategija sprejetja*. Prizna si, da so njegova občutja, fantazije in vedenja potencialno homoseksualna, zato poskuša najti dodatne informacije, ki bi jasneje potrdile njegove domneve in razložile naravo njegovih seksualnih preferenc. Mladoletniki, ki so občutili drugačnost in izolacijo, to zdaj premagujejo s postopnim spoznavanjem, da homoseksualnost obstaja kot socialna kategorija. Ta jim namreč omogoča označitev lastne drugačnosti.

V raziskavi Kuharja in Švabove se je pokazalo, da so nekateri doživljali daljša obdobja krize identitete, ker so poskušali neskladje med željami in pričakovanji razrešiti v prid družbenim pričakovanjem, drugim, predvsem mlajšim, je kriza identitete pomenila le obdobje, ko so homoseksualnost destigmatizirali in heteronormativnost presegli s tem, da so v ospredje postavili svoja pričakovanja in želje, ki so jih pozitivno ovrednotili in v različnih družbenih okoljih (od medijev do samopomočnih skupin in podobno) dobili pozitivno potrditev svojih pričakovanj. (Kuhar 2005: 64)

1.2.2 RAZKRITJE

ali *coming out*, ki je okrajšava besedne zveze *coming out of the closet*, metaforično označuje točko posameznikovega prenehanja prikrivanja homoseksualne spolne usmerjenosti. Termin klozet namiguje na prostor, kjer smo skriti pred svetom, sami s seboj. (Kuhar 2001: 188)

Seidman klozet označuje kot obliko družbene izolacije in prilagoditve heteroseksualni prevladi. Ta namreč implicira občutja sramu, strahu in krivde za vse, ki jih ni mogoče umestiti v heteroseksualni imaginarij. Klozet je tako pravzaprav oblika upravljanja s stigmatizirano identiteto. Po mnenju Eve Kosofsky Sedgwick je klozet opredeljujoča struktura zatiranja gejev in lezbijk. (Kuhar 2005: 47)

Klozet lahko opredelimo kot prostor med družbeno heteronormativnostjo in internalizirano homofobijo. Posameznik je razpet med pričakovano in ekskluzivno oziroma prisilno heteroseksualnostjo in na drugi strani homofobičnimi predstavami, ki jih na različne načine ponotranjimo v procesu socializacije. Razkritje ima tako pomembno mesto v procesu posameznikove reinterpretacije in redefinicije svoje lastne stigmatizirane identitete. (Kuhar 2005: 54) Sociologi in psihologi so si v primeru definiranja razkritja enotni pri poudarjanju razkritja kor procesa. (Kuhar 2001: 191)

Marshall (1995) našteva *pet ovirajočih elementov na poti razkritja* (Kuhar 2001: 202):

- a. *Družbeni kontekst* ali odnos družbe do homoseksualnosti. Stereotipne predstave, homofobija, družbena pričakovanja, ki se povezujejo s predstavami o družbenih spolih, ter kulturno-zgodovinsko-religiozni momenti otežujejo proces razkritja in pri posamezniku povečujejo stopnjo strahu pred (samo)priznanjem spolne identitete.
- b. *Internalizirana homofobija* predstavlja skupek družbenih predstav in stereotipov o homoseksualnosti in so dediščina naše vzgoje ter prostora in časa, v katerem smo odraščali.
- c. *Projicirana homofobija* je odraz posameznikove nezmožnosti sprejetja lastne seksualnosti in potiskanja ali projiciranja družbeno nezaželenih lastnosti, ki so pripisane homoseksualnosti, na druge.
- d. *»Je res potrebno«* — s tem označi kopico izgovorov, ki homoseksualce oddaljujejo od razkritja. Kot najpogostejšega navaja mnenje, da razkritje ni potrebno, saj se tudi heteroseksualci ne razkrivajo. Zavrne ga s trditvijo, da heteroseksualci z vsako omembo svojega partnerja, otrok, moža ali žene, pa tudi z opazkami o lepih fantih/dekletih potrjujejo svojo heteroseksualnost, ki je, družbeno gledano, samoumevna.

e. *Posameznikov odnos s starši* — predvsem nezmožnost in nevajenost razpravljanja o čustvih s starši, kar je značilno za t. i. neme družine, kjer se otroci o svojih osebnih problemih ne pogovarjajo s starši in jim jih tudi ne zaupajo.

Proces razkritja lahko razdelimo v štiri kategorije (Kuhar 2001: 196-199):

— Razkritje pred samim seboj

— Podoben proces na družbeni ravni lahko imenujemo razkritje homoseksualcev kot družbene podskupine (je organizirano delovanje homoseksualnih skupin in predvsem trenutek javnega nastopa in predstavitve, s katero geji in lezbijke prek ciljev delovanja organizacije in postavljanja zahtev skupinsko razkrijejo svojo spolno identiteto — tovrstna razkritja so hkrati tudi spodbuda za posameznike, ki tega ne upajo storiti in zato skrivajo svoje spolno nagnjenje).

— Ožje socialno razkritje označuje razkritja, ki (upoštevajoč posameznikove izpovedi in ugotovitve psihologov, ki se ukvarjajo s problemi razkritja) jazu vzamejo največ energije in so zanj, tako kot tudi za akterje, najbolj naporna, pogosto tudi čustveno obremenjujoča. Mednje v prvi vrsti štejemo razkritje spolne identitete pred ožjim sorodstvom, predvsem starši, brati in sestrami. Razkritje pred družino je rušilno zato, ker ogrozi konvencionalna pričakovanja glede na družbenospolne vloge, ki so osnovni vidik vseh družinskih odnosov. Temu razkritju časovno praviloma predhodijo razkritja pred prijatelji, kolegi in sošolci.

— Širše socialno razkritje ali razkritje pred širšim socialnem okoljem dosežejo redki, predstavlja pa zadnjo stopnjo v klasifikaciji razkritij. Mednje štejemo javne razglasitve spolne identitete prek medijev, gestikulacijska razkritja, ki označujejo javno izražanje svojih čustev do partnerja istega spola (poljubljanje, držanje za roko v javnosti ipd.).

Odziv na prvo razkritje je ponavadi pozitiven, to pa moramo pripisati predvsem natančni in pretehtani osebni odločitvi, komu se prvemu razkriti. Večina respondentk in respondentov raziskave Kuharja in Švabove je omenjala olajšanje kot tisti občutek, ki je ne glede na odziv sledil razkritju. Zdi se, da k prvim razkritjem po eni strani prispeva to, da posameznik postopno sprejema in redefinira homoseksualna občutja, ki so bila pred tem nesprejemljiva, po drugi strani pa skrivanje, ki ga implicira klozet, lahko bistveno ohromi prijateljske relacije med posamezniki. Skrivanje namreč onemogoča iskrenost na mnogih ravneh, pomembnih za gradnjo tovrstnih odnosov. Ključnega pomena za posameznikov proces oblikovanja homoseksualne identitete pa so prav odzivi na prva razkritja. Če so prvi odzivi zelo negativni,

to lahko povzroči, da se ponovno vzpostavijo prejšnje stopnje skrivanja, strahu in krize identitete. Huda zavrnitev jih lahko potisne nazaj v klopeta. (Kuhar 2005: 68-70)

V psihološkem smislu pomeni razkritje za posameznika konec izdatnega vlaganja energije v dvojno življenje. Geji in lezbijke so namreč izpostavljeni različnim oblikam vedenj (homofobija) in vrednotenju (heteroseksizem) znotraj družine in družbe, ki diskvalificirajo in obsojajo homoseksualnost. To vzpostavlja istospolna občutja kot nesprejemljiva, zato, kot ugotavlja Drescher, posamezniki ta občutja poskušajo ločiti od sebstva in jih hkrati prikriti pred drugimi. Na ta način lezbijke in geji pred razkritjem lahko potiskajo v stran homoseksualna občutja in se s tem izognejo informacijam, ki bi sicer povzročale določeno mero tesnobe. Šele razkritje lahko preseže sovraštvo do sebe, občutke manjvrednosti, strah, nelagodje, polovične resnice in podobno (vse to so namreč lahko posledice nesoočenja z lastno homoseksualnostjo) in vzpostavi občutek lastne vrednosti in zmožnost bolj odprtih odnosov s pomembnimi drugimi, saj razkritje vpliva tako na posameznikovo percepcijo sebe kot tudi njegovih ali njenih odnosov z drugimi ljudmi. (Kuhar 2005: 52-53)

Geji in lezbijke iz raziskave, ki sta jo izvedla Roman Kuhar in Alenka Švab, so se v povprečju razkrili pri devetnajstih letih in pol. Mlajši respondenti in respondentke zaradi procesa destigmatizacije te spolne prakse (medijska izpostavljenost teme, dostopne informacije na internetu, lezbični in gejevski aktivizem, skupine, namenjene mladim gejem in lezbijkam, zakonsko varstvo pred diskriminacijo in podobno) bolj zgodaj razkrivajo svojo spolno usmerjenost, kot so jo starejše generacije. (Kuhar 2005: 67)

V omenjeni raziskavi avtorja ugotavljata, da geji in lezbijke v Sloveniji še vedno ne vzpostavljajo svojega vsakdanjega življenja zunaj klozeta na vseh ravneh družbenega življenja. Raziskava namreč nakazuje, da se lezbijke in geji v vsakdanjem življenju nedvomno še vedno zapirajo v zasebne kroge prijateljev, vse pogosteje in predvsem mladi pa tudi v krog izvirne družine, kjer lahko živijo zunaj klozeta. (Kuhar 2005: 50-51)

1.2.2.1 RAZKRITJE PRED STARŠI

Prvi odzivi na posameznikovo razkritje v družini so pogosto povezani z različnimi oblikami psihičnega nasilja, pa naj gre za čustveno izsiljevanje, posmehovanje ali prekinitev komunikacije. (Kuhar 2005: 79)

Odzive staršev na otrokovo razkritje lahko razvrstimo v nekaj tipičnih odzivov (Kuhar 2005: 82-85):

- prekinitev odnosov je najbolj radikalen odziv staršev (kot pogoj za ponovno vzpostavitev odnosov zahtevajo, da otrok spremeni svojo seksualno identiteto);
- čustveno izsiljevanje (je poskus staršev na različne načine doseči, da bi otrok spremenil svojo spolno usmerjenost);
- psihiatrično ali kakšno drugačno zdravljenje;
- sprejetje s pogoji (ko starši ne dvomijo o otrokovi istospolni usmerjenosti, vendar v zvezi z razkritjem te identitete postavljajo različne pogoje — najpogosteje gre za prošnjo, naj to ostane družinska skrivnost);
- popolno sprejetje pa je redek prvi odziv na razkritje, vendar se lahko sčasoma vzpostavi.

Ponavadi gre za prepletanje različnih tipov odzivov, ki se lahko sčasoma spreminjajo. Odvisni so tudi od vrste okoliščin in situacij, v katerih se znajde družina oziroma njeni člani ter od samih odnosov med člani družine. Tako od začetnega nesprejemanja starši lahko preidejo v fazo pomiritve, prozornega klozeta ali do tega, da sprejmejo otrokovo homoseksualnost. Prvi odzivi staršev se čez čas praviloma preobrnejo v pomiritev. Kljub visokemu deležu prvih negativnih odzivov na razkritje pri starših le-ti dolgoročno bistveno ne vplivajo negativno na odnos med starši in njihovimi istospolno usmerjenimi hčerkami in sinovi. Prvim šokom običajno sledi pomiritev. Takrat homoseksualnost ponavadi, ne pa brez izjeme, zdrsne v kontekste družinske skrivnosti. Že razkriti posameznik je tako lahko ponovno potisnjen v nekakšen *prozoren klozet*- s tem terminom označujemo tiste (družinske) situacije, kjer se lezbijke in geji, pred svojo ožjo družino razkrijejo, vendar se o tem ne govori in to ostane »družinska skrivnost«. Ta skrivnostnost tako še naprej ovira osebna razmerja v družini. Pomiritev pa ne pelje vedno v prozorni klozet, ampak lahko tudi v sprejemanje, kar se vse pogosteje kaže pri mlajših generacijah gejev in lezbijk.

1.2.3 PO RAZKRITJU

Procesu razkritja sledi *stabilizacija*. Označuje čas, ko posameznik homoseksualnost prevzame kot stil življenja. (Kuhar 2001: 162)

Stopnjo prevzema identitete označujejo: posameznikovo definiranje sebe kot homoseksualnega, sprejemanje in toleriranje tako nastale identitete, druženje z drugimi homoseksualci, seksualne izkušnje in raziskovanje homoseksualne subkulture. Raziskave kažejo, da geji v povprečju sami sebe definirajo za homoseksualne med 19. in 21. letom, lezbijke pa med 21. in 23. letom starosti. K temu v dobršni meri prispevajo stiki z drugimi homoseksualci. Le manjšina namreč doseže stopnjo samoidentifikacije brez tovrstnih stikov, ki posamezniku omogočajo reevaluacijo lastnih idej o homoseksualnosti. V primeru negativnih izkušenj z iniciacijskimi stiki s homoseksualci se posameznik začne izogibati ponovnim stikom, lastna podoba nehomoseksualnosti se utrdi, sam pa zapade v strategije zanikanja, popravila, izogiba in redefinicije. K temu prispevajo tudi homofobične družbene predstave. (Kuhar 2001: 176-177)

Tudi avtorji faz oblikovanja homoseksualne (spolne) identitete poudarjajo stigmatizirajoči pomen heteroseksualnega konteksta, v katerem poteka izoblikovanje homoseksualne identitete. Stigma, povezana s homoseksualnostjo, vpliva na izoblikovanje in upravljanje s homoseksualno identiteto. Ta se razvije vzdolž daljšega, večstopenjskega procesa, ki zahteva sprejetje številnih sprememb. Potrebna je redefinicija stigmatiziranega koncepta homoseksualnosti, njegovo sprejetje ter asimilacija v posameznikovo širšo identiteto. Resocializacija potrebuje svojo družbeno potrditev, ki se udejanja prav v procesu razkritja lastne seksualne identitete tako homoseksualni kot heteroseksualni skupnosti. Obsežnost procesa razkritja je ponovno odvisna od številnih faktorjev, ki se v času in prostoru spreminjajo, najpogosteje pa jih lahko omejimo na stigmatizirano predstavo o homoseksualnosti in iz tega izhajajoče aplikacije, s tem pa se krog sklene. (Kuhar 2001: 184)

1.3 ZDRAVSTVENI PROBLEMI – POSLEDICA HETEROSEKSIZMA

V zadnjih letih se je začelo zavedanje, da nekateri homoseksualci doživljajo visoko stopnjo duševnih stisk, npr. anksioznih motenj, motenj razpoloženja, samomorilnega vedenja in samopoškodovalnega vedenja, pa tudi zlorabo substanc, in da je to povezano z diskriminatornimi praksami, ki vključujejo fizično in verbalno zlorabo. (Johnson 2007)

Težave z duševnim zdravjem so v gejevski in lezbični populaciji pogostejše kot v splošni populaciji, kar je morda povezano z izkušnjami socialne izključenosti. (Scott et al. 2004)

Tudi sami geji in lezbijke menijo, da doživljajo več psiholoških stisk kot heteroseksualci kljub podobni ravni socialne podpore in kvaliteti telesnega zdravja kot heteroseksualni moški in ženske. (King et al. 2003)

Čeprav večina gejevske in lezbične populacije nima težav z duševnim zdravjem, raziskave kažejo, da so nekateri pripadniki bolj podvrženi samomorilskemu vedenju in zlorabi substanc. (Fish 2007)

Študije prinašajo dokaze o teh težavah v povezavi z duševnim zdravjem, s samomorom, samopoškodovanjem, seksualnim zdravjem, z motnjami prehranjevanja, uživanjem drog in ustrahovanjem ter osvetlijo povezavo med homofobijo, heteroseksizmom ter socialno izključenostjo in zdravstvenim stanjem gejev in lezbijk. (Scott et al. 2004)

Za geje in lezbijke je adolescence lahko travmatično, celo smrtno nevarno obdobje. Mladostniki se soočajo z vrsto problemov: družinskimi razdori in zavrnitvijo, izolacijo od prijateljev in vrstnikov, različnimi oblikami ustrahovanja (verbalno, čustveno in fizično) v šoli. Zavrnitve družinskih članov in vrstnikov, globok občutek izolacije zaradi seksualne deviacije, pomanjkanje primerne medicinske pozornosti so lahko posledica sovražnosti in predsodkov družbe do homoseksualnosti in lahko ogrozijo fizično, mentalno in socialno blagostanje mladostnika, ki je gej. (Scott et al. 2004)

Predvsem razkritje je povezano s tveganjem, da izgubimo ljudi, ki so nam blizu. Mnogo adolescentnih gejev in lezbijk ima negativna stališča o sebi. S čustvenim stresom, ki ga doživljajo, je povezana potencialna nevarnost, da zapadejo v depresijo, zlorabo drog in alkohola, nevarnosti samopoškodb in samomora.

Dokazi demonstrirajo, da so nizko samospoštovanje, anksioznost in depresija pogost pojav mnogih mladih gejev in lezbijk. To je lahko povezano z ostalimi zdravstvenimi problemi npr. relativno visoko pogostostjo okužbe s HIV-om med mladimi geji, druge spolno nalezljive bolezni, nadpovprečno stopnjo samomorilnosti in samopoškodovanja, brezdomstva, pogosto povezanega s prostitucijo in nedoseganje šolskih standardov. Še več, problemi, povezani z homofobijo v mladosti, npr. ustrahovanjem in nizkim samospoštovanjem, se lahko nadaljujejo v odraslost in imajo resne, dolgotrajne negativne zdravstvene in socialne posledice. (Scott et al. 2004)

Zdravje veliko pripadnikov lezbične in gejevske populacije je ogroženo zaradi socialne izključenosti, ki se začne v mladosti in nadaljuje skozi odraslo dobo ter rezultira v negativnih, nakopičenih posledicah skozi življenje. Koncept socialnega kapitala se zdi zelo relevanten v tem kontekstu za lezbijke in geje, ki morda trpijo zaradi pomanjkanja socialne mreže in zaupanja. To zrcali dokaze, ki kažejo, da ljudje, ki so socialno vključeni, živijo dlje, medtem ko so socialno izključeni ljudje v nevarnosti, da bodo umrli prej. (Scott et al. 2004)

Seksualna usmerjenost kot faktor zdravstvene neenakosti pa je vedno znova spregledan na državni in lokalni politični ravni. Življenjske okoliščine, kot so npr. brezdomstvo, kriminal, ustrahovanje v šolah, brezposelnost, rasizem in oblike socialne izključenosti, so osvetljene, a praktično brez upoštevanja, kako homofobija in heteroseksizem lahko vplivata na ta vprašanja in zdravje. Podobno specifični zdravstveni problemi, kot npr. samomor in samopoškodbe, duševno zdravje, kajenje in zloraba drog, so prioritete, ampak brez izrecne omembe gejevske in lezbične populacije.

Lahko je kriviti posameznike, če je zdravje ogroženo zaradi tveganega vedenja. Skupaj z vplivno institucionalizirano homofobijo je bilo to zaznано v 80-ih letih 20. stoletja, ko je bil HIV prvič diagnosticiran. (Scott et al. 2004)

1.3.1 TEŽAVE V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Kakršnakoli diskriminacija je prepoznana kot doprinos k slabšemu zdravstvenemu stanju, še posebej v povezavi z duševnim zdravjem. Homofobija ima resne negativne vplive na duševno zdravje precejšnjega števila gejev in lezbijk. Zdravstveno stanje vključuje depresijo, povišano anksioznost in nizko samospoštovanje. Obstajajo dokazi, da so geji bolj izpostavljeni tveganju težav v duševnem zdravju kot drugi moški zaradi zločinov iz sovraštva, zavrnitev, diskriminacije in ponotranjene homofobije. Kombinacija ponotranjene homofobije in kroničnega stresa se kaže kot težave v duševnem zdravju. (Scott et al. 2004)

Dokazi kažejo, da je povečano tveganje težav z duševnim zdravjem lezbijk in gejev povezano z doživljanjem diskriminacije. Lezbijke in geji bolj verjetno kot heteroseksualni ljudje doživljajo vsakodnevno in vseživljenjsko diskriminacijo. (Fish 2007)

V nasprotju z drugimi, predhodnimi raziskavami, je raziskava Warnerja in njegovih sodelavcev (prva obsežna raziskava v VB glede psihološkega stanja gejev in lezbijk), ugotovila, da lahko ženske in moški enako verjetno izkusijo psihiatrično obolevnost (prej je veljalo, da so ženske bolj dovzetne). (Warner et al. 2004)

Lezbijke bolj verjetno izkusijo verbalno in fizično ustrahovanje kot heteroseksualne ženske, ker imajo višjo stopnjo anksioznosti in depresije kot heteroseksualci. Med lezbijkami in geji je velika pogostost poskusov samomora, samopoškodb, depresije, zlorabe substanc in drugih težav v duševnem zdravju. To je povezano s stresom ob procesu razkritja in posledicami homofobije. Mlajše, kot so osebe, ko se prvič zavejo svoje seksualne identitete in se razkrijejo, bolj ranljive so. (Fish 2007)

Negativna konstrukcija življenja gejev in lezbijk vpliva na človekovo sposobnost graditve pozitivne samoidentitete. To lahko vodi geje in lezbijke k ponotranjenju čustev nizke samovrednotnosti in sramu, poleg strahu pred zlorabo in zavrnitvijo, in ti občutki so razdraženi zaradi institucionaliziranih oblik diskriminacije. (Johnson et al. 2007)

Motnje prehranjevanja, zloraba substanc, samopoškodbe in alkohol so povezane s homofobijo in sovraštvom samega sebe, ki je povezano z diskriminacijo in izolacijo. Le-to

doživljajo ljudje različnih starosti v gejevski in lezbični populaciji. Vsakodnevno doživljanje homofobije, implicitne ali eksplicitne, vpliva na samovrednotenje in čustveno zdravje. (Scott et al. 2004)

Ker se med težavami v duševnem zdravju najpogosteje omenjata anksioznost in depresija, si bomo pogledali ti dve bolezni, ki posredno vodita k zdravstvenim težavam, obravnavanim v nadaljevanju (samomor, samopoškodovanje, motnje prehranjevanja, zloraba drog, prekomerno uživanje alkohola).

1.3.1.1 ANKSIOZNE MOTNJE

Anksioznost je stanje pretirane ali neustrezne zaskrbljenosti ali strah, ki ga ni povzročil zunanji dogodek ali okoliščine. Je ena najpogostejših vrst depresije pri mladostnikih.

Anksioznost ali tesnoba se kaže v občutkih napetosti, tesnobe, hude zaskrbljenosti, strahu, za katerega takšen človek ne prepozna zunanjega vzroka, kar pomeni, da ne vidi povezave med občutki in okoliščinami.

Poznamo splošno (generalizirano) anksioznost, ki se lahko izraža tudi v telesnih znakih (hitro bitje srca, prebavne motnje, mravljinčenje po telesu, tiščanje v prsih, »cmok v grlu«) in občasno (paroksizmalno) anksioznost, ki pomeni panične napade. Gre za občutek hude tesnobe in neustreznega strahu z nemirom, v ozadju katerega je občutek, da bo tak človek izgubil oblast nad seboj. (Cobain 2008: 45)

Občutek tesnobe je zelo težko opredeliti, zato je to čustvo eno od tistih, ki jih ljudje najmanj razumejo. Le-ti občutijo tesnobo, kadar ocenijo, da niso kos življenjskim nalogam, pred katerimi stojijo. To pomeni, da menijo, da se niso zmožni kosati s svojimi življenjskimi razmerami. V tem smislu je tesnoba nekakšna trema pred celotno življenjsko situacijo.

V jezikovnem smislu je izraz tesnoba nastal iz besede tesno. Večina oseb, ki jih muči tesnoba, toži, da se počutijo utesnjene. To opisujejo tako, da jim prsni koš postane »pretesen«. Tudi latinski izraz za tesnobo – anksioznost – izhaja iz glagola angere, ki pomeni stiskati. Doživljanje tesnobe je odvisno od njene intenzivnosti, ki je lahko – tako kot vsako drugo čustvo – blaga, srednja in zelo huda. Zelo hudo tesnobo praviloma spremlja občutek panike.

Čustvena nepismenost, nesposobnost jasno razumeti in opredeliti tesnobo ali anksioznost je vzrok za trpljenje številnih ljudi. Občutek tesnobe je neprijeten, toda ljudem je še bolj neprijetno, ker ga ne razumejo. (Milivojević 2005)

Tesnoba nikoli ni vzrok, ampak je samo posledica težjih čutenj, ki so v ozadju in pred katerimi nas tesnoba praviloma varuje. Tesnoba je obramba. Stanje napetosti in nemira se kaže s telesnimi simptomi: utrujenost, izčrpanost, utrujenost v mišicah, bolečine v vratu, glavi, prsih in želodcu. Ta prikriti napor običajno pusti na telesu dolgotrajne posledice, pozna se tudi v zmanjšani sposobnosti dolgotrajne koncentracije in miselnega napora, zmanjšani sposobnosti za sprostitev in doživljanje ugodja, manjšem potrpljenju in zmanjšani sposobnosti odloga, raztresenosti, zmanjšani sposobnosti za premagovanje vsakodnevnega stresa in hrupa. (Erzar 2007: 75)

Med dejavniki, ki sprožijo in vzdržujejo anksiozne motnje, se omenjajo tudi naslednji: različni neprijetni dogodki v okolju, osamljenost, nezaupanje vase, nezaupanje v možnost rešitve, težave v medosebnih odnosih ... (Dernovšek et al. 2006: 39) Ti dejavniki so lahko posledice heteroseksizma in homofobije.

Tesnobne motnje se večkrat pojavljajo skupaj z depresijo, čemur pravimo sobolewnost. (Erzar 2007: 80)

1.3.1.2 DEPRESIJA

Depresija je ena izmed najbolj pogostih duševnih motenj. V Sloveniji ima do 25 % prebivalcev občasna depresivna obdobja, za depresijo kot bolezensko motnjo pa trpi do 5 do 8 % prebivalcev. (Cobain 2008: 23)

Je bolezen in lahko prizadane vsakogar. Približno vsaka šesta oseba v svojem življenju zbolí za depresijo; prav ta trenutek pa je depresiven vsak dvajseti med nami. Ženske dvakrat pogosteje zbolijo za depresijo kot moški. (Dernovšek et al. 2006: 54)

Človek je depresiven, če je potr ali je izgubil interes in zadovoljstvo ob vsakdanjih dejavnostih ter ima še vsaj pet od naslednjih simptomov, ki trajajo več kot dva tedna (Lešer, Konec Jurišič 2007):

- občutki manjvrednosti, samoobtoževanja ali krivde,
- težje izpolnjevanje vsakdanjih obveznosti,
- občutki neobvladovanja svojega življenja,
- umik iz socialnega okolja, nedružabnost,

- slabša koncentracija, počasno razmišljanje ali izrazita neodločnost,
- neobičajno počasno ali hitro govorjenje,
- utrujenost in pomanjkanje energije,
- motnje spanja,
- motnje apetita in nenadna nihanja telesne teže,
- zmanjšana želja po spolnosti,
- govorjenje o smrti ali samomoru.

Obstajajo razlike med žensko in moško depresijo. Za ženske je značilna jokavost, povečan tek, povečana telesna teža, več prisotnih anksioznih in telesnih simptomov, več poskusov samomora. Za moške pa je značilna neješčnost, izguba telesne teže, razdražljivost, agresivnost, izguba nadzora, več izvedenih samomorov. (Dernovšek et al. 2006: 58)

Depresija se rada ponavlja: 50 % oseb po prvi epizodi ponovno zboli, 70 % po drugi epizodi in 90 odstotkov po tretji. (Dernovšek et al. 2006: 67)

Pri nekaterih osebah z depresijo se zdravje ne povrne popolnoma. Navadno so vzrok za to dejavniki, ki vzdržujejo depresijo:

- osamljenost,
- prisotnost pretirane tesnobe,
- druge podobne težave. (Dernovšek et al. 2006: 56)

Pri najstnikih je depresija zelo nepredvidljiva bolezen, saj so mnogi njeni simptomi podobni povsem običajnim (a neprijetnim) občutkom, ki so značilni za obdobje pubertete in odraščanja. Najstniki pogosto sami ugotovijo, da so depresivni, še preden to opazijo njegovi starši ali učitelji; ker starši in drugi odrasli običajno ne morejo vedeti, ali naj takšna nihanja razpoloženja razumejo kot normalen del odraščanja ali kot simptome resnejšega problema. (Cobain 2008: 25)

Dejavniki tveganja za razvoj depresije pri mladostnikih so: zgodovine depresije v otroštvu, spol (pri deklicah se depresija pojavlja pogosteje), zgodnja puberteta pri deklicah, prisotnost anksioznih motenj, zloraba drog, močan stres, zloraba ... (Dernovšek et al. 2006: 60)

Strokovnjaki menijo, da obstaja povezava med »stresorji« (dejavniki, ki povzročajo stres) in depresijo med mladostniki. Stresorji sicer niso nujno tudi povzročitelji depresije, jo pa lahko sprožijo, še posebej v kombinaciji z drugimi dejavniki tveganja za razvoj te bolezni. Zunanji

stresorji imajo svoj izvor v življenjskem okolju, na primer doma, v šoli ali skupnosti. (Cobain 2008: 63)

Pri 30 do 35 odstotkih ljudi, ki so nagnjeni k depresiji ali bolezenski tesnobi, se razpoloženje sčasoma prevesi v depresijo ali anksiozne motnje, po navadi najhitreje že v prvem ali drugem mesecu po nastopu stresa. (Dernovšek et al. 2006: 11)

Za otroke in mladostnike so najpogostejši stresorji (viri stresa): negativne misli in občutki o sebi, težave s prijatelji ali z vrstniki v šoli, nesprejemanje vrstnikov ... (Dernovšek et al. 2006: 14). Stresorji so tudi slaba samopodoba, družinski prepiri (predvsem, če so pogosti) ... (Cobain 2008: 63)

Na prehodu v adolescenco se poveča število dogodkov, ki od mladostnika zahtevajo spoprijemanje. Obenem v tem obdobju narašča tudi uporaba manj prilagojenih strategij spoprijemanja s stresom, kot je zloraba drog (kajenje, pitje alkohola), prekomerno prehranjevanje ali hujšanje itd. (Dernovšek et al. 2006: 15)

Mladostniki za klinično depresijo v povprečju trpijo štiri leta in pol, preden se v upanju, da bi tako pregnali bolečino, začnejo zatekati k alkoholu in/ali drogam. (Cobain 2008: 74)

Zlorabljanje drog in/ali alkohola lahko (Cobain 2008: 83):

- povzroči simptome depresije,
- posameznika pahne v stanje, podobno depresiji,
- sproži depresijo,
- poglobi depresijo,
- prikrije simptome depresije.

Če je posameznik depresiven, obstaja večja verjetnost, da bo začel zlorabljati alkohol in druge droge; v tem primeru obstaja večja verjetnost, da bo postal depresiven (začaran krog). Vsako od obeh stanj vpliva na razvoj drugega. Tako na primer med simptome depresije spadajo občutek žalosti, utrujenosti in brezupa — uživanje alkohola te občutke še okrepi.

Kadar se depresiji pridružijo (Lešer, Konec Jurišič 2007):

- občutki obupa in brezizhodnosti,
- huda tesnoba, nemir ali razdražljivost,
- huda nespečnost,
- uživanje alkohola ali nedovoljenih drog,
- se poveča tudi tveganje za samomor.

Med depresivno populacijo je tveganje za samomor vsaj 30-krat večje kot sicer. (Dernovšek et al. 2006: 62)

1.3.2 SAMOMORILNE STISKE

Samomor je zavestno dejanje posameznika, ki s predvideno gotovostjo povzroči lastno smrt. Svetovna zdravstvena organizacija je naštel kar 800 različnih vzgibov za suicidalna nagnjenja, med temi vzgibi pa se nahajajo tudi (Valetič 2009: 30):

- depresija in druge duševne motnje,
- uživanje drog in prekomerno uživanje alkohola,
- razočaranje v odnosih,
- osamljenost.

Samomor spada dandanes v starostni skupini od 15 do 44 let tako pri ženskah kot pri moških med tri najpogostejše vzroke smrti in kaže na to, da postaja samomorilnost vedno večje breme sodobne družbe. (Božič 2006)

V Sloveniji so samomori najpogostejša nasilna smrt. Spadamo med najbolj samomorilne narode, saj nas samomorilni količnik uvršča med devet držav na svetu, ki izrazito odstopajo od preostalih. Letno je v Sloveniji okoli 600 samomorov, od tega jih tretjino storijo ženske. Rezultati raziskav kažejo, da storijo samomor moški 3,5-krat pogosteje od žensk, vendar poskuša storiti samomor več žensk kot moških. V Sloveniji se je v zadnjih petdesetih letih zanj odločilo 20.714 moških in 6.142 žensk. (Vertot 2009)

Raziskovalci ugotavljajo, da se na en dokončan samomor zgodi med 8 in 30 poskusov samomora, ki jim rečemo tudi *parasuicidi*. Razponi pri teh podatkih so veliki zato, ker je praktično nemogoče določiti statistično natančnost dogodka, ki ga velikokrat sploh nihče ne zazna ali prijavi. Razpon pa je velik tudi zato, ker je v različnih starostnih skupinah to razmerje različno. Pri starostnikih 4:1, pri mladostnikih tudi 100:1 ali še več. (Valetič 2009: 31)

Samomor je tudi eden od treh glavnih vzrokov smrti mladih do 25. leta v svetu. V Sloveniji samomor vsako leto stori od 30 do 50 mladih, starih od 18 do 24 let. (Vertot 2009)

Med populacijo, staro od 14 do 19 let, naredi samomor v Sloveniji 20 mladostnikov na leto. (Valetič 2009: 23)

Pri mladostniškem samomoru se uvrščamo med prvih devet držav na svetu. Količnik samomorov je med slovenskimi mladoletniki podoben, kot je pri nekaterih drugih narodih količnik odraslih. (Valetič 2009: 104)

Vzrokov, da se mladostniki odločijo za tako skrajni ukrep, kot je samomor, je več. Po besedah psihiatra Andreja Marušiča imajo najstniki, ki naredijo samomor ali pa ga poskušajo, običajno nizko samopodobo, negativno doživljajo življenje in so nasploh pogosto v depresiji. Med najbolj tvegane skupine mladoletnikov za samomor Marušič uvršča tiste, ki so že poskušali na tak način končati svoje življenje, duševno motene osebe, zasvojene z alkoholom, shizofrenike in najstnike, ki zaradi neurejenih družinskih razmer čutijo pomanjkanje pripadnosti lastni družini. (Vrdelja 2009)

Raziskave kažejo, da je razširjenost samomorilnih stisk večja med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci predvsem pri mladih ljudeh. (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008)

Eksplicitni dogodki, pogosto že v mladih letih, spodbujajo ali povzročajo samomorilne stiske. Poskusi samomora so povezani z oblikami diskriminacije, kot je npr. nedaven fizični napad in ustrahovanje v šoli. Vseeno pa večina navaja, da so bile samomorilne misli in občutki posledica velikega obsega izkušenj negativne konstrukcije življenj gejev in lezbijk, ne pa posameznih dogodkov.

Razpravlja se torej o tem, da samomorilske stiske niso preprosto rezultat individualiziranih problemov, ampak so odziv nekaterih gejev in lezbijk na institucionalizirano diskriminatorno prakso skozi izobrazbo, zdravje, religijo, medije ter družino.

To obsega homofobično zlorabo staršev, neprepoznavanje pomembnosti homoseksualne zveze (posebej, ko se zveza konča) staršev in prijateljev, zaznano razočaranje staršev zaradi gejevske ali lezbične identitete in zavrnitev vernih prijateljev. (Johnson et al. 2007)

Ameriške raziskave kažejo, da lezbijke in geji trpijo netoleranco njihove seksualnosti, diskriminacijo in viktimizacijo ter imajo višjo stopnjo anksioznosti, depresije in samomorilnega vedenja. Samomorilne stiske so doživljali v povezavi z občutki ničvrednosti, brezupa in akutne osamljenosti. Samomorilne misli lahko izginejo in se znova pojavijo v različnih točkah kot odziv na določen stresen dogodek, pa tudi na trajajočo vsakdanjo

zaskrbljenost. (King et al. 2003)

Raziskava *Diagnosis Homophobic* (1998) je povezala samomorilne misli in poskuse s ponotranjeno homofobijo, socialno homofobijo, z osamljenostjo in izoliranostjo gejev in lezbijk. (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008)

Raziskava v Veliki Britaniji je pokazala, da bodo geji in lezbijke pred 40-im letom starosti trikrat bolj verjetno naredili samomor kot primerjalna heteroseksualna skupina (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008 po Warner et al. 2004).

Count Me In je (2001) anketiral 1100 LGBT ljudi in odkril, da je imelo 40 % respondentov resne misli o samomoru, 20 % pa jih je poskusilo narediti samomor.

Count Me In Too (2007) je anketiral 819 LGBT. Razvrstil jih je v 20 fokusnih skupin, da bi zagotovili primerno zastopanost manjšin, npr. ljudi s težavami v duševnem zdravju, invalidov, žensk in dve trans skupini. 23 % respondentov je imelo resne misli o samomoru v zadnjih petih letih, v nekaterih skupinah pa okoli 50 % (vključuje mlajše ljudi, tiste, ki se počutijo izolirane, invalidne ljudi, biseksualce in transseksualce). (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008)

Bagley in Tremblay (1997) sta odkrila, da mladi geji in biseksualni moški 13,9-krat bolj verjetno naredijo resen samomorilski poskus kot heteroseksualni mladi moški. Neka študija LGBT mladine je pokazala, da je samomor poskušalo narediti 39 %, mlada generacija na splošno pa 6-10 %; druga novejša študija na severnem Irskem je pokazala, da je 21,7 % mladih gejev ali biseksualcev poskušalo narediti samomor. (Cull et al. 2006)

Glede na celotno populacijo so misli o samomoru in poskusi samomora bolj pogosti med ljudmi do 25 let. Predvsem geji so posebno ranljivi v primerjavi s heteroseksualnimi mladimi moškimi. Čeprav je tveganje za poskuse samomora višje med adolescenco in mlado odraslostjo, raziskave kažejo, da je krepko naraslo tveganje samomorilnega vedenja med odraslimi geji. (Fish 2007)

Ramefedo (1997) pravi, da so poskusi samomora gejev in lezbijk povezani z vrsto predhodnih dogodkov: s spolno nekonformnostjo, z zgodnjim zavedanjem neheteroseksualne usmerjenosti, z viktimizacijo, s pomanjkanjem podpore, s problemi v družini, s poznavanjem nekoga, ki je skušal storiti ali je naredil samomor, z brezdomstvom in zlorabo substanc. (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008)

Seveda je težko natančno opredeliti stopnjo tveganja, ker je pri samomoru velikokrat vzrok zanj neznan ali spolna usmerjenost ni opredeljena (pa tudi če bi bila, morda ni bila vzrok za samomor). Povečano tveganje se predvideva zaradi morebitnih dogodkov v življenju homoseksualne osebe: zmedenost glede spolne usmerjenosti, morebitna zavrnitev s strani staršev in prijateljev, izkušnje nasilja in nadlegovanja, ustrahovanja v šoli, negativnih odzivov delavcev v službah duševnega zdravja — kratka negativnih izkušenj, povezanih s homoseksualno spolno usmerjenostjo. (MIND 1999)

Naraščanje literature, kvantitativnih in kvalitativnih raziskav na področju duševnega zdravja LGBT na splošno in še posebej izkušnje samomorilske stiske nudijo dokaze mednarodni soglasnosti, da so LGBT v precej višjem tveganju za samomorilske stiske kot heteroseksualci. (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008)

1.3.3 SAMOPOŠKODOVANJE

Samopoškodbeno vedenje je namerno povzročanje poškodb, ki so usmerjene k lastnemu telesu. Med najpogostejše oblike takšnega vedenja sodijo vreznine z ostrimi premeti, tudi žigosanje, praskanje, zbadanje telesa, puljenje las, samozastrupitve ter različne druge oblike telesne poškodbe.

V zadnjih letih slovenski strokovnjaki ugotavljajo, da narašča samopoškodbeno vedenje pri mladostnikih.

Motivi za samopoškodbeno vedenje so lahko zelo različni. Mnogi mladostniki imajo nizko samopodobo. Doživljajo se kot ničvredne, nimajo zaupanja vse in ne zaupajo v zunanji svet. So napeti, vznemirjeni, preplavljeni s čustvi žalosti, strahu ali tesnobe. Njihova osebna in družinska zgodovina je polna stresnih, celo travmatičnih izkušenj fizične, čustvene ali psihične zlorabe. Posledica takšnih izkušenj so občutja krivde in sramu — in ta čustva pripeljejo do samokaznovalnih teženj.

Samopoškodbeno vedenje je izraz notranje bolečine mladih in istočasno klic po pomoči, naj stisko prepoznamo, se nanjo ustrezno odzovemo in mladostniku pomagamo. Mladostniki, ki se samopoškodujejo, želijo prenehati s takšnim ravnanjem, a običajno tega sami ne zmorejo. Večina strokovnjakov samopoškodovanje razlikuje od samomorilnega vedenja. Nedvomno pa

so mladostniki, ki se samopoškodujejo, ena od rizičnih skupin, ki ji pripisujejo možnost večjega tveganja za samomor. Še posebno mladi z duševnimi motnjami, kot so depresija, motnje razpoloženja in shizofrenija, so izpostavljeni dolgotrajnemu fizičnemu, psihičnemu in spolnemu nasilju, mladi s tveganimi vzorci vedenja, kot so zloraba alkohola in drugih drog.

V obdobju odraščanja se mladostnik vse bolj sooča z zahtevami, ki jih zanj prinaša odraslost, z zahtevami staršev, družbe in samega sebe. Kadar ti pritiski postanejo preveliki, mladostnik pa zaradi različnih razlogov ne zna ali ne zmore ustrezno reagirati, lahko ti sprožijo niz impulzivnih reakcij, tudi duševno motnjo — vse to se lahko izrazi v samomoru. Na osebni ravni je vsako samopoškodbeno dejanje in vsak poskus samomora ali uspeli samomor znak globokega čustvenega stresa, potrnosti in žalosti, včasih tudi duševne motnje posameznika, ki ima lahko zelo različne vzroke. (Zavod za zdravstveno varstvo Celje 2006)

Samopoškodovanje je način soočanja s čustveno težkimi trenutki. Mladostnik si s samopoškodbami zavestno in namerno poškoduje dele telesa. Gre za fizično nasilje do samega sebe. Oseba z rezanjem delov telesa (najpogostejše roke), s puljenjem las, z odpiranjem ran, grizenjem nohtov do krvi, ožiganjem delov telesa (npr. ugašanjem cigaretne ogorkov na koži), lomljenjem kosti ipd. sprošča napetosti in čustveno bolečino. Fizično izraža svoje počutje, ko notranjo bolečino prenese v rano. Samopoškodovanje gre z roko v roki z adolescenco, saj ravno to obdobje zahteva nove prijeme za spopadanje s stresom in spremembami. Najstniki se počutijo osamljene, nerazumljene in same. S samopoškodbami »poskrbijo« zase in vzpostavijo tudi nadzor nad svojim »pobesnelim« telesom. Začetniki se poškodujejo z nožem, ostrim predmetom, s steklom, npr. po roki, kasneje pa se to stopnjuje denimo v lomljenje kosti, puljenje las, ožiganje. Namerne poškodbe si povzročajo tako fantje kot dekleta; vrhunec to početje doseže sredi dvajsetih let, v tridesetih pa uplahne.

Več kot polovica ljudi, ki posegajo po samopoškodovanju kot načinu soočanja z neprijetnimi čustvi, je bila v otroštvu fizično, spolno ali čustveno zlorabljenih. Sebe krivijo za zlorabo, krivdo nosijo vse življenje. Le-ta vodi v samokaznovanje – samopoškodovanje. Po drugi strani pa samopoškodovanje deluje kot alternativa samomoru. Je neke vrste metoda za preživetje, saj pomaga mladostniku ravnati s čustvi, ki izvirajo že iz zgodnjega otroštva. Ko doživlja močna neprijetna čustva – jezo, sovražnost, frustracijo, odtujenost, osamljenost, zavrnitev, žalost – in ga le-ta preplavijo, je samopoškodovanje orodje, ki sprosti napetost.

Potem sledi umirjenost, ki pa traja le nekaj časa; kmalu se pojavijo sram, obžalovanje in vsi drugi občutki, prisotni pred fizičnim poškodovanjem samega sebe. Počuti se še slabše kot prej in si zaželi, da bi se porezal še enkrat. (Rijavec Klobučar 2007)

Dokazano je, da si bodo geji in lezbijke bolj verjetno namerno povzročili samopoškodbe.

Mind/UCL raziskava (2003) je odkrila večjo stopnjo samopoškodovanja gejev in lezbijk kot heteroseksualcev. (Scott et al. 2004)

Ljudje, ki si namerno povzročajo telesne poškodbe, včasih pravijo, da jim to da občutek olajšanja. Raziskave predpostavljajo, da je samopoškodovanje lahko povezano s težavami coming out-a v družbi ali z izkušnjo zavrnitve od drugih ljudi — in posledično z nizkim samospoštovanjem in visoko anksioznostjo. Lezbijke, ki se samopoškodujejo, so navedle večje število homofobičnih incidentov kot tiste, ki se ne samopoškodujejo.

(Fish 2007)

V primerjavi s heteroseksualci se geji pet- in pol- krat bolj verjetno namerno poškodujejo, lezbijke pa dvakrat bolj verjetno namerno poškodujejo. Diskriminacija je dokazano povezana z naraščanje samopoškodovanja lezbijk in gejev. (Fish 2007)

Obstaja tudi povezava med samopoškodbami in slabo socialno podporo ter ponotranjeno homofobijo. (Scott et al. 2004)

1.3.4 MOTNJE PREHRANJEVANJA

To je še eno področje zanimanja v povezavi z zdravjem gejev in lezbijk. (Scott et al. 2004)

Motnje hranjenja so opredeljene kot bolezni od druge polovice prejšnjega stoletja in jih uvrščamo med duševne motnje. Tja sodijo, ker so vzroki za njihov nastanek različne čustvene stiske, čeprav se navzven lahko kažejo s telesnimi znaki. Prenajedanje, bruhanje, stradanje, zloraba odvajal in diuretikov ter pretirana telesna aktivnost so torej le zunanji znaki motenj hranjenja.

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Navidezni problem s hrano v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjanje hrane postane izraz osvoboditve notranjih, bolečih in neprepoznanih čustev.

Motnje hranjenja se lahko kažejo kot mehanizem izogibanja, ko človek vso svojo energijo osredotoči na hrano in hranjenje ter se tako izogne bolečim čustvom in problemom. Lahko predstavljajo način obvladovanja življenjskih problemov, ki se zdijo nerešljivi, ali pa gre za prizadevanje kontrolirati lastno telo in življenje v razmerah, ko prizadeti čuti, da ga kontrolirajo drugi. Motnje hranjenja pa so lahko tudi reakcija na dolgotrajno, leta trajajočo, nerazrešeno stresno situacijo. (Sernek 2007)

Med motnje hranjenja uvrščamo:

- *Anoreksijo nervozo.*

Pojavi se med 14-im in 18-im letom. Pogosto je začetek povezan z nekim stresnim dogodkom. Diagnostični kriteriji za anoreksijo nervozo so: odklanjanje vzdrževanja minimalne telesne teže, ki je normalna za določeno rast in višino (telesna teža je nižja od 85 % pričakovane telesne teže), ali v obdobju rasti neuspeh pridobiti pričakovano telesno težo, kar vodi k telesni teži, manjši od 85 % pričakovane; intenzivni strah pred pridobivanjem telesne teže ali pred debelostjo, čeprav je teža zelo nizka ali se še zmanjšuje; motnje v zaznavanju oblike in teže telesa, vpliv telesne teže ali oblike na samovrednotenje ali zanikanje resnosti tega, da ima oseba nizko težo; pride do amenoreje (izgube vsaj treh menstrualnih ciklusov). Izguba telesne teže je dojeta kot izjemen dosežek in znak zunanje samodiscipline, medtem ko je povečanje telesne teže dojeta kot nesprejemljiv padec samokontrole.

Potek in rezultat anoreksije je zelo različen. Nekateri posamezniki popolnoma okrevajo po eni sami epizodi anoreksije nervoze, nekateri imajo nihanja pri pridobivanju in izgubi telesne teže, drugi imajo izkušnjo anoreksije, ki traja več let in lahko preide v kronično obliko anoreksije nervoze.

Pogostost: 0,1–1 % žensk (pozna adolescence in zgodnja odraslost), desetkrat manj moških.

Med tistimi, ki so hospitalno zdravljeni, je smrtnost zaradi stradanja, elektrolitskega neravnovesja, samomora 10 %. (MUZA 2007)

- *Bulimijo nervozo.*

Pojavi se v pozni adolescenci ali zgodnji odraslosti in običajno traja več let. Značilne so ponavljajoče epizode prenažedanja (basanja s hrano) in ponavljajoče se neustrezno kompenzatorno vedenje, katerega namen je preprečiti pridobivanje telesne teže (samoizzvano bruhanje, zloraba laksativov, diuretikov, klistiranja ali drugih zdravil, postenja ali pretirane telovadbe). Najbolj pogost način kompenzatornega vedenja po prenažedanju je samoizzvano bruhanje – pri 80 do 90 % posameznikov z bulimijo. Neposreden učinek bruhanja je sprostitev fizičnega neugodja ali zmanjšanje strahu pred pridobivanjem telesne teže. Ena tretjina posameznikov po basanju uporabi laksative in diuretike.

Takšno vedenje se v treh mesecih pojavlja vsaj dvakrat tedensko. Samovrednotenje je pod močnim vplivom telesne oblike in teže.

Osebe z bulimijo se sramujejo težav pri hranjenju, zato se trudijo prikrivati simptome. Pretirano uživanje hrane običajno poteka na skrivaj. Ponavadi se nadaljuje toliko časa, dokler oseba ne čuti neudobja ali celo bolečine. Pretirano hranjenje se sproži z disforičnimi razpoloženskimi stanji, interpersonalnimi stresorji, intenzivno lakoto, ki sledi omejevanju hrane pri dieti, občutji, povezanimi s telesno težo, z obliko telesa, s hrano. Lahko zmanjša ta občutja, vendar kasneje sproži depresivno razpoloženje in samokritiko.

Epizodo pretiranega hranjenja spremljajo občutja zmanjšane kontrole. Ko se oseba prenažeda, se lahko počuti, kot da je v nekem drugem stanju.

Pogostost: 1-3 % žensk, 0,1-0,3 % moških.

Čeprav je večina oseb, ki imajo bulimijo nervozo, heteroseksualnih žensk, je med njimi pomembno število gejev. (Scott et al. 2004)

Spremljajoče motnje: depresivni simptomi, anksiozni simptomi, zloraba substanc, zasvojenost (alkohol, droge), osebnostne motnje (borderline-mejna osebnost). (MUZA 2007)

- *Kompulzivno prenažedanje.*

Ta motnja je tipična za pozno adolescenco in zgodnja dvajseta leta. Za kompulzivno prenažedanje so značilne ponavljajoče se epizode prenažedanja. V določenem času oseba poje

količino hrane, ki je definitivno večja, kot bi jo pojedla večina ljudi v enakem času in podobnih okoliščinah. Oseba izgubi občutek kontrole nad hranjenjem (oseba ima občutek, da ne more prenehati jesti ali kontrolirati, koliko bo pojedla). Je hitreje, kot je to normalno. Je, dokler se ne počuti neprijetno polna. Poje velike količine hrane, ko ne čuti fizične lakote. Je sama, ker se sramuje, koliko poje. Prenajeda se dvakrat tedensko vsaj šest mesecev.

Nekateri posamezniki poročajo, da je prenajedanje s hrano sproženo z disforičnimi razpoloženji, kot sta depresija ali anksioznost. Drugi niso zmožni identificirati specifičnih občutkov, ampak poročajo o nedoločenem občutju napetosti, ki ga sprostijo pri prenajedanju s hrano. Nekateri opisujejo, da se počutijo, kot da so omamljeni.

S tem vzorcem sporočajo, da njihovo hranjenje ali teža sovpadata z njihovimi odnosi z ljudmi, z njihovim delom, z (ne)zmožnostjo počutiti se dobro. V primerjavi s posamezniki, ki imajo približno enako težo, a so brez tega vzorca hranjenja, poročajo o višji stopnji samopomilovanja, gnusa glede oblike telesa, depresije, anksioznosti, pa tudi o somatskih težavah.

Pogostost: 0,7-4 % med splošno populacijo. Ženske so 1,5-krat bolj nagnjene k tej motnji kot moški. (MUZA 2007)

V študijah so bile evidentirane pomembne razlike med geji in heteroseksualnimi moškimi glede prenajedanja. Neka študija je primerjala odnos do hrane in vedenje heteroseksualnih moških in žensk z lezbijkami in geji in prišla do zaključka, da so si geji in heteroseksualne ženske podobni v vzorcih prehranjevanja v nasprotju z lezbijkami in s heteroseksualnimi moškimi. (Scott et al. 2004)

Pojavnost anoreksije nervoze se v zadnjih 20-ih letih ni zelo spremenila in znaša v razvitem svetu 0,5-1 %. Drugače pa je pri bulimiji nervozi, kjer ugotavljajo, da strmo in linearno narašča. Sprva so bile številke enake kot pri anoreksiji, danes pa so nekajkrat večje (med 3 in 5 %). Podatki za kompulzivno prenajedanje pa še niso znani, saj je to glede na vse tri motnje hranjenja najmlajša kategorija.

Spremenilo se je tudi razmerje med spoloma. Sprva so motnje hranjenja veljale za izrazito žensko bolezen, danes ni več tako. Tako velja, da na 9 do 10 žensk z anoreksijo nervozo zbolijo

1 moški in na 7 do 8 žensk z bulimijo nervozo 1 moški. Pri kompulzivnem prenašanju pa naj bi bila porazdelitev med spoloma približno enaka. (Serbec 2007)

O razširjenosti motenj hranjenja v Sloveniji vemo malo, predvsem pa ni podatkov o vseh motnjah hranjenja. V nadaljevanju bodo tako predstavljeni le podatki o anoreksiji in bulimiji. V zadnjem času se z boleznima pogostejše srečujejo tako zdravniki prvega kontakta (šolski in družinski zdravniki, pediatri) kot tudi specialisti psihiatri. Več bolnikov z omenjenimi boleznimi je zdravljenih tudi v bolnišnicah, kjer se je povečalo število vseh zdravljenj, pa tudi zdravljenj zaradi novo odkritih bolezni. Leta 1989 je bilo zaradi anoreksije in bulimije 44 bolnišničnih zdravljenj, leta 1998 že skoraj 100. Med zdravljenimi v bolnišnicah jih je 90 % mlajših od 25 let, prevladujejo pa bolniki (bolnice) z anoreksijo (83 %). Obe bolezni sta mnogo pogostejši pri ženskah. Zdravljenje v bolnišnici je namenjeno najtežje bolnim, ki jim drugače ne moremo pomagati, najpogostejše pa so stari od 15 do 19 let (48 %), 22 % pa jih mora v bolnišnico že med 10. in 14. letom, predvsem zaradi anoreksije. V tretjini primerov je potrebno zdravljenje v bolnišnici tudi večkrat. (Hafner 2007)

Motnje hranjenja segajo od bolj ali manj prehodnih problemov s težo in postavo do kroničnih oblik s smrtnim izidom. Dolgoročno spremljanje ljudi z motnjo je pokazalo, da jih v desetih letih kar 5 % umre zaradi motnje, v daljšem časovnem obdobju pa vse do 20 %. Smrtnost je zaradi motenj najvišja med vsemi psihološkimi motnjami, celo višja od depresije (Vitiello & Lederhendler 2000). Kar polovica teh smrti so samomori. (Erzar 2007: 145)

Fantje za anoreksijo in bulimijo obolevajo bistveno redkeje. Med zdravljenimi v bolnišnicah po Sloveniji je bilo v zadnjem desetletnem obdobju le 8 % fantov. Res pa je pri njih zdravljenje v povprečju trajalo dlje kot pri dekletih. Pri fantih gre za zelo redki bolezni, ki pa imata, če se razvijeta, težji potek. Pogostejše gre še za kakšno drugo motnjo, ki je obema boleznima pridružena. (Hafner 2007)

V raziskavah je bilo ugotovljeno, da geji izražajo tudi večjo stopnjo nezadovoljstva s telesnim videzom kot heteroseksualci. Russell&Keel sta odkrila, da ljudje, ki so manj sproščeni glede svoje spolne usmerjenosti, izražajo več depresije, nižje samospoštovanje, več simptomov anoreksije in večjo nezadovoljstvo s telesom. (Scott et al. 2004)

1.3.5 ZLORABA SUBSTANC

Prekomerno pitje in zloraba drugih substanc v lezbičnih in gejevskih skupnostih je zaskrbljujoča. Uporaba alkohola, tobaka ter ilegalnih drog je višja med pripadniki gejevske in lezbične populacije in je morda povezana s socialnimi problemi ter problemi z odnosi.

Obstajajo različne povezave — kronični stres, pomanjkanje pozitivnih dogodkov, ki bi olajšali stres, in ponotranjena homofobija vodijo k povečanju uporabe in zlorabe alkohola in drog. Ker se gejevska scena odvija pretežno v barih in klubih, se to morda odraža v naraščajoči konzumaciji alkohola, tobaka in drog gejev in lezbijk.

Nedavna študija Hughes&Eliason o zlorabi substanc v gejevski in lezbični populaciji je osvetlila vzorce uživanja in zlorabe: velik obseg ugotovitev kaže pogostejše pitje nekaterih gejev, ampak tudi višjo raven abstinence drugih.

Tudi če je stopnja popivanja med lezbijkami in heteroseksualnimi ženskami primerljiva, lezbijke poročajo o več problemih, povezanih s pitjem.

Starejša študija je pokazala, da se vsi, geji in lezbijke, težje vzdržijo uživanja alkohola kot heteroseksualci ter da imajo alarmno visoko stopnjo problemov s pitjem. Novejše raziskave pa kažejo na to, da geji niso v znatno višjem tveganju za prekomerno pitje ali za razvoj težav s pitjem kot heteroseksualni moški. (Scott et al. 2004)

Lezbijke pa bodo bolj verjetno čezmerno pile alkohol kot heteroseksualke. (King et al. 2003)

Dve nedavni študiji ugotavljata, da bodo mladi geji dvakrat verjetneje uživali ilegalne droge, vključujoč ekstazi, kokain in marihuano, kot heteroseksualci. Ugotovljeno je povečano jemanje določenih drog, npr. poppers, ekstazi, amfetamin itd., med mlajšimi geji in daljše uživanje kanabisa in kokaina. (Scott et al. 2004)

Raven uporabe substanc je višja med geji in lezbijkami, večja verjetnost je, da bodo uporabili rekreativne droge kot heteroseksualci. (King et al. 2003)

Zakaj je temu tako?

Dinamika pričakovanj, ki jih imajo starši (in sovrstniki), lahko povzroči, da se nekateri mladostniki odzovejo z večjo anksioznostjo, neustreznimi obrambnimi manevri, umikom v subkulturo in vrstniško skupino ter občutljivostjo za pritiske vrstnikov. Ker je adolescenca obdobje preizkušanja meja, mladi razmeroma pogosto eksperimentirajo na področju (dovoljenih in prepovedanih) drog. Razvojno obdobje, v katerem se najpogosteje začne uporaba drog, je adolescenca, točneje prehod med zgodnjo (12-14 let) in srednjo adolescenco

(14-17 let). Tudi raziskave EMCDDA-ja in ESPAD-a so pokazale, da je adolescence obdobje, v katerem ljudje uporabljajo največ dovoljenih in prepovedanih drog. (Sande 2004: 32)

Poleg preizkušanja meja sta pomembna še utrditev identitete in igranje novih življenjskih vlog. Eksperimentiranje z drogami in rekreativna uporaba sta lahko le prehodni obdobji, ki pri večini mladostnikov za seboj ne pustita večjih posledic. V nekaterih primerih pa se uporaba lahko zavleče v odraslo obdobje in za seboj pusti fizične in psihične posledice različnih razsežnosti. Coleman in Hendry opisujeta adolescence kot posebej občutljivo obdobje razvoja osebnosti, v katerem se neprimerno vedenje pojavi takrat, ko obrambi mehanizmi mladostnika ne morejo več razreševati notranjih konfliktov in napetosti. (Sande 2004: 33)

Omenjen pristop premika fokus s posameznika na slabe družbene in socialne razmere ter težave v družini, kar naj bi vplivalo na stopnjo problematičnega vedenja, kamor uvrščamo tudi npr. kaotično uporabo dovoljenih in prepovedanih drog. Kombinacijo intrapersonalnih in socioekonomskih dejavnikov lahko zaznamo v diskurzu o »rizičnih skupinah mladostnikov«. Kumpferjeva (1998) navaja naslednje rizične skupine mladostnikov (Sande 2004: 34):

- žrtve fizičnih, spolnih in psihičnih zlorab,
- mladi s težavami v duševnem zdravju,
- mladi, ki so nagnjeni k suicidalnosti.

Treba je opozoriti, da pripadnost omenjenim skupinam ne pomeni, da bodo mladi uporabljali droge, prav tako kot izpostavljenost več dejavnikom tveganja za uporabo drog naenkrat še ne pomeni nujno tudi uporabe drog, ampak predvsem statistično verjetnost.

V Sloveniji je bila prva (in edina) raziskava o dejavnikih tveganja med slovenskimi srednješolci raziskava Tomorijeve in sodelavcev z naslovom »Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih«. Rezultati raziskave so opozorili na naslednje dejavnike tveganja za uporabo drog (Sande 2004: 60):

- samouničevalno vedenje,
- »negativne« dejavnosti v prostem času,
- depresivnost,
- veliko število problemov (težav).

Pri depresivnosti kot dejavniku tveganja se je pokazalo, da so bili tisti anketiranci, ki so na Zungovi lestvici depresivnosti dosegli (zelo) nizek rezultat, verjetneje med neuporabniki drog kot tisti z visokim rezultatom. Anketiranci, ki so odgovorili, da imajo veliko problemov, so tudi pogosteje odgovorili, da pijejo alkohol, kadijo cigarete in uživajo marihuano, kot tisti, ki niso napisali, da so imeli probleme.

Anketiranci, ki so bili optimistični glede svoje prihodnosti, so bili pogostejše med neuporabniki dovoljenih in prepovedanih drog kot njihovi bolj pesimistično naravnani vrstniki. (Sande 2004: 61)

1.4 IZKUŠNJE HOMOSEKSUALNIH OSEB Z SLUŽBAMI DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Raziskave navajajo, da je glavna skrb gejev in lezbijk s težavami v duševnem zdravju »dvojna stigma«, ki jo izkusijo: so odtujeni od lezbične in gejevske populacije zaradi problemov v duševnem zdravju in izolirani v službah za duševno zdravje zaradi gejevske in lezbične identifikacije. (Johnson et al. 2007)

Projekt za svetovanje in izobraževanje PACE (Project for Advice, Counselling and Education, Londonska podpora organizacija za geje in lezbijke) je tudi ugotovil, da geji in lezbijke, ki uporabljajo te storitve, lahko naletijo na enako diskriminacijo v storitvah duševnega zdravja kot v širši družbi. (King et al. 2003)

Rezultati raziskav s področja zdravstva, svetovanja, terapije in lezbične ter gejevske mladine so razkrili, da obstajata homofobija in heteroseksizem med osebjem služb za duševno zdravje ter da imajo lezbijke in geji negativne izkušnje s službami duševnega zdravja.

Pri nas nimamo sistematično zbranih podatkov o gejih in lezbijkah kot uporabnikih socialnih ali svetovalnih služb ali služb duševnega zdravja.

Večina lezbijk in gejev, ki iščejo pomoč, se obrača na običajne službe. Odzivi služb so odvisni zlasti od osebne razgledanosti in širine profesionalke in profesionalcev oz. na drugi strani od njihovih predsodkov in ne od kakšne načelne naravnosti, ki bi si jo te službe posebej vpisale v svoj kodeks (z izjemo nekaterih nevladnih organizacij, ki se glede tega jasneje deklarirajo). Tako nobena lezbijka ali gej ne more vedeti, kaj lahko pričakuje, če se bo obrnil/a na profesionalno službo. Pozitiven odziv na njeno, njegovo spolno orientacijo ni samoumeven. Informacije o dobrih in slabih svetovalcih potem krožijo od ust do ust po neformalni mreži, v smislu: »Ti, a poznaš koga, ki s tem nima problema?« Že tako se je namreč težko odločiti, da boš razprl svoje intimne probleme popolnemu tujcu; toliko težja je odločitev, če sploh ne veš, na kakšno mino lahko stopiš, ko prideš čez prag ustanove.

Lezbijke in geji, ki so v določenem obdobju svojega življenja iskali pomoč, pripovedujejo o zelo dobrih izkušnjah, in teh je kar veliko, pa tudi o precejšnjem nerazumevanju in nesprejemanju. (Urek 2002: 115)

Med dobre izkušnje so šteli, če so po razkritju pred strokovnim delavcem doživeli občutek sprejetosti, nezavrženosti, neodtegnjene bližine, zanimanje in podporo svojim prizadevanjem. Med slabe izkušnje so uvrstili odzive v razponu od obupne zadrege do poskusov spreobračanja. Zadrega strokovnjaka ob razkritju zna biti neprijetna, pa vendar človeška in ni nujno znak, da se v nadaljevanju srečanje ne bo dobro izšlo. Nekateri so doživeli na prvi pogled pozitiven odziv, ki pa se je pozneje razvil v različne neprijetnosti, npr. v napad »vsiljive radovednosti«.

Med hujše odzive profesionalnih služb sodi patologizacija homoseksualnosti, se pravi praksa, ki se opira na prepričanje, da je homoseksualnost problem ali odklon. Med najpogostejše in najpopularnejše načine aplikacije tega prepričanja sodijo napor, usmerjeni v iskanja osebnih vzrokov, da se ti je v življenju to pripetilo.

V srčiko tega prepričanja je vsajeno vedno znova dejavno staro upanje, da se da homoseksualnost pozdraviti. Samo potruditi se je treba. Procesi poskusov korekcije iz homoseksualnosti v heteroseksualnost so lahko bolj ali manj razvidni, včasih pa tudi povsem zakriti. Profesionalna oseba lahko npr. pozitivno, v prijateljskem tonu spodbuja geja ali lezbijko, naj vendarle poskusi najprej tudi v heteroseksualnem odnosu, da bo lahko pozneje povsem prepričan/a. Prijateljsko prepričevanje postane učinkovitejše, če v geju ali lezbijki prebudi občutke slabe vesti, krivde in čustva izgube, ki jih morda še ni predelal/a. Homoseksualna oseba bo odvrnila s sabo skupaj s svojimi še nepotrebno breme tujih dvomov in strahov. (Urek 2002: 116)

Naj na tem mestu omenim rezultate raziskave, ki jo je v svoji diplomski nalogi *Socialni delavci-ke in njihov odnos do ljudi, ki živijo v istospolni skupnosti* izvedla Aleksandra Denša. Socialne delavke in delavce je spraševala po njihovih mnenjih in izkušnjah s homoseksualnimi osebami. Rezultati govorijo sami zase (Denša 2004):

- 85 % vprašanih se še nikoli ni udeležilo seminarja ali delavnice o homoseksualnosti.
- 17 % vprašanih še nikoli ni prebralo članka ali revije na temo homoseksualnosti, 17 % jih še nikoli ni gledalo oddaje ali filma o homoseksualnosti.
- 49 % ne pozna ne revij ne organizacij na področju homoseksualnosti v Sloveniji.

- 46 % socialnih delavcev ve, 45 % pa ne, kaj se danes dogaja na tem področju v Sloveniji.
- 96 % se jih še ni udeležilo pohoda proti homofobiji. (Odgovori so bili: »To področje me ne zanima. Nisem seznanjen s tem. Mislim, da za svoje pravice znajo sami poskrbeti.«)
- Tudi danes se jih 57 % ne bi udeležilo pohoda proti homofobiji.
- 66 % se jih ne bi odzvalo, če bi bili priča zmerjanju fanta s strani treh fantov z izrazi: *peder, toplovodar, buzi ...*
- Za 23% je heteroseksualnost edina sprejemljiva spolna usmerjenost, za 6 % je homoseksualnost nesprejemljiva, za 49 % so sprejemljive vse, za 13 % je lezbištvo sprejemljivejše kot homoseksualnost.
- Asociacije socialnih delavcev, ko slišijo besedo »homoseksualnost: le 6 % jih je pomislilo na ljubezen do partnerja istega spola, ostalih 94 % pa na AIDS, motnjo, eksperimentiranje, strah, drugačnost ali niso vedeli.

Homofobija v profesionalnih službah se kaže v več oblikah, vključno z spolno, verbalno in fizično zlorabo, najbolj pogosta oblika pa je patologizacija. Ob tem uporabniki čutijo, kot da ostale dogodke, ki so morda vplivali na težave v duševnem zdravju, njihov terapevt ali svetovalec ignorira. Predvsem mladi uporabniki so najverjetneje patologizirani. Pogosto jim je rečeno, da so v nezreli razvojni fazi in da so v resnici heteroseksualci. Mladi uporabniki, ki so bili žrtve spolne zlorabe, so podučeni, da je to povzročilo njihovo spolno usmerjenost. Če se homoseksualnost razume kot dokaz duševne bolezni, bo verjetno uporabnikova spolna usmerjenost tretirana kot glavni izvor težav v duševnem zdravju. (American Psychological Association 2000)

Takšne oblike patologizacije so škodljive in povzročijo nadaljnjo škodo pri samospoštovanju gejev in lezbijk. Mnogo drugih mladih in starejših lezbijk in gejev se zaradi strahu pred patologiziranjem svojemu svetovalcu ne razkrije.

Nekateri uporabniki služb duševnega zdravja pa opozarjajo na to, da je stres, ki je povezan s homofobijo, ignoriran kot potencialen faktor, ki vpliva na njihovo duševno zdravje. Včasih se to zgodi, ko svetovalec uporabi liberalen pristop, ki spregleda pomembnost drugačnosti, perspektiva »slepi za spolno usmerjenost«. (American Psychological Association 2000)

Homofobija, prisotna v službah duševnega zdravja, lahko povzroči, da so te službe neprimerne ali nedostopne za geje in lezbijke. (Scott et al 2004)

»Diagnosis homophobic« je prva kvalitativna raziskovalna študija v Veliki Britaniji, ki obravnava izkušnje lezbijk, gejev in biseksualcev glede služb duševnega zdravja. Spodbudilo jo je pomanjkanje takšnih raziskav in velika potreba po njih. Nastala je zaradi vprašanja, zakaj veliko klientov noče take vrste pomoči oz. so z njo nezadovoljni. Nekaj najverjetnejših vzrokov za to je:

- strah pred patologiziranjem (in predhodne izkušnje s tem) tistih, katerih identiteta in vedenje nista heteroseksualna,
- strah pred ignoranco in homofobijo osebja (in predhodne izkušnje s tem),
- uporaba storitev teh služb in biti »in the closet« lahko vodi v neprimerno oskrbo, osamljenost, izolacijo, morda tudi občutke ponotranjene homofobije,
- strah pred stigmatizacijo,
- skrbi glede zaupnosti,
- nevidnost in pomanjkanje sprejetosti spolne usmerjenosti, ki ni heteroseksualna.

Zgodovinsko imajo geji in lezbijke zelo podroben odnos s službami duševnega zdravja in spoznanja kažejo, da ta zgodovina vpliva na strah glede varnosti, pa tudi pred patologizacijo in stigmatizacijo.

Raziskava med lezbijkami in geji, uporabniki storitev služb duševnega zdravja, je opozorila, da je osebje pod vplivom predsodkov in da se lezbijke in geji velikokrat ne razkrijejo, saj se bojijo škode in neprijetnosti.

Rezultati študije Diagnosis homophobic razkrivajo, da odnos do tistih, ki iščejo pomoč in podporo, ne vpliva samo na to, uporabniki kako ocenjujejo te službe, ampak tudi, kaj čutijo do sebe.

Diagnoza in terapija gejev in lezbijk varirata in sta odvisni od predsodkov, ignorance, liberalizma in informiranosti svetovalcev. Nekateri svetovalci še vedno patologizirajo, ignorirajo ali zanikajo neheteroseksualno identiteto. Takšni pogledi lahko vplivajo na diagnozo in zdravljenje. Homofobija in heteroseksizem lahko vplivata tudi na kakovost storitev. Uporabnike moti predvsem:

- pomanjkanje informacij o diagnozi in zdravlilih,
- preveč odvisnosti od zdravil – želeli bi si več pogovorov,
- občutek, da službe za duševno zdravje bolj kaznujejo in onemogočajo kot zdravijo in opolnomočijo,
- pomanjkanje spoštovanja do posameznika — uporabniki so etiketirani.

Read (1996) identificira pomanjkanje informacij kot pogosto pritožbo med uporabniki služb: pomanjkanje informacij glede diagnoze in posledic zdravil.

MIND-ova študija (1997) je razkrila, da je 51 % lezbijk, gejev in biseksualcev, uporabnikov služb duševnega zdravja, povedalo, da so njihovo spolno usmerjenost profesionalci neprimerno uporabili za razlago vzrokov njihovih duševnih težav.

Udeleženci so doživljali tudi:

- verbalno zlorabo in posmeh (antigejevske šale);
- ignoranco in pomanjkanje ozaveščenosti (nekateri delavci morda nimajo očitnih homofobičnih drž, a ignoranca in pomanjkanje ozaveščenosti, ki izvirata iz heteroseksizma, tudi vplivata na pomoč in podporo, ki jo nekdo prejema; pomagata tudi podpirati mite o gejih in lezbijkah);
- stereotipiziranje (prepričanje, da lezbijke sovražijo moške, karikirane *butch in femme* lezbijke, prepričanje, da lezbijke nimajo otrok, prepričanje, da so vsi geji HIV pozitivni, ideja o povezavi med spolno usmerjenostjo in seksualno zlorabo v otroštvu);
- voajerizem in neprimerna vprašanja;
- biti utišani (pomanjkanje razumevanja in ozaveščenosti o pomembnosti *coming-outa* in usodna vloga le-tega pri razvijanju zdrave identitete lahko včasih vodi delavce v to, da svetujejo pacientom, naj molčijo o tem);
- obsojajoče odnose (obsojajoči odnosi o spolni usmerjenosti lahko vplivajo na prejeto pomoč);
- patologizacijo spolne usmerjenosti;
- zanikanje homoseksualne spolne usmerjenosti;
- razvrednotenje;
- ignoriranje.

Perkins (1996) je ugotovil, da je zanikanje predvsem pogosto pri mlajših ženskah in da so svetovalci radi prepričani, da so raziskane vse poti k heteroseksualnosti.

Uporabniki so identificirali naslednje značilnosti odnosa svetovalnih delavcev: stereotipiziranje, stigmatiziranje, pokroviteljstvo, diskriminatornost. Spolno specifični stereotipi lahko rezultirajo v pokroviteljstvo in neposlušanje uporabnika. Takšni odnosi pomenijo, da bodo uporabniki morda dobili pomoč in podporo, ki sta nepomembni ali neprimerni. Uporabnike lahko to tudi odvrne od iskanja pomoči v službah duševnega zdravja.

Nekateri uporabniki so imeli pozitivne izkušnje:

- prepoznanje njihove spolne orientacije in pozitivno in odprto sprejetje,
- prejeli so primerno pomoč in informacije,
- prejeli so informacije, ki so jih zahtevali,
- njihova prijateljstva in razmerja so bila upoštevana,
- spoštljivost do njihovega *coming-outa*.

Majhno število udeležencev je čutilo, da izkušnja biti gej ali lezbijka v heteroseksualni družbi omogoča večje razumevanje tistih, ki imajo težave v duševnem zdravju. Izkušnje z negativnimi odnosi pa so pogostejše. Odnosi, ki stereotipizirajo, stigmatizirajo, diskriminirajo, in pokroviteljski odnosi lahko vplivajo na:

- razkritje seksualne usmerjenosti,
- dostop,
- ali je bila storitev uporabljena in v kakšnem obsegu,
- zdravljenje,
- na kvaliteto prejete pomoči in podpore,
- izkušnje osamljenosti in izoliranosti,
- kvaliteto ali pomembnost prejete pomoči.

Uporabniki so izrazili željo po specializiranih službah, ker:

- ne želijo trpeti homofobije in heteroseksizma,
- bi bolj verjetno prejeli empatijo, razumevanje in primeren odnos,
- jim ne bi bilo potrebno poučevati strokovnega osebja,
- spolna usmerjenost ne bi bila patologizirana,

- bi imeli možnost spoznati ljudi s pozitivnimi seksualnimi identitetami,
- zmanjšali bi se osamljenost in izolacija.

Vprašani so mnenja, da bi morala obstajati izbira med splošnimi in specialističnimi službami. Splošne službe namreč potrebujejo veliko izboljšav (McFarlane 1998):

- aktiven boj proti homofobiji,
- nudenje možnosti v odnosu svetovalec-uporabnik,
- povečati vidnost gejev in lezbijk,
- promocija odobritve in sprejetja spolnih manjšin, ki je neločljivo povezano z zagotovilom, da neheteroseksualna identifikacija in vedenje ne bosta patologizirani,
- promocija duševnega zdravja in kreiranje zdravega okolja za vse,
- izboljšanje znanja osebja in ozaveščenosti.

Pomembno je opozoriti na to, da mnogi geji in lezbijke pravijo, da ne morejo izraziti in raziskovati negativnih čustev o svoji spolni usmerjenosti, ker čutijo, da se morajo braniti pred homofobijo drugih ljudi. Ne počutijo se 'varne', da bi raziskali ta svoja čustva in težka vprašanja, če ne čutijo, da njihov svetovalec sprejema njihovo identiteto. (Platzer 2005)

Raziskava je opozorila na še en pomemben vidik: če veliko gejev in lezbijk ne uporablja služb duševnega zdravja, ne smemo predvidevati, da je vse v redu in problemov ni, pač pa je to lahko razlog za skrb in raziskovanje.

Na koncu dodajam zanimiv in koristen *Vodič skozi profesionalno pomoč za geje in lezbijke*, ki ga je napisala Mojca Urek (Urek 2002: 117):

1. Strokovnjaki so zato, da vas podprejo v vaših življenjskih izbirah. Zahtevajte to od njih.
2. Dobro premislite, preden strokovni osebi zaupate, da ste gej ali lezbijka. Preverite na zvit način, kakšne predsodke bi utegnila imeti. Ni vam treba biti že takoj iskreni, nikomur niste dolžni tega razlagati ali se zato še opravičevati.
3. Če zaslutite, da vas hočejo prepričati, da se spreobrnite, zamenjajte terapevta, prejšnjega pa prijavite varuhu človekovih pravic.
4. Ni vsak, ki daje vtis, da vas je sprejel, tudi zares strpna oseba; včasih prav tiste, ki priznajo, da o tem ne vedo veliko, v resnici osebno bolj zanimajo kakor prve.

5. Če ste v brezizhodnem položaju, odvisni od pomoči, pred vami pa so okrepljene vrste homofobičnih strokovnjakov, si poiščite zagovornika.
6. Če verjamete, da vas ni prinesla štoklja, potem mirno verjemite, da tudi shizofrenije ali depresije niste staknili, ker ste se poljubljali z osebo istega spola.
7. Velika verjetnost je, da niste zato lezbijka ali gej, ker je bila vaša mama gospodovalna, pa tudi če bi bilo tako, kaj to koga briga. Če čutite, da vas to vprašanje preveč obremenjuje, se vprašajte, kaj vse vpliva na to, da postane kdo heteroseksualen. Kakšne tipične družinske razmere, kateri tip matere ali poseben gen? Postavite to vprašanje svojemu terapevtu na naslednji seansi.
8. Če dvomite o svoji spolni usmerjenosti, imate pravico, da se strokovnjaki z vami o teh dvomih pogovarjajo, vendar bodite pazljivi, da ne bodo dvomili bolj od vas. Zelo hitro se vam lahko zgodi, da boste svoje dvome o sebi zamenjali z njihovimi dvomi o homoseksualnosti nasploh.
9. Zavedajte se, da se v vas nenehno projicira veliko nezaupanja, zaradi česar morda že sami dvomite, ali ste ustrezna oseba. Ne dopustite, da vas z nezaupanjem obsipa še oseba, ki ste si jo izbrali kot zaupno.

2 RAZISKAVA

2.1 PROBLEM

Tuje raziskave ugotavljajo, da naj bi bili homoseksualci bolj dovzetni za težave v duševnem zdravju. Razlog je v heteronormativnost, ki vlada v družbi in narekuje socialno izključevanje (eksplicitno in implicitno stigmatizacijo, homofobijo, nasilje). Deluje tudi kot pritisk k prilagajanju heteroseksualnim družbenim normam in vedenjskim vzorcem. Vse to vpliva na posameznika.

Zanimalo me je, kaj o tem menijo slovenski homoseksualci, predvsem kakšna so bila njihova občutja ob odkritju homoseksualnosti in kako so jo sprejeli. Osredotočila sem se na morebitne izkušnje tesnobe, depresije, samomorilnih stisk in samopoškodovanja. Zanimalo me je, kakšno mnenje imajo o svojem telesnem videzu, koliko alkohola in drog uživajo. Ob koncu so me zanimale še izkušnje s službami duševnega zdravja.

2.2 METODA

2.2.1 VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je kvantitativna in kvalitativna (kombinirala sem oba pristopa) ter poizvedovalna. Uporabila sem vprašalnike ter tako skušala pridobiti odgovore o doživljanju homoseksualne identitete, o težavah v duševnem zdravju in njihovo povezavo s heteronormativnostjo in homofobijo ter o izkušnjah s službami duševnega zdravja.

2.2.2 SPREMENLJIVKE

Podatke sem razdelila na več tem, ki so me pri raziskovanju zanimale:

- prvi odzivi in občutja osebe ob spoznanju, da je homoseksualno usmerjena
- »spopadanje« s temi občutji,
- ali so po mnenju homoseksualnih oseb težave v duševnem zdravju pogostejše med gejevsko in lezbično populacijo kot med splošno,

- ali po njihovem mnenju na težave v duševnem zdravju vplivata socialna izključenost in diskriminacija,
- izkušnje tesnobe (Posledica homofobije?),
- izkušnje depresije (Posledica homofobije?),
- izkušnje samomorilskih stisk (Posledica homofobije?),
- izkušnje samopoškodovanja (Posledica homofobije?),
- motnje prehranjevanja,
- zadovoljstvo s telesnim izgledom,
- uporaba alkohola in drog (Posledica homofobije?),
- izkušnje s službami duševnega zdravja.

2.2.3 VIRI PODATKOV

Za raziskavo sem uporabila podatke, ki sem jih pridobila z vprašalnikom.

Viri podatkov so bili anketiranci, ki so se odločili za izpolnjevanje vprašalnika.

2.2.4 POPULACIJA IN VZOREC

Za kriterij sem si seveda postavila geje in lezbijke. Vzorec je bil priročen, saj sem preko znancev, društev Legebitra in DIH ter Mavričnega foruma in drugih internetnih forumov navezala stik s predstavniki gejevske in lezbične populacije, ki so bili pripravljeni sodelovati. Vprašalnike so izpolnjevali oktobra in novembra 2009. Anketirancev je bilo 36, stari so bili od 18 do 50 let.

2.2.5 ZBIRANJE PODATKOV

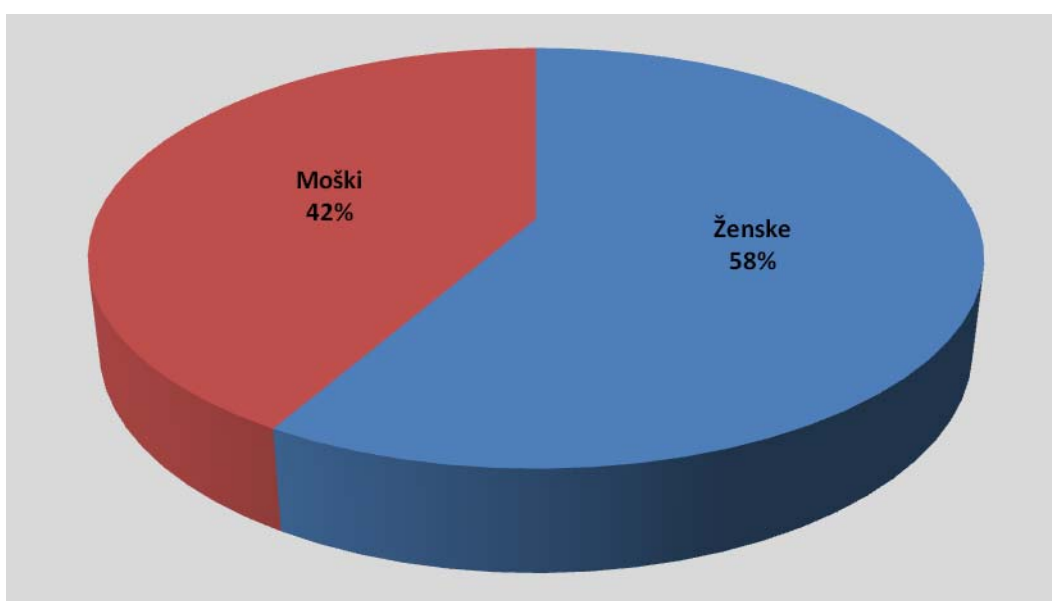
Vprašalnik sem posredovala društvom za homoseksualce, internetnim forumom in znancem. Uporabila sem polodprt vprašalnik, v katerem sem najprej opredelila teme, ki so me zanimala, in nato na podlagi le-teh sestavila vprašanja. Odgovore so mi anketiranci posredovali po elektronski pošti. Ko sem imela zbrane vse odgovore, sem začela z obdelavo podatkov.

2.2.6 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Analizo empiričnega gradiva sem opravila s kvantitativno analizo.

3. REZULTATI (UGOTOVITVE)

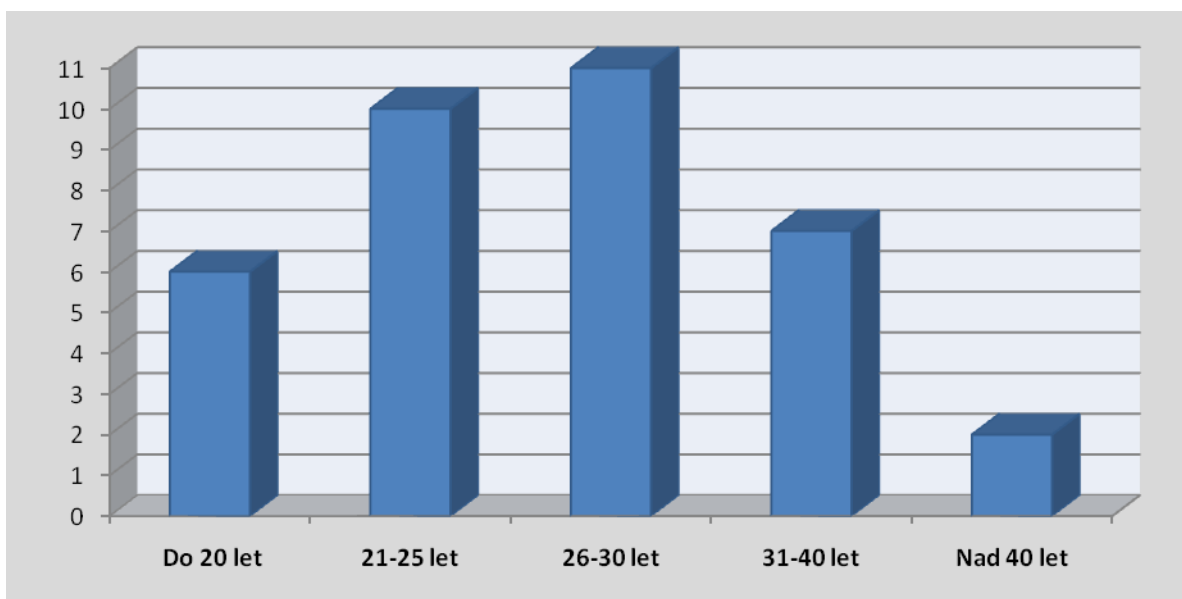
1. Spol



Graf 1

Vprašalnik je izpolnilo 21 žensk (58 %) in 15 moških (42 %).

2. Starostna struktura anketirancev



Graf 2

Največ anketirancev (11) spada v starostno skupino od 26 do 30 let.

Sledijo jim anketiranci, stari od 21 do 25 let, teh je bilo 10.

7 anketirancev je bilo starih od 31 do 40 let.

6 anketirancev ima 20 let ali manj.

Najmanj anketirancev spada v starostno skupino nad 40 let, in sicer 2.

3. Kakšne občutke ste imeli ob spoznanju, da ste homoseksualno usmerjeni?

(Te odgovore sem se odločila predstaviti v celoti, saj dobro opisujejo različna občutja in se mi zdi, da povedo več, kot če bi jih suhoparno pretvorila v odstotke. Odgovore sem razvrstila od negativnih občutij do pozitivnih.)

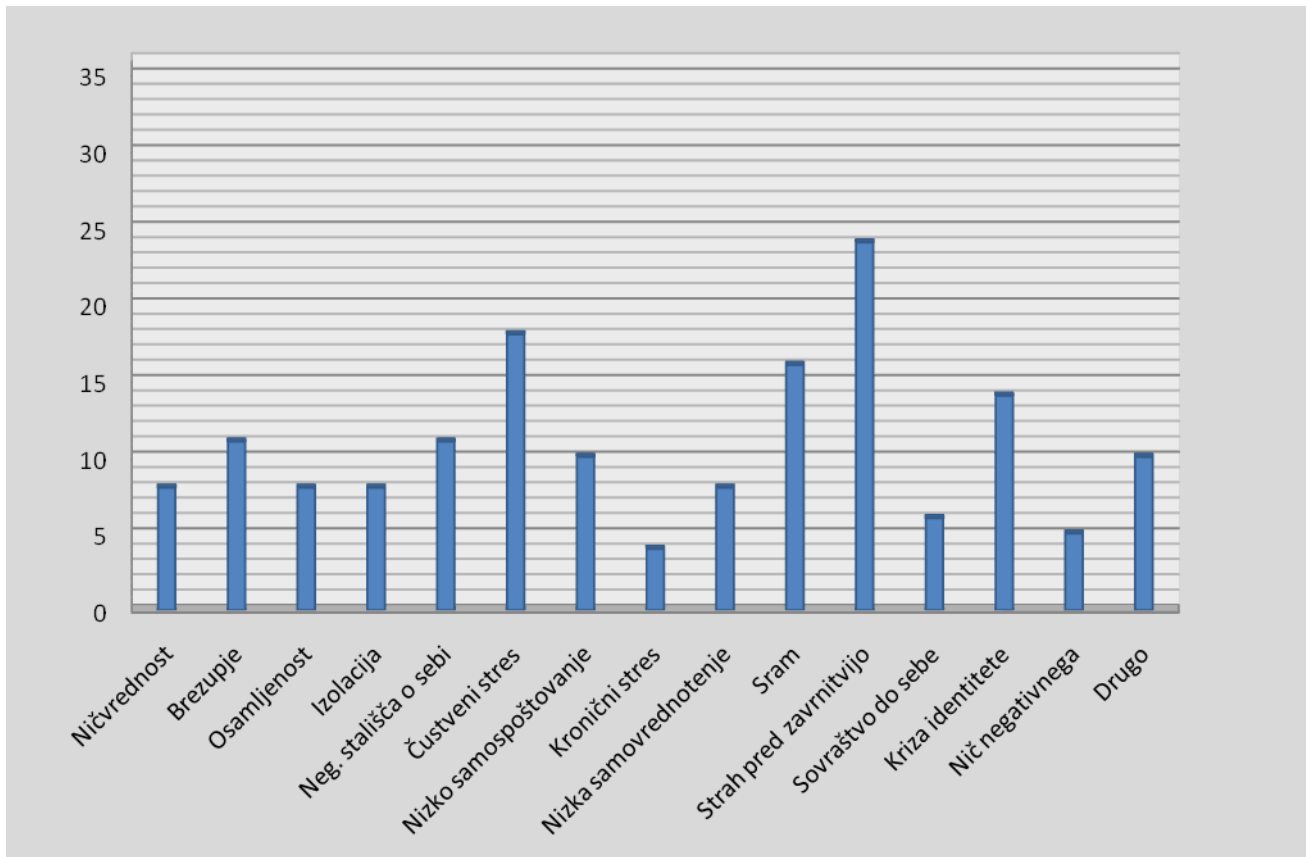
- »Grozljive.«
- »Bilo me je strah, bil sem depresiven, bilo me je sram.«
- »Zmedenost, strah.«
- »Presenečenje, malce dvomov in strahov, kako bo to sprejela okolica.«
- »Močne občutke krivde, predvsem zaradi verske vzgoje in ignoriranja tega dejstva s strani staršev kot da ne obstaja.«
- »Najprej me je seveda začelo skrbeti odziv staršev in prijateljev in pa vprašanje, kakšno življenje bom imel zaradi tega.«
- »Zmedenost, negotovost, čustveno neuravnovešenost.«
- »Negativne.«
- »Zmedenost, kaj to prinaša za prihodnost v mojem življenju.«
- »Sprva zelo negativne, kasneje pa pozitivne, sem sprejel resnico.«
- »Svet se mi je podrl, dotedanje vrednote so postale vprašljive, bila sem v stiski, anksiozna, živčna, shujšala sem.«
- »Da sem drugačen od ostalih in da le-tega okolje, v katerem živim, ne sprejema.«
- »Presenečenje, ugotavljanje, zakaj je to tako in ali je kaj narobe.«
- »Zanikanje, žalost, osramočenost.«
- »Občutki so bili zelo mešani. Ko sem končno prepustila čustvom, da se sprostijo in si dovolila čutiti nekaj, kar je socialno nesprejemljivo, sem se počutila krasno, a vedno sem vedela, da bom omejena; v družbi, ki jo imaš, z družino, s sodelavci; vedno premisliš, preden kaj rečeš, ne bi želela, da se ljudje okoli mene začnejo vesti negativno, ker jim pač ne ustreza dejstvo, da ne moreš pomagati, v koga se zaljubiš in kaj čutiš.«
- »Zmeda, strah, občutek drugačnosti, nerazumljenosti, potrebo po podrejanju heteronormativom.«
- »Bila sem zmedena. Od neverjetne sreče, celo vzhičenosti po eni strani, do izjemne stiske.«

- »Bil sem zmeden. Kot da je to greh in nespodobno. V času pubertete sem privlačnost do istega spola potlačil. Šele pozneje sem spoznal, da s homoseksualnostjo ni nič narobe in sčasoma sem jo sprejel kot nekaj normalnega.«
- »Nenavadne, počutila sem se zmedeno, kot da to ni prav in prepričevala sem se, da je to le faza in bo kmalu minilo.«
- »Negotovost, dvomila sem.«
- »Spomnim se, da sem v svoj dnevnik napisala, da nočem bit lezbijka, ker me bodo vsi gledali postrani.«
- »Mešane, najprej sem si govoril, da bo minilo. Sčasoma pa sem ugotovil, da sem to jaz in da ni nič narobe z mojimi občutki.«
- »Ne spomnim se trenutka, ko sem ugotovila, da sem istospolno usmerjena, nekako sem že od nekaj vedela, tako da kakšnega nenadnega šoka ni bilo.«
- »Težav sama s sabo nisem imela, sem se pa veliko bolj osredotočala na to, kako me bodo drugi sprejeli.«
- »Dobre, ker sem bila zaljubljena.«
- »To dejstvo sem sprejel mirno, nisem se bistveno obremenjeval z morebitnimi posledicami razkritja te »skrivnosti.«
- »Nobenih posebnih občutkov.«
- »Nobenih posebnih izkušenj. Nikoli se s tem nisem posebej ukvarjal. Dojemal sem kot nekaj samoumevnega.«
- »Kul.«

7 anketirancev ni odgovorilo na vprašanje.

4. Kaj ste doživljali ob tem spoznanju?

(možnih je več odgovorov)



Graf 3

Največ anketirancev (24) je doživljalo *strah pred zavrnitvijo*.

Sledijo *čustveni stres* (18), *sram* (16), *kriza identitete* (14), *negativna stališča o sebi* (11) in *občutki brezupa* (11).

Nekateri anketiranci so izkusili tudi *nizko samospoštovanje* (10), *nizko samovrednotenje* (8), *izolacijo* (8), *osamljenost* (8) in *občutke ničvrednosti* (8).

Sovraštvo do samega sebe je občutilo 6 anketirancev, *kronični stres* pa štirje.

Ničesar negativnega ni občutilo 5 anketirancev:

- »Celotno stvar sem doživljal res pozitivno, brez notranjih težav«.
- »Doživljal nisem nič od navedenega.«
- »Ponos«.

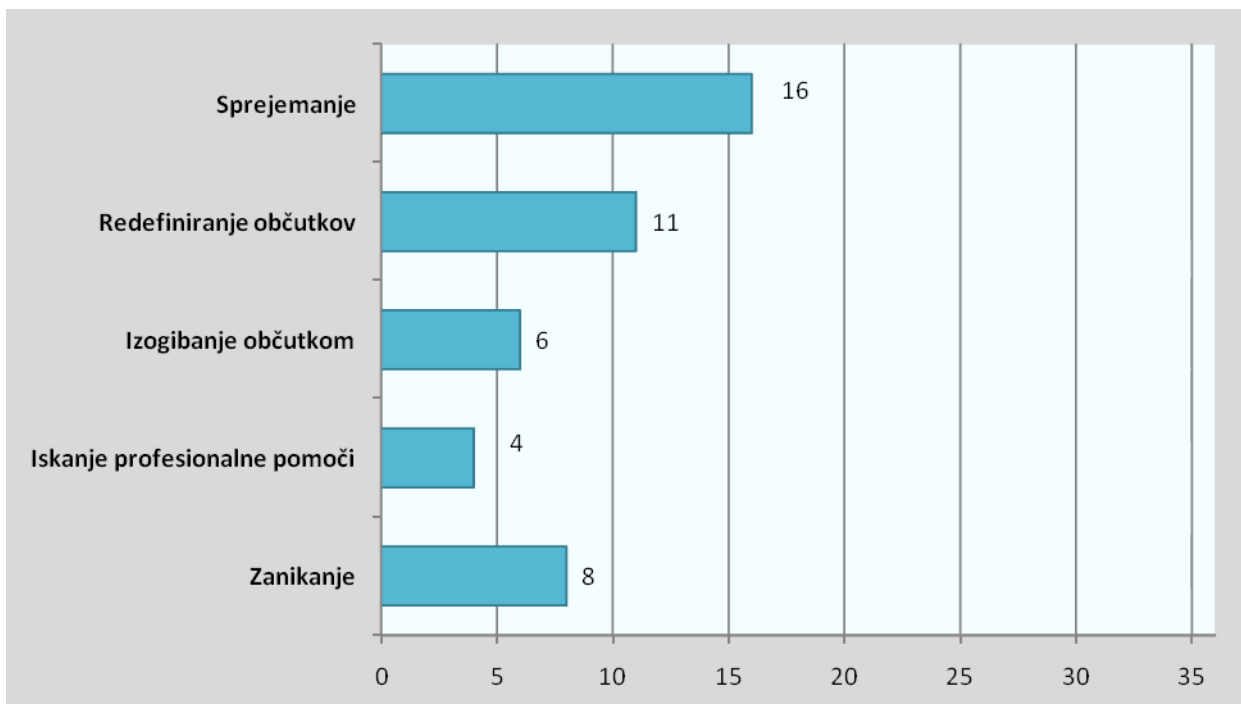
- »Spolna usmerjenost kot taka ni bila nikoli razlog za doživljanje zgoraj naštetih občutkov.«

10 anketirancev je pod točko *Drugo* naštel še nekaj občutij oz. odzivov:

- Bes.
- Panika.
- Agresivnost.
- Zanikanje.
- »V bistvu mi ni bilo grozno, le nisem želela imeti takih občutkov, ker to pač »ni normalno«.
- »Prijetni občutki, ker sem bila zaljubljena, in potem rahel strah«.
- Potlačitev.
- Občutek drugačnosti.
- Glavoboli, samomorilne misli.
- Šibka točka.

5. »Spoprijemanje« z občutki homoseksualnosti

(možnih je več odgovorov)



Graf 4

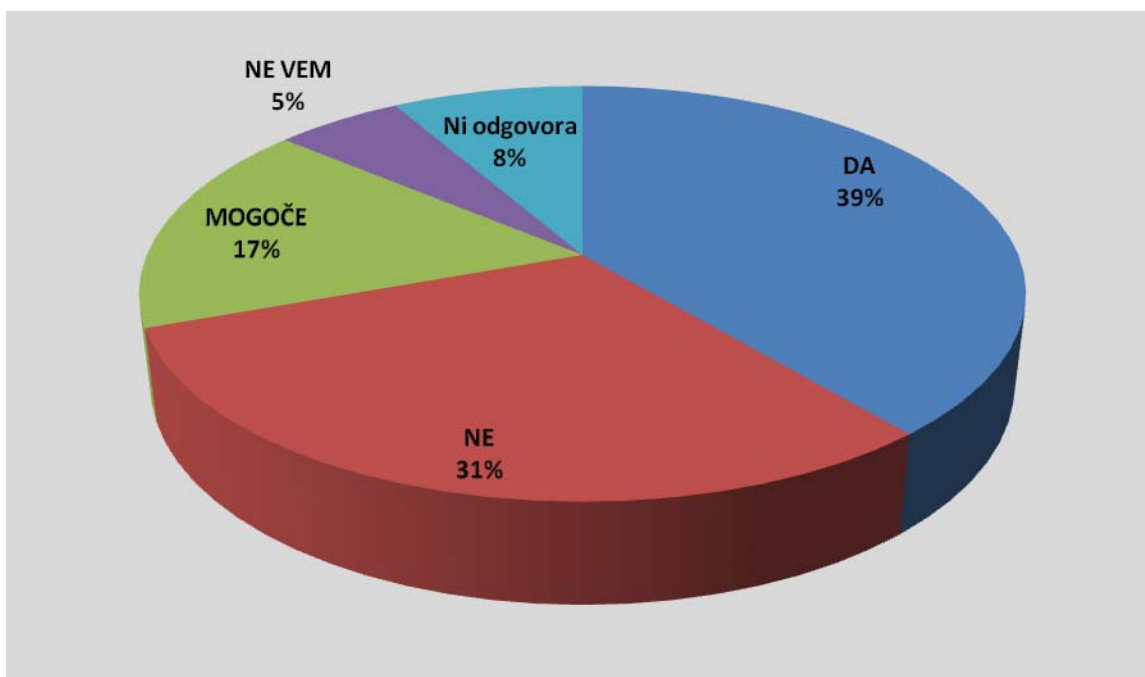
Največ anketirancev je občutke sprejelo (16). Naj poudarim, da mnogi ne takoj, ampak po prvotnem zanikanju, izogibanju, redefiniciji.

11 anketirancev je občutke redefiniralo (homoseksualna izkušnja kot izredni primer, biseksualnost, začasna identiteta, situacija, npr. vinjenost ...).

8 anketirancev je občutke zanikalo.

Občutkom se je izogibalo 6 anketirancev, 4 so iskali profesionalno pomoč.

6. Ali se Vam zdi, da so težave z duševnim zdravjem v gejevski in lezbični populaciji pogostejše kot v splošni populaciji (s tem mislim vse od blažjih duševnih stisk do resnejših težav)?



Graf 5

39 % anketirancev (14) meni, da so težave v duševnem zdravju med geji in lezbijkami pogostejše kot v splošni populaciji. Dodali so:

- »Pa ne zaradi nas samih, pač pa zaradi množičnega zavračanja okolice.«

- »Večkrat ja kot ne. Vem, da imamo vsi težave in probleme, ampak vseeno, ko te družina zavrne in izolira in ko ostaneš brez prijateljev, s katerimi si odraščal in ko malodane kdo pljune nate, ne moreš reči, da te ne prizadane bolj kot nekoga, ki ima normalno heteroseksualno razmerje, ki v očeh javnosti ni nesprejemljivo in narobe.«

- »Mislim, da vsako dejstvo o sebi, ki ga ne moreš sprejeti, močno vpliva na duševno zdravje. Pri vseh stvareh, ki so stvar identitete, je to še težje, ker poskušaš spreminjati, kar se spreminjati ne da. Homoseksualnost je vsekakor ena teh stvari. Vendar ne gre poenostavljati, da je v splošnem težje, mislim, da je zelo odvisno, koliko te sama družina podpre. Če tega ni, je še toliko bolj pomembno, da bi bila družba bolj strpna.«

- »Ne vem, bi se strinjala, da doživljajo pretrse, a je vse odvisno od okolja, kjer živijo ipd. Na primer: verjamem, da so geji in lezbijke, ki živijo v Ljubljani, doživljali veliko manjši stres kot jaz, ki sem iz vaškega okolja in vzgojena v katoliškem duhu. Torej je moj odgovor najbrž ja - v določenih primerih.«

31 % anketirancev (11) misli, da niso težave v duševnem zdravju nič pogostejše med geji in lezbijkami kot med splošno populacijo. Dodali so:

- »Ne, ker je vse odvisno od posameznika, kako to dojema.«
- »Ne zdi se mi. Je odvisno od posameznika, homo- ali heteroseksualno usmerjenega, in njegove sposobnosti spopasti se z nastalo krizno situacijo. Čeprav priznam, da homofobično okolje utegne negativno vplivati na duševno šibkejše osebe.«

17 % anketirancev (6) meni, da so mogoče težave med geji in lezbijkami pogostejše. Dodali so:

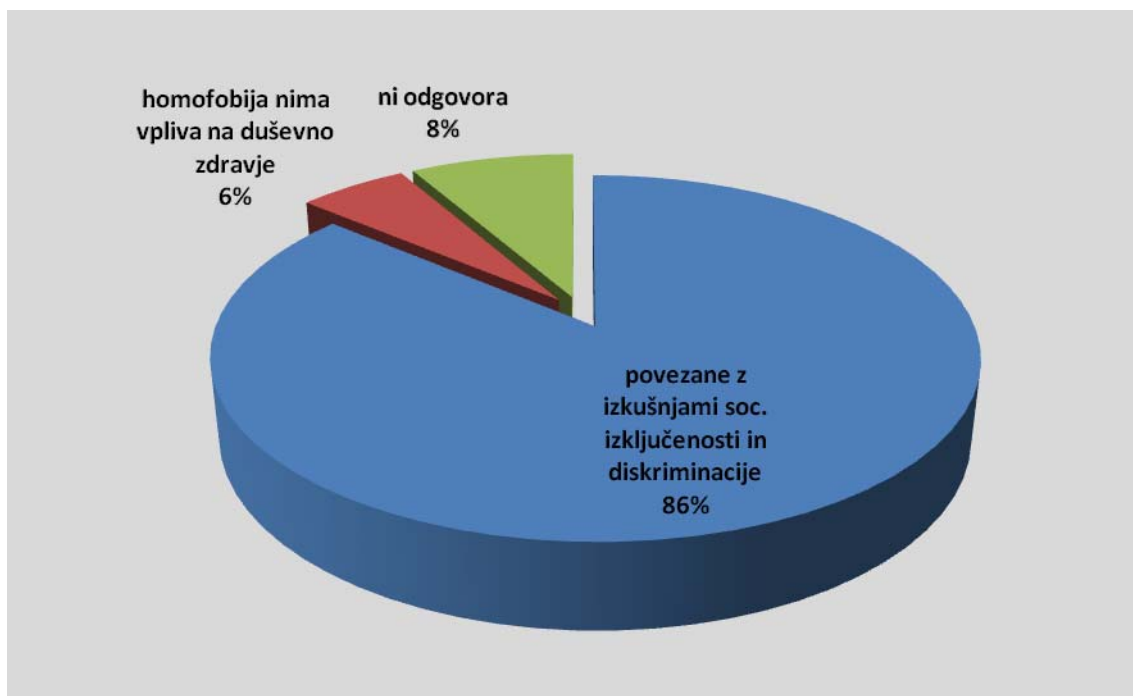
- »Mogoče malce, zaradi vprašanj identitete, odzivov okolice, homofobije ... a po svoje te lahko to tudi okrepi.«
- »Mogoče na začetku ob spoznanju, pred samosprejetjem. Dolgoročno ne vidim vpliva.«
- »Mogoče, a le kot posledica strahu pred diskriminacijo v družbi.«
- »Mogoče. Lahko, da so pogostejše, vendar ni nujno. Ljudje iz LGBT skupnosti se lahko srečujejo s homofobijo, z vsakodnevnimi grožnjami, zaničevanjem, tudi s poškodovanjem lastnine ali celo z napadalnostjo drugih ljudi, kar jih lahko privede do stanja, ko imajo težave z duševnim zdravjem. To pa ne velja za vse. Mislim, da so najpogostejše blažje duševne stiske pri iskanju samega sebe in pri kasnejšem outiranju.«

5 % anketirancev (2) je odgovorilo z NE VEM:

- »To vprašanje je preveč relativno. Določene duševne stiske so vsekakor bolj pogoste, ampak bi težko posplošil na duševno zdravje.«
- »Težko bi tako posploševala in res niti ne poznam podatkov o duševnem zdravju v homoseksualni skupnosti, niti v splošni populaciji. Lahko pa rečem, da je name gotovo imelo to spoznanje določen vpliv. Predvsem zaradi strahu pred odzivi splošne populacije.«

8 % anketirancev (3) na vprašanje ni odgovorilo.

7. Težave v duševnem zdravju med geji in lezbijkami



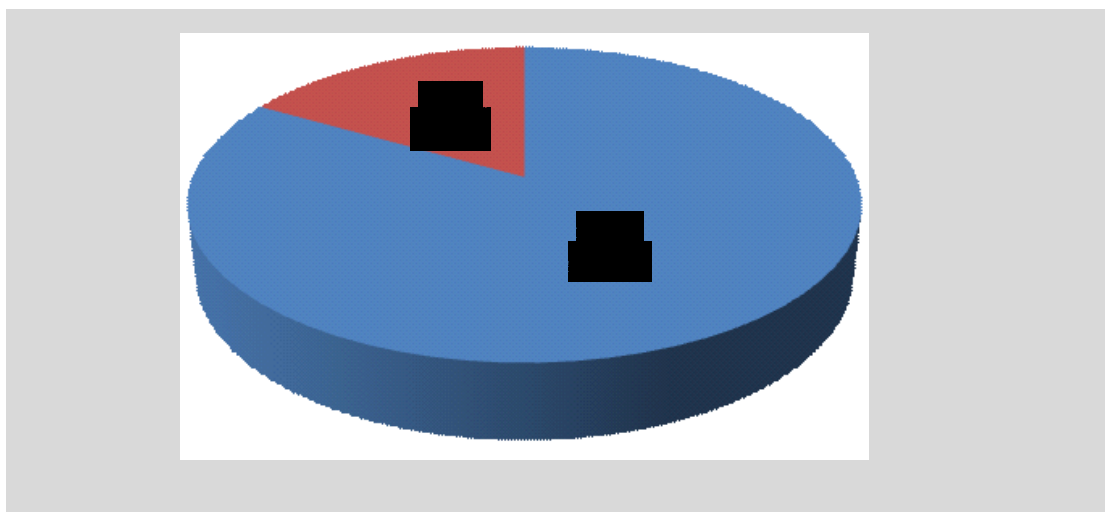
Graf 6

86 % anketirancev (31) meni, da so težave v duševnem zdravju gejev in lezbijk povezane z izkušnjami socialne izključenosti in diskriminacije.

2 anketiranca menita, da homofobija nima vpliva na duševno zdravje.

Trije anketiranci na to vprašanje niso odgovorili.

8. Ali ste imeli kdaj občutke tesnobe?



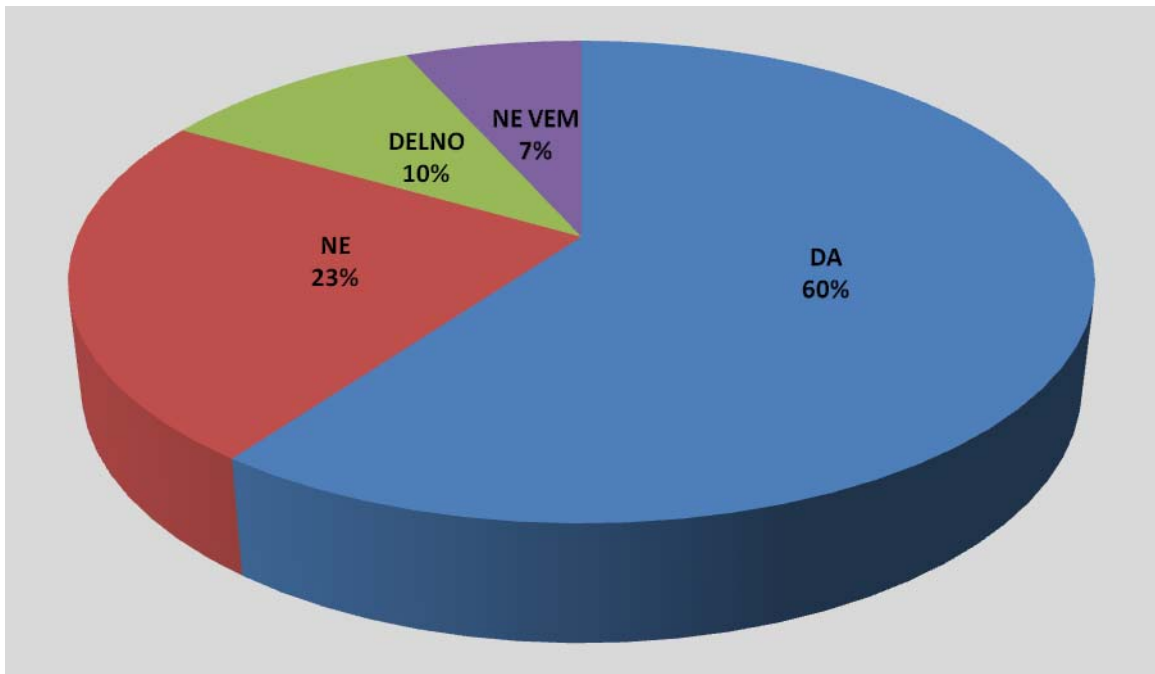
Graf 7

83 % anketirancev (30) je imelo občutke tesnobe:

- »Da, včasih, predvsem na samem začetku spoznavanja samega sebe.«
- »Da. Kot najstnica vedno. Mislim, da je bila puberteta najhujši del mojega življenja. Danes vem, da nisem sama. Sem v ljubečem razmerju. Imam veliko istospolno usmerjenih prijateljev in živim v mestu, kjer ljudje nimajo toliko osebnih težav z mano ali mojim lezbičnim načinom življenja. Sama se odločam, kje in s kom se družim. Tesnobe ni več, ko se opogumiš in postaviš zase in veš, kje si najbolj srečen.«
- »Da, a ne prav pogosto.«
- »Velikokrat.«

17 % anketirancev (5) ni imelo nikoli občutkov tesnobe.

a.) Ali bi lahko trdili, da so bili občutki tesnobe (vsaj delno) posledica homofobije?



Graf 8

Od 30-ih anketirancev, ki so na prejšnje vprašanje (Ali ste imeli kdaj občutke tesnobe?) odgovorili pritrdilno, jih 60 % (18) meni, da so bili občutki tesnobe posledica homofobije. Dodali so:

- »Vse je povezano s homofobijo.«
- »Trdim, da so bili posledica heteronormativnosti, ki vlada v družbi.«

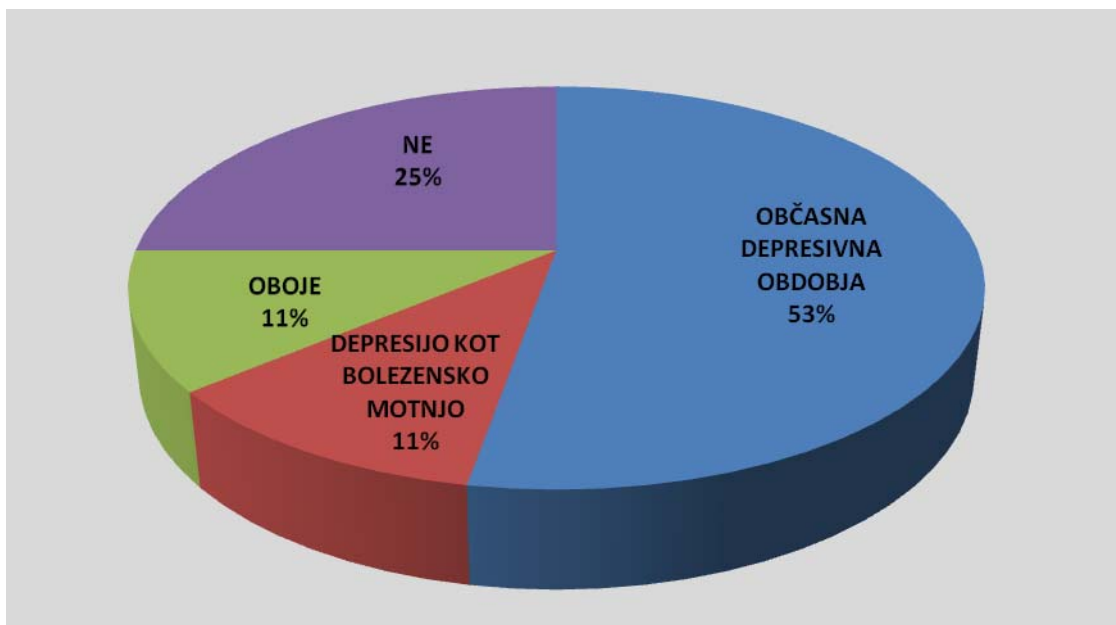
23 % anketirancev (7) meni, da občutki tesnobe niso bili posledica homofobije:

- »Bili so posledica trenutnega življenjskega stanja.«

Trije anketiranci so menili, da je homofobija delno vplivala na občutke tesnobe.

Dva anketiranca sta odgovorila z NE VEM.

9. Ali ste kdaj doživljali občasno depresivna obdobja ali depresijo kot bolezensko motnjo?



Graf 9

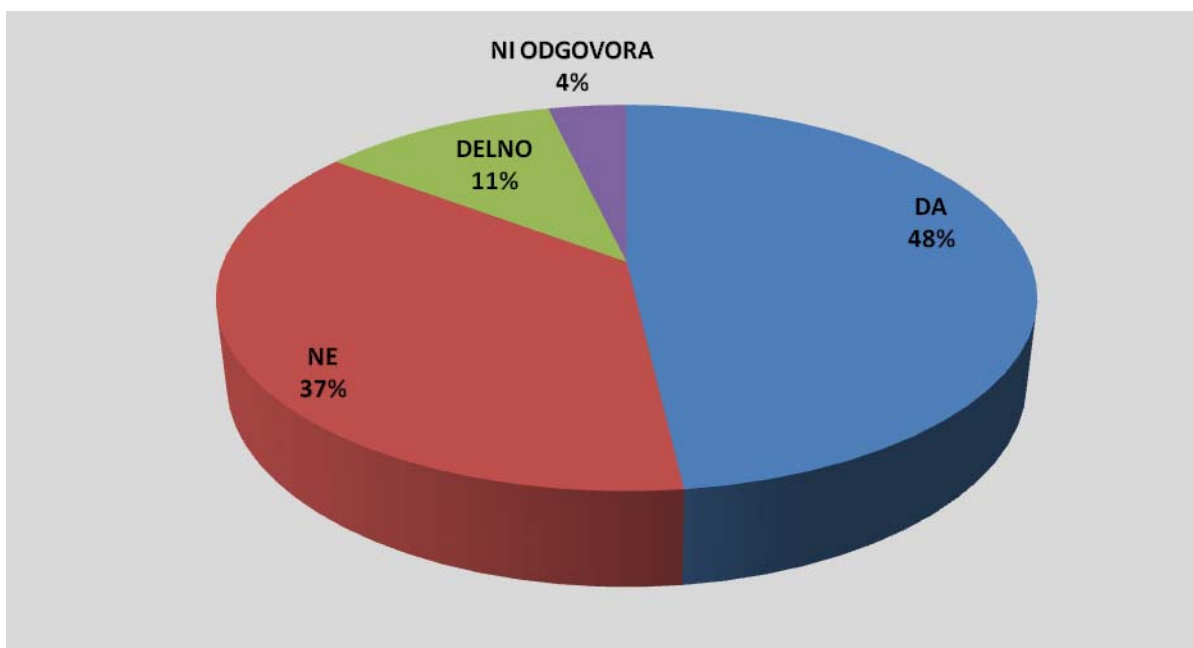
53 % anketirancev (19) je doživljalo občasna depresivna obdobja.

Depresijo kot bolezensko motnjo so doživljali štirje anketiranci.

Štirje anketiranci so doživljali oboje: občasno depresivna obdobja in depresijo kot bolezensko motnjo.

25 % (9) anketirancev nima izkušenj z občasnimi depresivnimi obdobji ali depresijo kot bolezensko motnjo.

a.) Ali bi lahko rekli, da je bila depresija (vsaj delno) posledica homofobije?



Graf 10

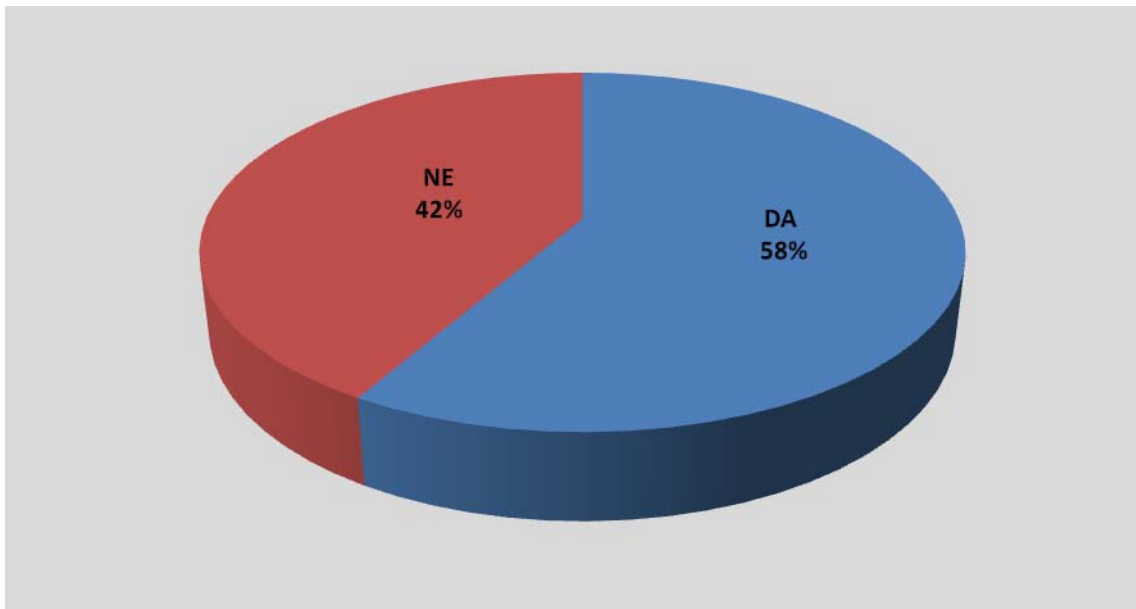
Od 27 anketirancev, ki so doživljali depresijo, jih 48 % (13) meni, da je bila depresija posledica homofobije.

37 % (10) jih meni, da depresija ni bila posledica homofobije.

Trije anketiranci menijo, da je bila depresija delno posledica homofobije.

En anketiranec ni odgovoril na vprašanje.

10. Ste kdaj resno premišljevali o samomoru ali poskušali narediti samomor?

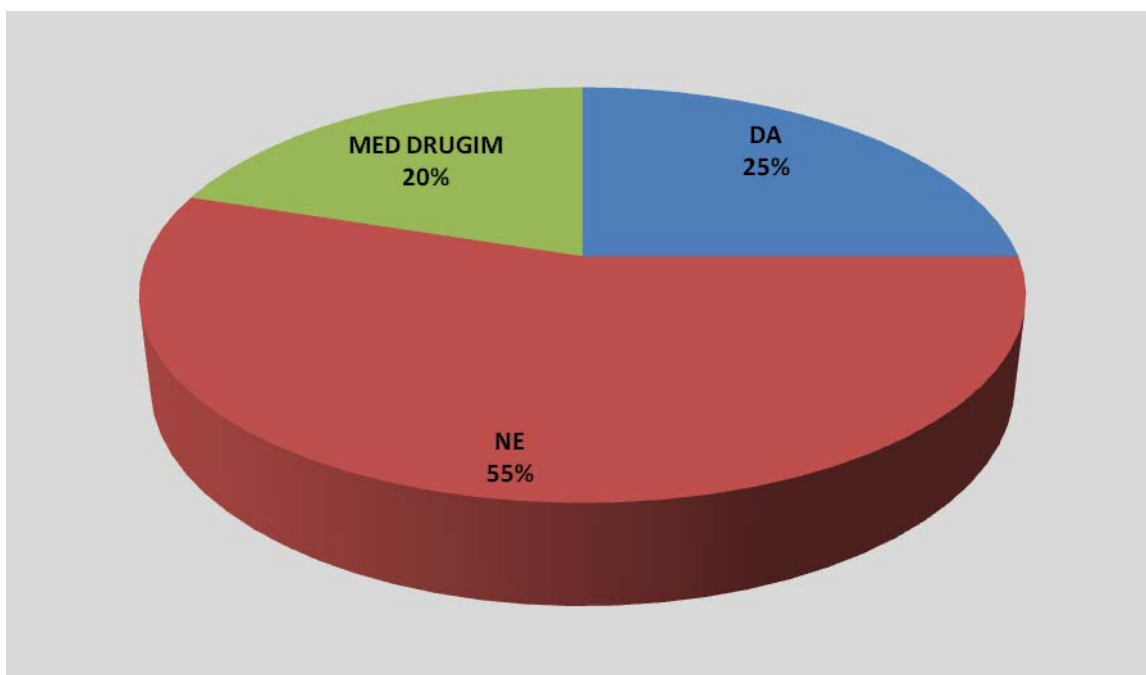


Graf 11

58 % (21) anketirancev je že resno premišljevalo o samomoru ali poskusilo narediti samomor.

42 % anketirancev ni nikoli resno premišljevalo o samomoru ali poskusilo narediti samomor.

a.) Ali so bile samomorilne misli in občutki posledica izkušenj negativne konstrukcije življenj gejev in lezbijk?



Graf 12

55 % (11) anketirancev pravi, da samomorilne stiske in občutki niso bile povezane z izkušnjami negativne konstrukcije življenja gejev in lezbijk.

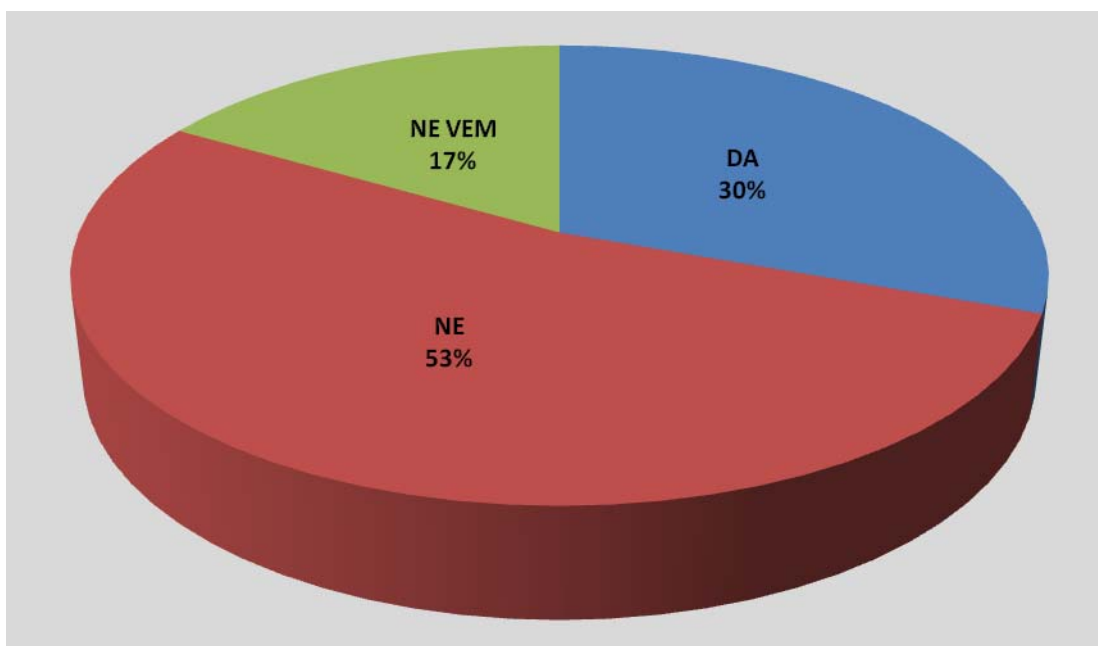
- »Zaradi takih izkušenj (čeprav jih je nekaj v blagi obliki bilo) nisem nikoli imela samomorilnih misli.«

25 % anketirancev (5) pravi, da so bile samomorilske stiske in občutki povezane z izkušnjami negativne konstrukcije življenja gejev in lezbijk.

20 % anketirancev (4) pravi, da so bile samomorilske stiske in občutki med drugimi povezani tudi z izkušnjami negativne konstrukcije življenja gejev in lezbijk:

-»Da, vendar to ni bila edina stvar, ki je o sebi nisem mogla sprejeti, težko je izpostaviti posamezno stvar, je pa zagotovo ena izmed teh.« »Posredno so bile povezane s tem.«

11. Se Vam zdi, da je razširjenost samomorilnih stisk večja med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci?



Graf 13

53 % (19) anketiranih meni, da samomorilske stiske niso bolj razširjene med gejevsko in lezbično populacijo:

- »Mislim, da bi bilo narobe, da potrdim kaj takega, ker mora biti za človeka, ki si želi vzeti življenje, to ekstremno globoka stiska v kakršni koli obliki in meri in težko je opisati, zakaj si želiš vzeti svoje življenje.«

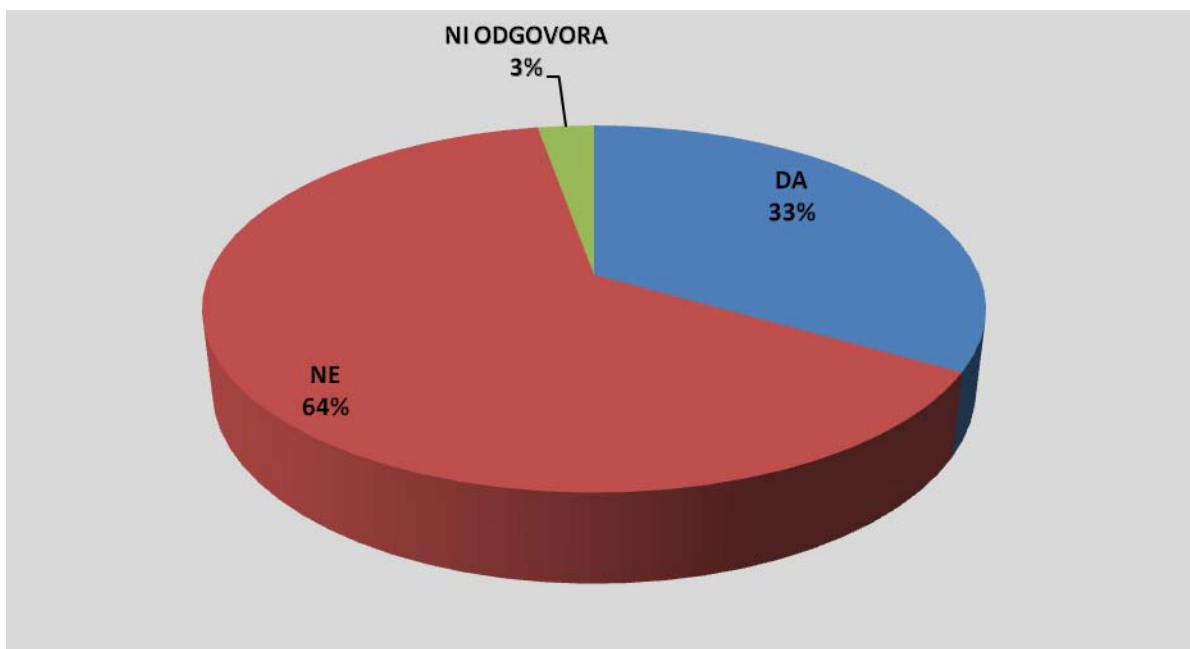
30 % (11) anketirancev meni, da je razširjenost samomorilskih stisk večja med geji in lezbijkami. (»Vsekakor.« »Definitivno.«)

17 % (6) anketirancev je odgovorilo z NE VEM. Dodali so:

- »Kakorkoli bi odgovoril, bi bilo zelo subjektivno. Pa vendar, homoseksualci se poleg običajnih težav soočajo še z nekaterimi drugimi (kot so npr. oteženo iskanje partnerja, prikrivanje, soočanje in dopovedovanje) kot heteroseksualci. Kako bo to vplivalo na psiho posameznika, je v največji meri odvisno od njega samega in od okoliščin, v katerih se nahaja.«

- »Mogoče. Med tistimi, ki res ne najdejo izhoda, ki jih družina izolira in ostanejo brez kakršnekoli podpore, prijateljev, česar koli, kar bi jim lahko pomagalo iz krize, so samomorilne stiske lahko večje. Vendar se to lahko dogaja tudi pri heteroseksualcih. Tako ali tako pa je odvisno od človeka samega, kako se spopada in kako rešuje svoje težave.«

12. Ali ste se kdaj samopoškodovali?



Graf 14

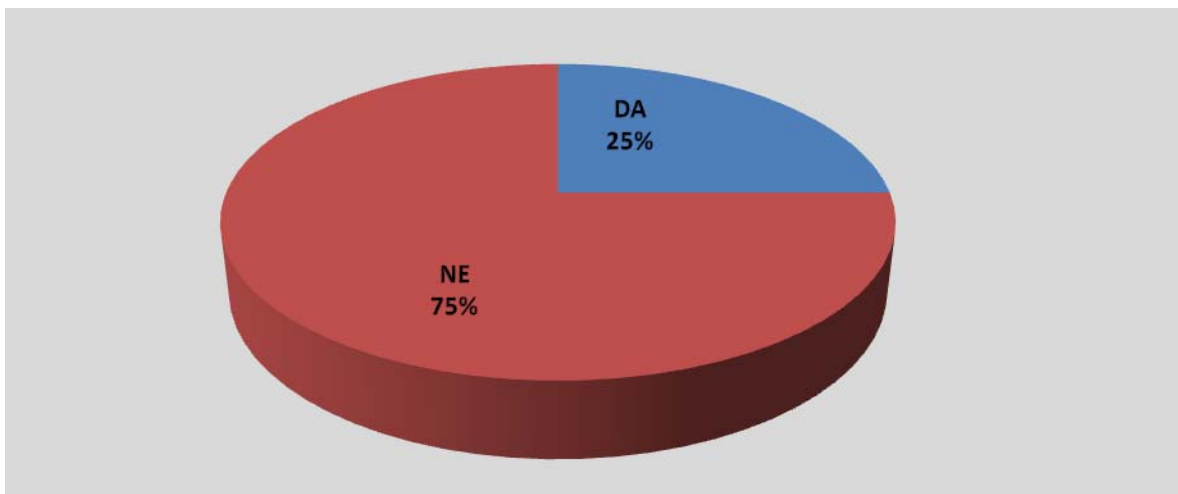
Samopoškodovalo se je 33 % anketirancev (12).

En intervjuvanec je dodal: »Posredno, preko prekomernega uživanja drog — zavestna samodestrukcija ... neposredno pa nikoli.«

S samopoškodovanjem nima izkušenj 64 % anketiranih (23).

En anketiranec na vprašanje ni odgovoril.

a.) Ali bi lahko trdili, da je na samopoškodovanje (vsaj delno) vplivala homofobija?

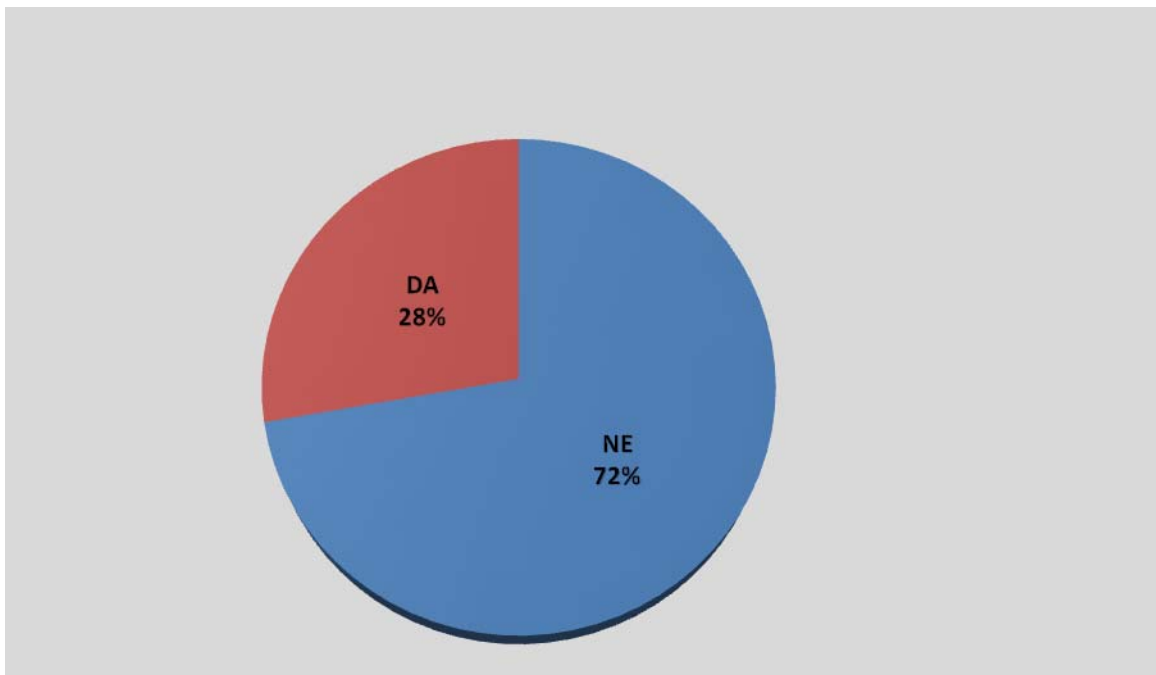


Graf 15

Od 12-ih anketirancev, ki so se samopoškodovali, jih 75 % (9), meni, da homofobija ni vplivala na samopoškodovanje.

Trije anketiranci (25 %) menijo, da je homofobija vplivala na samopoškodovanje.

13. Ste imeli kdaj težave s prehranjevanjem?

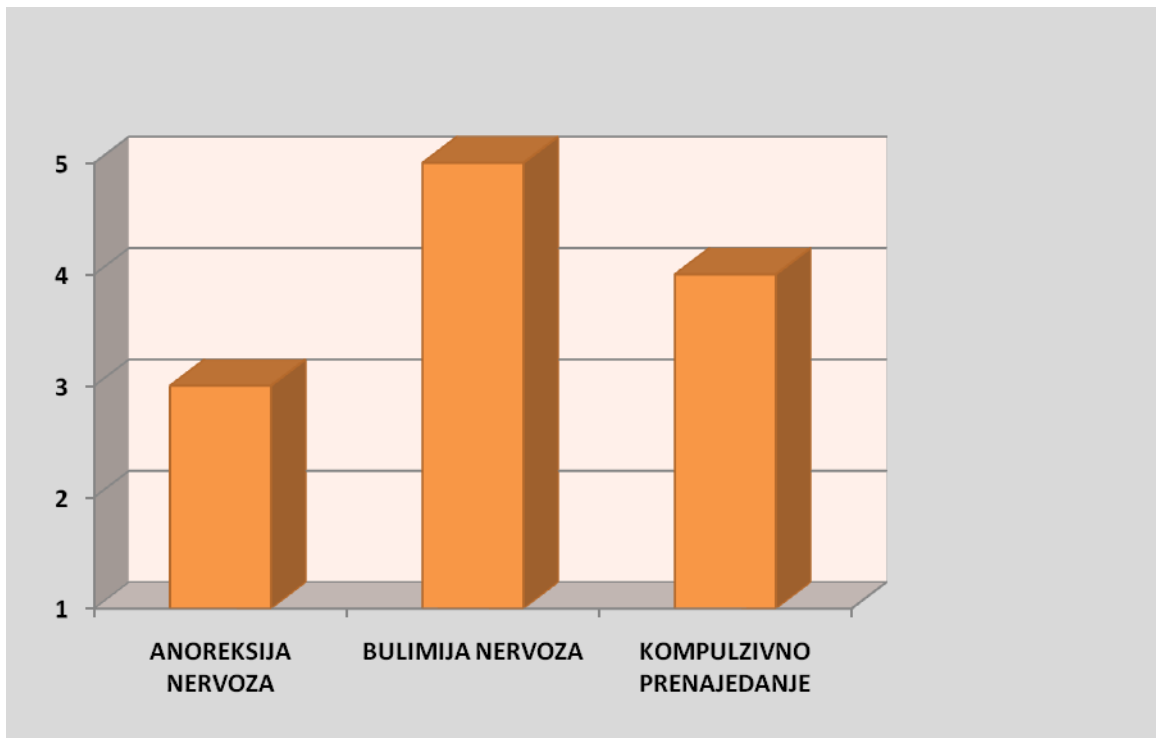


Graf 16

72 % anketirancev (26) ni imelo težav s prehranjevanjem.

28 % (10) anketirancev je imelo težave s prehranjevanjem.

a.) Vrsta motnje prehranjevanja



Graf 17

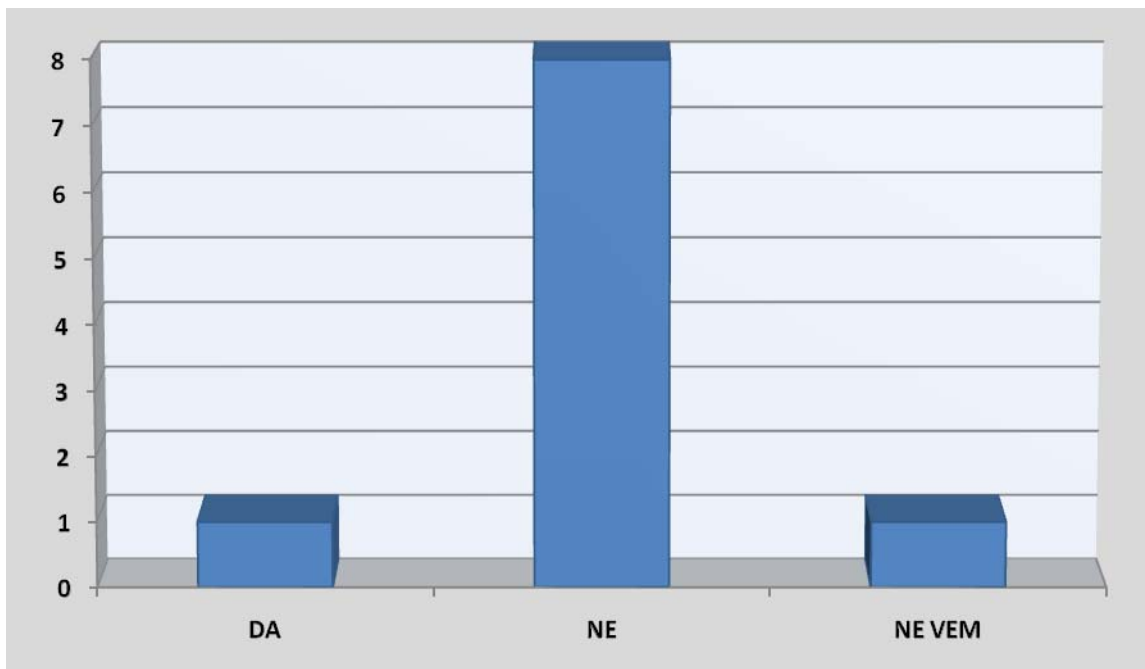
Motnjo prehranjevanja anoreksijo nervozo so imeli trije anketiranci.

Težave z bulimijo nervozo je imelo 5 anketirancev.

(Dva anketiranca sta imela anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo).

Izkušnjo s kompulzivnim prenajedanjem so imeli štirje anketiranci.

b.) Ali bi lahko rekli, da so bile motnje prehranjevanja (vsaj delno) posledica homofobije?



Graf 18

Na vprašanje, ali so bile motnje prehranjevanja posledica homofobije, je osem anketirancev odgovorilo nikalno:

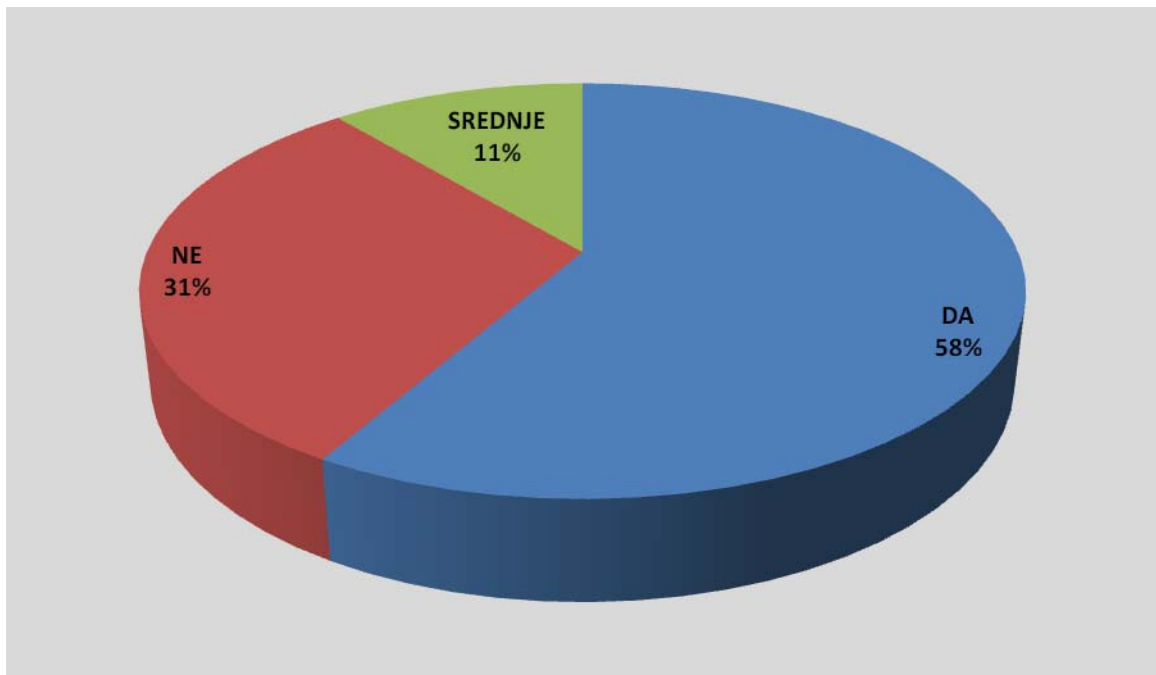
- »Bile so posledica slabe samopodobe in težav z izražanjem čustev.«
- « Ne, vsaj ne zavedno, saj se takrat s tem vprašanjem sploh še nisem ukvarjala in se zavedala, so bile pa kakšne druge težave.«

En anketiranec je odgovoril pritrdilno.

Ena anketiranka je odgovorila NE VEM:

- »Ne vem, ker je bilo to preden sem se zavedala, da sem lezbijka, sem pa razvoj tega dela identitete ustavila takrat. Možno je, da če bi našla dekle preden se je ta motnja razvila, da se ne bi, ker bi s tem nadomestila čustvene primanjkljaje iz primarne družine, ni pa nujno, saj ima precej heteroseksualcev tudi motnje hranjenja. Ker gre pri tem za čustvene primanjkljaje iz zgodnejšega otroštva, ni nujno, da je to zelo povezano.«

14. Ste zadovoljni s svojim telesnim izgledom?



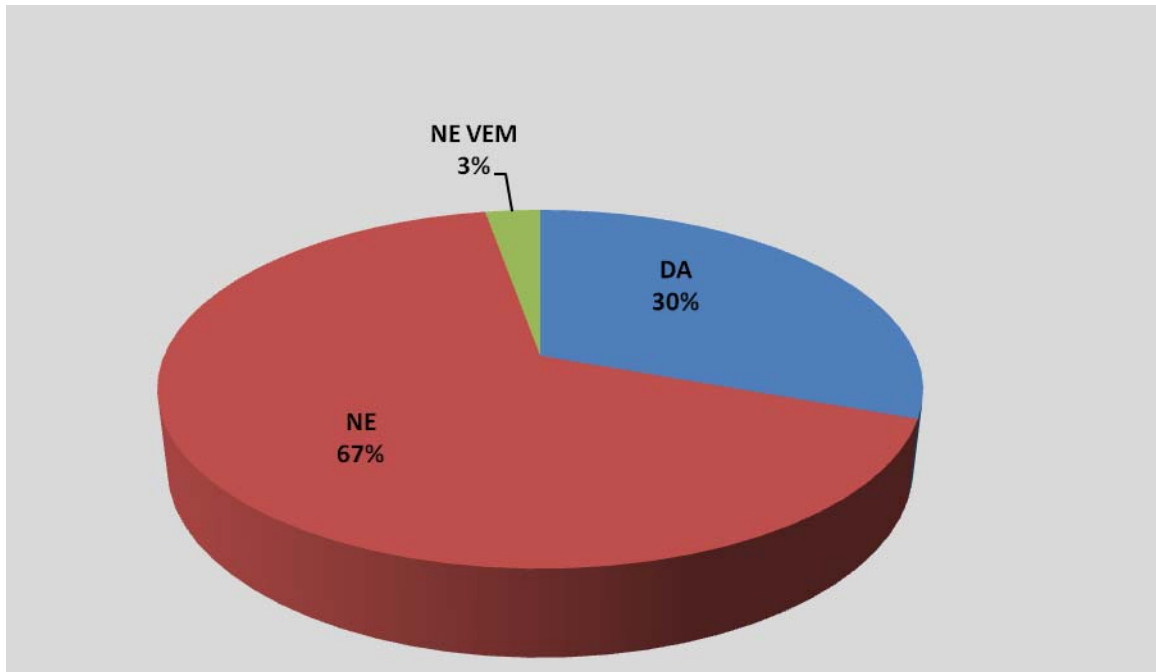
Graf 19

58 % (21) anketirancev je zadovoljnih s svojim telesnim izgledom.

11 % (4) anketirancev je srednje zadovoljnih.

31 % (11) anketirancev ni zadovoljnih s svojim telesnim izgledom.

15. Se Vam zdi, da je uporaba alkohola in ilegalnih drog med pripadniki gejevske in lezbične populacije višja kot med heteroseksualci?



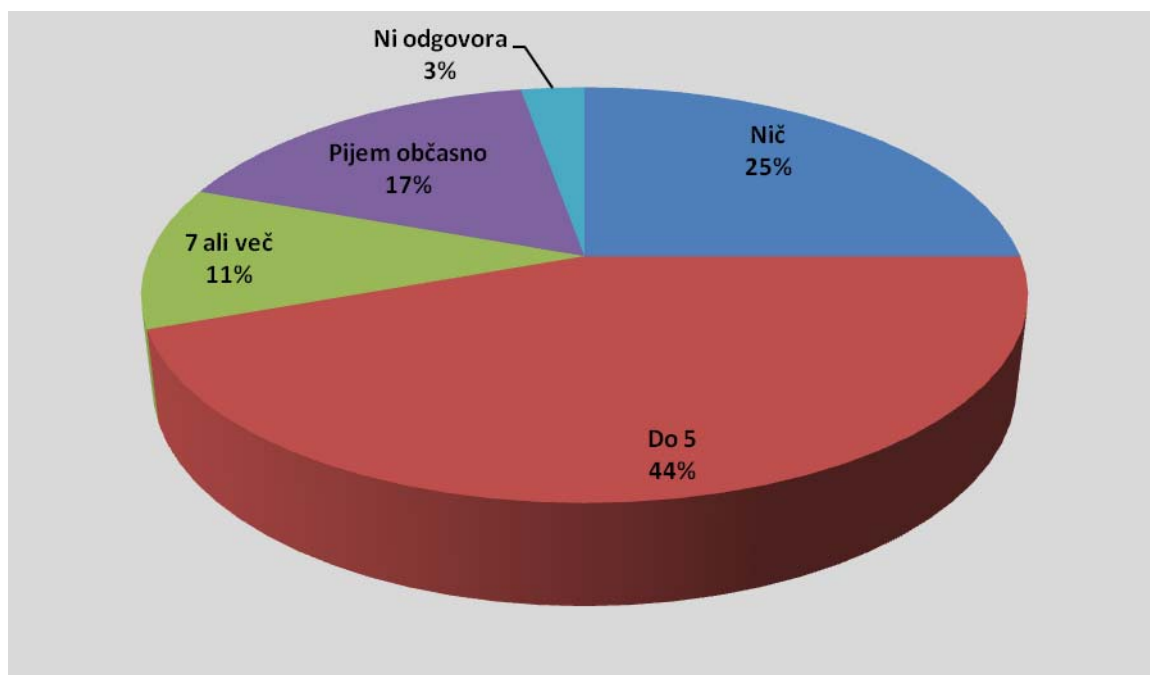
Graf 20

67 % anketirancev (24) je odgovorilo, da uporaba alkohola in drog med homoseksualci ni višja kot med heteroseksualci.

30 % (11) anketirancev je odgovorilo, da je uporaba alkohola in drog višja med homoseksualci kot med heteroseksualci.

En anketiranec je odgovoril NE VEM.

16. Koliko alkoholnih pijač na teden spijete?



Graf 21

Največ vprašanih (16) spiye do 5 alkoholnih pijač na teden.

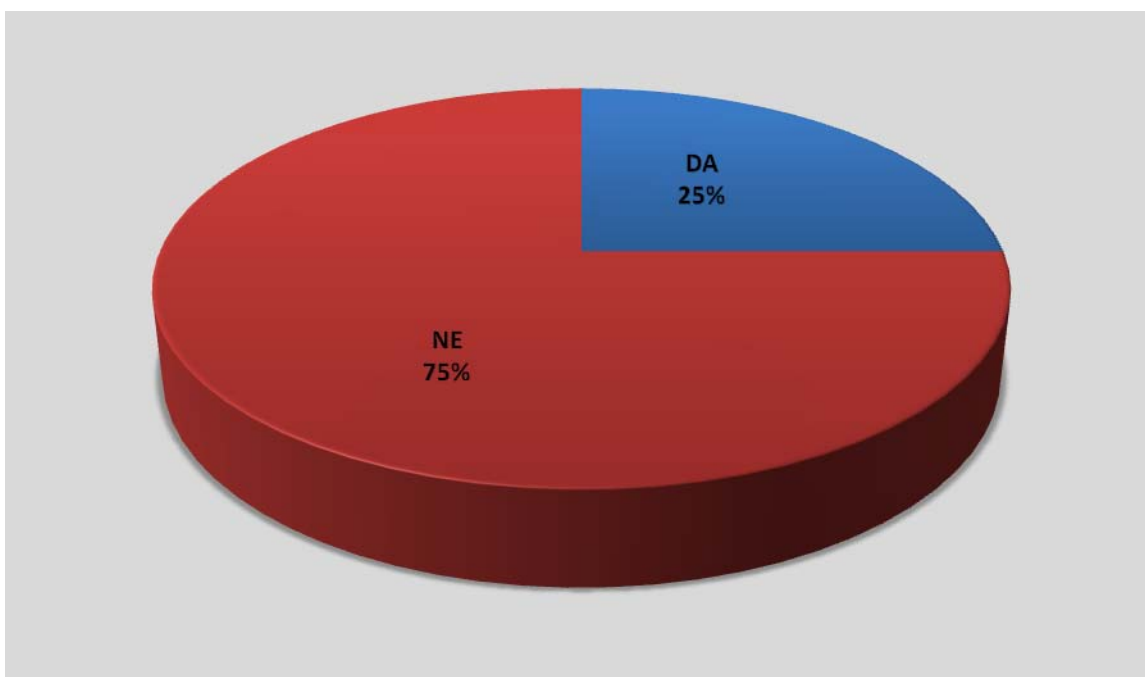
9 anketirancev ne pije.

Občasno, torej manj kot enkrat na teden, pije 6 anketirancev.

7 ali več alkoholnih pijač na teden spijejo 4 anketiranci.

En anketiranec na vprašanje ni odgovoril.

17. Ali uživajte nedovoljene droge?

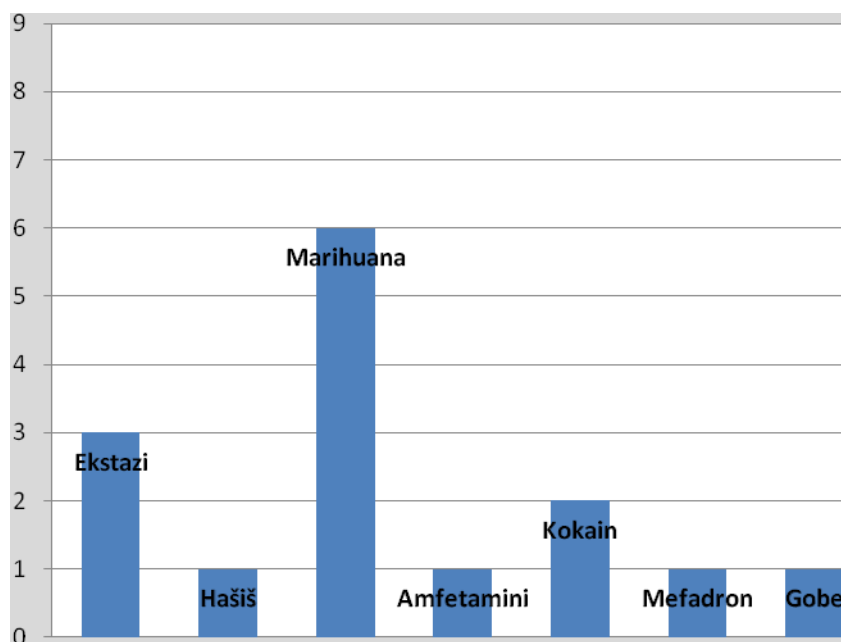


Graf 22

Droge uživa 25 % (9) anketirancev.

Drog ne uživa 75 % (27) anketirancev.

a.) Katere droge uživete?



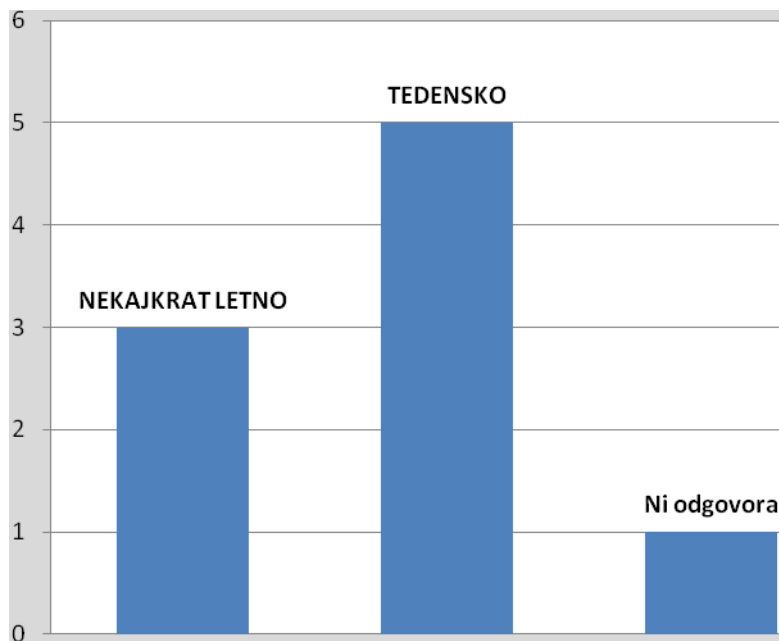
Graf 23

Anketiranci, ki uživajo droge, najpogosteje uživajo marihuano (6 anketirancev).

Sledita ekstazi (3 anketiranci) in kokain (2 anketiranca).

Enkrat so bili omenjeni hašiš, amfetamini, mefadron in halucinogene gobe.

b.) Kako pogosto uporabljate droge?



Graf 24

Trije anketiranci (33 %) uživajo droge nekajkrat na leto:

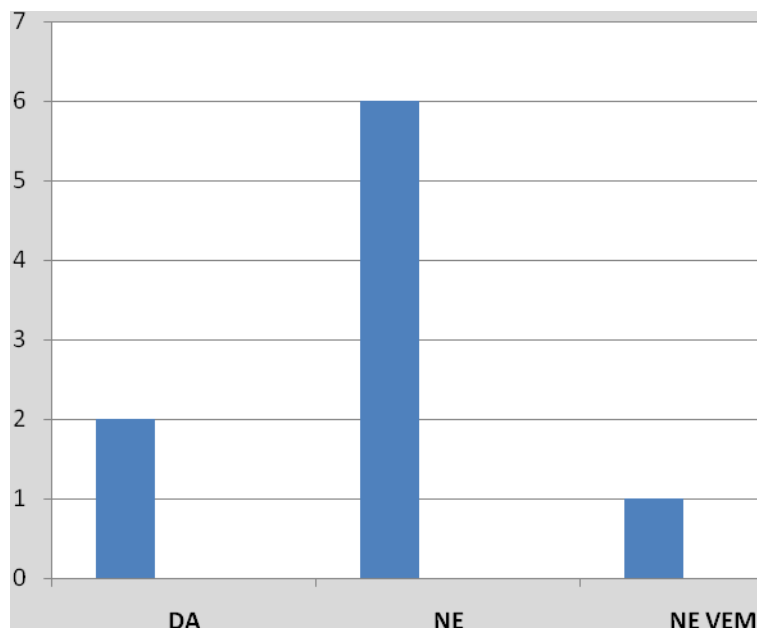
- »Nekajkrat letno na večjih zabavah.«
- »3-4-krat letno.«
- »3-5-krat letno.«

Pet anketirancev (56 %) droge uživa tedensko:

- »Ko imam samodestruktivna obdobja, konzumiram drogo vsaj enkrat tedensko.«
- »Kanabis vsaj nekajkrat mesečno.«
- »Nekajkrat tedensko.«
- »5-krat na teden«.
- »1-krat ali 2-krat na teden, ponavadi ob vikendih.«

En anketiranec na to vprašanje ni odgovoril.

- Ali menite, da je uživanje drog v Vašem primeru povezano (vsaj delno) s homofobijo?



Graf 25

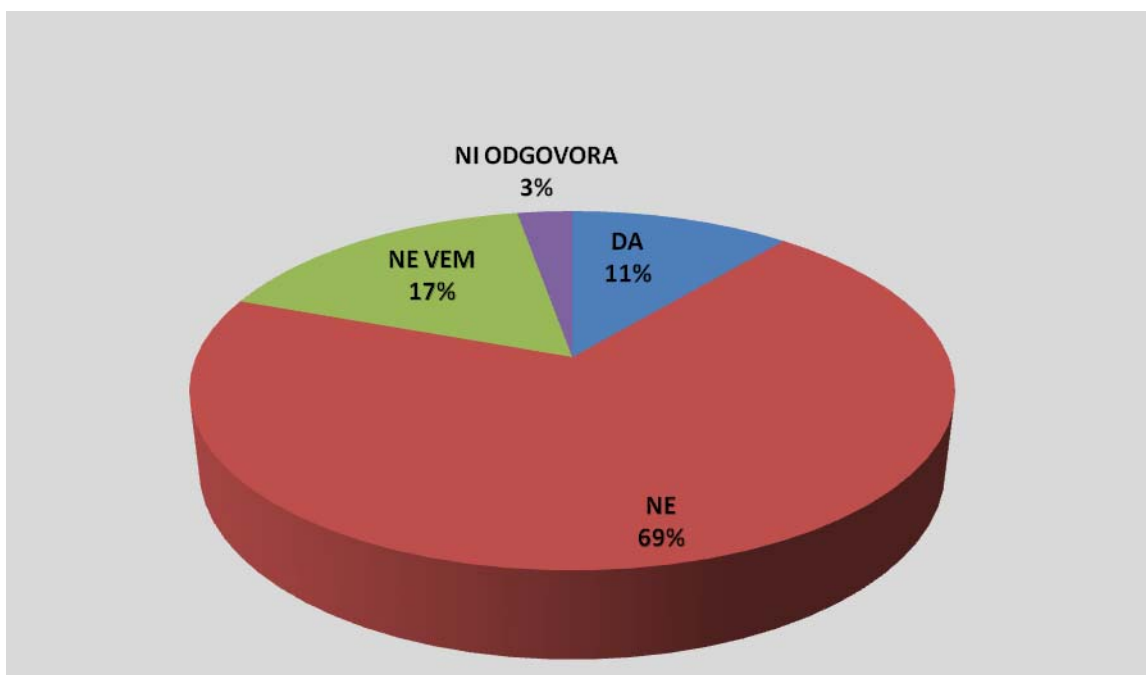
6 anketirancev meni, da njihovo uživanje drog ni povezano s homofobijo.

2 anketiranca menita, da je njuno uživanje drog povezano s homofobijo:

- »Bilo je povezano z notranjo homofobijo.«

En anketiranec je odgovoril z NE VEM.

18. Ali menite, da homoseksualci uporabljajo službe duševnega zdravja bolj pogosto kot drugi?



Graf 26

69 % (25) anketiranih meni, da homoseksualci ne uporabljajo služb duševnega zdravja bolj pogosto kot drugi:

- »Ne vem, ker imam izkušnje s tem, bi rekla, da morda celo manj, ker se bojijo, da jih bodo psihologi in psihiatri poskušali spreminjati. Moram povedat, da so ti strahovi neutemeljeni (morda se najde kakšen, ampak jaz negativnih izkušenj z njimi nisem imela, prej pomoč in veliko razumevanja, potem ko sem le-to enkrat bila pripravljena poiskati).«

- »Skoraj nikogar ne poznam, ki bi uporabljal službe duševnega zdravja.«

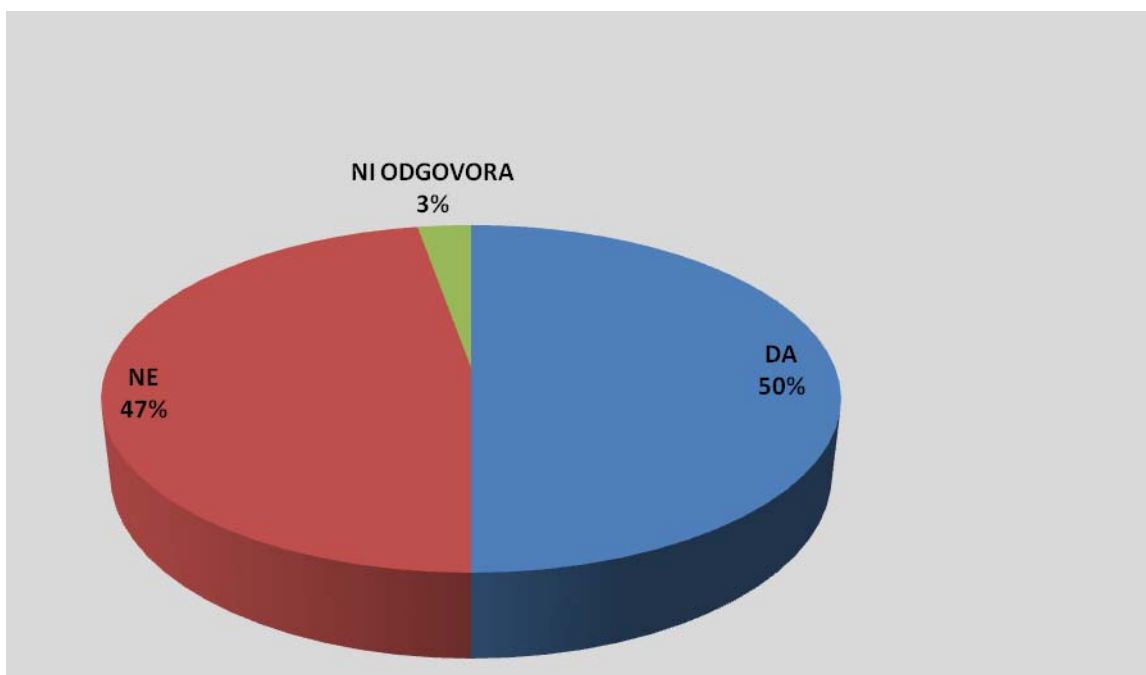
- »Ne. Lahko da jih, ampak ni nujno.«

17 % anketirancev (6) je odgovorilo z NE VEM.

11 % (4) anketirancev meni, da homoseksualci uporabljajo službe duševnega zdravja pogosteje kot drugi.

En anketiranec ni odgovoril.

19. Ali imate sami izkušnje s službami duševnega zdravja oz. socialnimi službami nasploh?



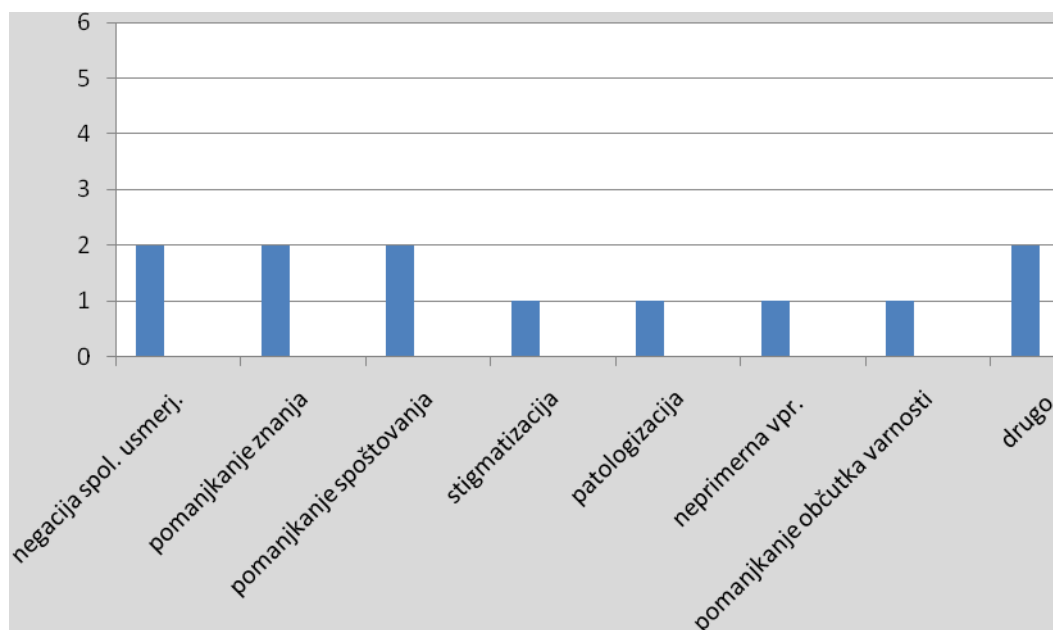
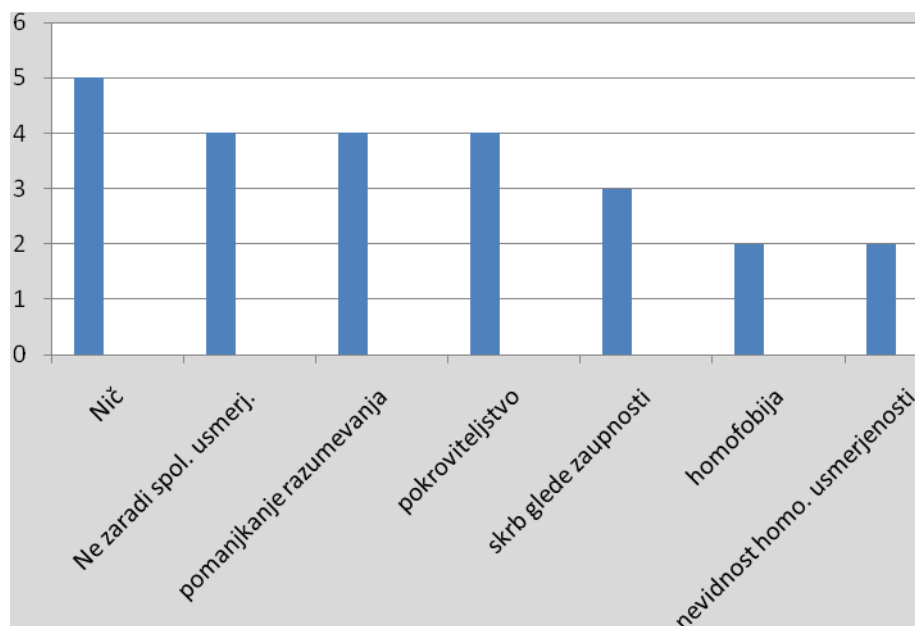
Graf 27

50 % anketiranih (18) ima izkušnje s službami duševnega zdravja oz. socialnimi družbami nasploh.

47 % anketirancev (17) nima tovrstnih izkušenj.

En anketiranec na vprašanje ni odgovoril.

Kaj Vas je motilo pri službah duševnega zdravja?



Graf 28

Pet anketirancev ni motilo ničesar, *niso imeli slabih izkušenj*:

– »Ničesar od naštetega, ravno nasprotno, bil sem zelo zadovoljen in odnos je temeljil na zelo korektnih ter hkrati odkritih temeljih.«

Štirje anketiranci so *pomoč služb duševnega zdravja iskali zaradi drugih razlogov*, ki niso bili povezani s spolno usmerjenostjo.

Štirje anketiranci so obkrožili *pokroviteljstvo* in prav toliko *pomanjkanje razumevanja*.

Trije anketiranci so izpostavili *skrb glede zaupnosti*.

Po dva anketiranca sta obkrožila odgovore *homofobija*, *nevidnost homoseksualne usmerjenosti*, *negacija spolne usmerjenosti*, *pomanjkanje znanja*, *pomanjkanje spoštovanja*.

En anketiranec je izbral odgovore *stigmatizacija*, *patologizacija* (prepričanje, da je homoseksualnost problem ali odklon), *neprimerna vprašanja* (voajerizem) in *pomanjkanje občutka varnosti*.

Pod točko Drugo so navedli:

- »Predsodki — da smo neresni glede razmerij itd.«
- »Strokovnjaki v teh službah ne poznajo specifik GLBT populacije.«

4. RAZPRAVA

V raziskavi sem, pričakovano, ugotovila, da se ob spoznanju, da so homoseksualno usmerjeni, večina homoseksualcev spopada z negativnimi občutji. Najbolj so prisotni strah pred zavrnitvijo, čustveni stres in sram. Sledijo jim kriza identitete, obup in negativna stališča o sebi. Vse to je dokaz, da je homoseksualna spolna usmerjenost v družbi še vedno nezaželena in težko sprejemljiva. To potrjujejo tudi številni predsodki in stereotipi o homoseksualcih ter nasilje, ki ga doživljajo. Ker o homofobičnemu nasilju pri nas obstaja veliko raziskav, te teme v svojo raziskavo nisem vključila, sem pa povzela raziskave Škuc-LL in ILGA-Europe 2001 ter Kuhar in Švab 2005, ki dokazujejo visoko stopnjo nasilja nad homoseksualci; najpogostejše je psihično nasilje (tega v več primerih doživljajo ženske), sledi mu fizično nasilje (ki ga moški doživljajo pogostejše od žensk). Nasilje pa se ne izraža samo v dejanskem psihičnem in fizičnem nasilju, ampak predvsem kot konstanten strah pred nasiljem, ki istospolno usmerjene posameznice in posameznike spremlja tako rekoč vse življenje. (Kuhar 2005: 11) Kuhar (2005: 122) pravi, da je nasilje nad homoseksualci predvsem posledica družbene nestrpnosti in kulturnega heteroseksizma, ki dovoljuje tovrstna dejanja, njihove posledice pa bistveno blaži.

Zaradi heteroseksizma in homofobije torej nekatere lezbijke in geji težko razvijejo pozitivno samopodobo, saj so negativna stališča do homoseksualnosti tudi del socializacije homoseksualcev. Socializacija v družbi, kjer so informacije o istospolni usmerjenosti stigmatizirane, pa ustvarja plodna tla za internalizirano homofobijo, torej strah pred samim seboj, pred svojimi seksualnimi željami, vedenji, identitetami, kar povzroči različne oblike nasilja nad samim seboj. (Kuhar 2005: 123)

V raziskavi sem ugotovila, da anketiranci občutke homoseksualnosti sčasoma sprejmejo, pred sprejetjem pa se poslužujejo tudi različnih obrambnih mehanizmov, najpogostejši je redefiniranje občutkov (preimenovanje vedenj, občutij in konteksta v bolj konvencionalne termine, kot so npr. izoliran, izreden primer, ki se ne bo več ponovil; biseksualnost; prehodna faza; situacija – na primer stanje pijanosti). Pogosta odgovora na krizo identitete sta tudi zanikanje (posameznikova utajitev lastnih občutij, fantazij in aktivnosti) in izogibanje tem občutkom (zadrževanje zanimanj; omejevanje stikov, dostopa do informacij; prevzem antihomoseksualne drže; potopitev v heteroseksualnost).

V raziskavi me je zanimalo, ali sami homoseksualci menijo, da so težave v duševnem zdravju pri njih pogostejše kot v splošni populaciji. V tujih raziskavah so bili mnjenja, da doživljajo več psiholoških stisk kot heteroseksualci kljub podobnim ravnom socialne podpore in kvaliteti telesnega zdravja. (King et al. 2003)

Tudi večini anketirancev v moji raziskavi se zdi, da so težave pogostejše in da so povezane z izkušnjami socialne izključenosti in diskriminacije. Vpliv diskriminacije na zdravje potrjuje tudi strokovna literatura: kakršnakoli diskriminacija je prepoznana kot doprinos k slabšemu zdravstvenemu stanju, še posebej v povezavi z duševnim zdravjem. (Scott et al. 2004)

Zanimale so me konkretne izkušnje anketirancev s težavami v duševnem zdravju. V tuji literaturi se pogosto omenja tesnoba (Scott et al. 2004; King et al. 2003), tveganje za tesnoba naj bi bilo namreč najmanj 1,5-krat višje med geji in lezbijkami, in tudi v raziskavi se je pokazalo, da je imela ali ima velika večina, kar 83 % vprašanih, izkušnje s tesnobo. Pri večini le-teh je bila tesnoba posledica homofobije. Tesnoba se je v moji raziskavi izkazala za najpogostejšo zdravstveno težavo homoseksualcev. To je stanje pretirane zaskrbljenosti ali strah, ki ga ni povzročil zunanji dogodek ali okoliščine, in je ena najpogostejših vrst depresije pri mladostnikih. (Cobain 2008: 45) Tesnoba po mojem mnenju lahko povežemo predvsem s prvimi zavedanji homoseksualne identitete, z zmedenostjo posameznika, skrivanja te identitete pred drugimi, tudi internalizirano homofobijo.

Tudi tveganje homoseksualcev za depresijo naj bi bilo najmanj 1,5-krat višje (King et al. 2003). Eden od dejavnikov tveganj za razvoj depresije je tudi prisotnost anksioznih motenj. (Dernovšek et al. 2006: 60) Tesnobne motnje se tudi večkrat pojavljajo skupaj z depresijo, čemur pravimo soboleznost. (Erzar 2007: 80) V moji raziskavi je imelo depresijo 75 % vprašanih, pri 59 % vprašanih je bila depresija (delno) povezana s homofobijo.

Veliko se omenja povečano tveganje homoseksualcev za samomor. Samomor je pogosto povezan z depresijo: med depresivno populacijo je tveganje za samomor vsaj 30-krat večje kot sicer. (Dernovšek et al. 2006: 62) Seveda ne moremo vedeti, koliko samomorov se dejansko zgodi zaradi posledic heteronormativnosti in homofobije, se pa povečano tveganje predvideva zaradi negativnih izkušenj, povezanih s homoseksualno spolno usmerjenostjo. (MIND – National Association for Mental Health 1999). 58 % anketirancev, ki je sodelovalo v moji raziskavi, je že resno premišljevalo o samomoru ali poskušalo storiti samomor, vendar v več kot polovici primerov (55 %) samomorilske stiske niso bile povezane s homofobijo. To lahko tolmačim tudi drugače: vseeno kar 45 % anketirancev meni, da so bile samomorilske

stiske posledica homofobije (ali pa je bila homofobija en od razlogov za stiske). To se mi zdi zaskrbljujoče. Kako zelo homofobična družba smo, če je homofobija za nekatere posameznike razlog za končanje življenja!

Vseeno večina, 53 %, anketirancev meni, da samomorilske stiske niso pogostejše pri gejih in lezbijkah kot pri heteroseksualcih. Tuje raziskave sicer kažejo, da je razširjenost samomorilnih stisk večja med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci, predvsem pri mladih ljudeh (LGBT Suicide Prevention Working Party 2008) in da geji in lezbijke doživljajo samomorilne stiske v povezavi z občutki ničvrednosti, brezupja in akutne osamljenosti. (King et al. 2003) Anketiranci v moji raziskavi so omenjali, da se homoseksualci poleg običajnih težav soočajo še z nekaterimi drugimi, da pa je vpliv le-teh na duševno zdravje posameznika v največji meri odvisen od njega samega, od tega, kako se spopada s problemi, in od okoliščin, v katerih se nahaja.

Po navedbah v tujih raziskavah je med geji in lezbijkami pogostejše tudi samopoškodovanje. V primerjavi s heteroseksualci se geji pet in pol krat, lezbijke pa dvakrat bolj verjetno namerno poškodujejo. Z naraščanjem samopoškodovanja lezbijk in gejev je dokazano povezana diskriminacija. Raziskave predpostavljajo, da je samopoškodovanje lahko povezano tudi s težavami coming out-a v družbi ali z izkušnjo zavrnitve s strani drugih ljudi – in posledično z nizkim samospoštovanjem in visoko anksioznostjo. (Fish 2007) Slovenski strokovnjaki v zadnjih letih ugotavljajo, da samopoškodbeno vedenje pri mladostnikih narašča. (Zavod za zdravstveno varstvo Celje 2006). Samopoškodovala se je tretjina anketiranih v moji raziskavi (kar se mi zdi veliko), vendar homofobija v večini primerov (75 %) ni vplivala na to.

Še ena kategorija mojega zanimanja pri raziskavi so bile motnje prehranjevanja. Po tujih raziskavah je predvsem med osebami, ki imajo bulimijo nervozo, pomembna številka gejev (Scott et al. 2004), bulimija nervoza pa zadnjih 20 let tudi strmo in linearno narašča. Russell & Keel sta odkrila, da ljudje, ki so manj sproščeni glede svoje spolne usmerjenosti, izražajo več simptomov anoreksije. (Scott et al. 2004) Sprva so motnje hranjenja veljale za izrazito žensko bolezen, danes pa ni več tako. Pri kompulzivnem prenažedanju pa naj bi bila porazdelitev med spoloma približno enaka. (Serbec 2007) Težave s prehranjevanjem je imelo 28 % vprašanih v moji raziskavi (10 anketirancev); najpogostejša je bila bulimija nervoza (5), težave s kompulzivnim prenažedanjem so imeli štirje anketiranci, anoreksijo nervozo pa trije

(dva anketiranca sta imela anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo). Samo pri enem anketirancu pa je bila homofobija povezana z motnjo prehranjevanja.

V raziskavah je bilo ugotovljeno, da geji izražajo večjo stopnjo nezadovoljstva s telesnim videzom kot heteroseksualci: Russell & Keel sta odkrila, da so ljudje, ki so manj sproščeni glede svoje spolne usmerjenosti, bolj nezadovoljni s svojim telesom. (Scott et al. 2004) Zanimalo me je, ali so anketiranci zadovoljni s svojim izgledom. Anketirani geji in lezbijke v moji raziskavi so v večini zadovoljni s svojim izgledom, torej ta trditev v tem primeru ne drži. Tudi sama ne vidim povezave med (ne)zadovoljstvom s telesnim izgledom in spolno usmerjenostjo.

Problematika uporabe alkohola in drog se v tuji literaturi veliko poudarja; prekomerno pitje in zloraba drugih substanc v lezbičnih in gejevskih skupnostih naj bi bila zaskrbljujoča, uporaba alkohola in ilegalnih drog pa višja med pripadniki gejevske in lezbične populacije. (Scott et al. 2004) Raziskave sicer kažejo na to, da geji niso v znatno višjem tveganju za prekomerno pitje kot heteroseksualni moški (Scott et al. 2004), lezbijke pa bodo bolj verjetno čezmerno pile alkohol kot heteroseksualke. (King et al. 2003) Tudi raven uporabe drog je višja med geji in lezbijkami, večja verjetnost je, da bodo uporabili rekreativne droge kot heteroseksualci. (King et al. 2003) Tako pravi teorija, večina anketirancev, ki so sodelovali v moji raziskavi, pa odločno nasprotuje trditvi, da je uporaba alkohola in drog med homoseksualno populacijo večja kot med heteroseksualno.

Z raziskavo sem ugotovila, da anketiranci pijejo zmerno (25 % jih sploh ne pije), popijejo do 5 alkoholnih pijač na teden ali pa pijejo občasno, ob posebnih priložnostih. Droge uživa 25 % anketirancev, največ jih uživa marihuano, sledita ecstasy in kokain, omenjeni so bili tudi amfetamini, hašiš, gobe. Večina teh uživalcev droge uživa tedensko. Uživanje drog v veliki večini ni povezano s homofobijo.

Zanimalo me je, ali anketiranci menijo, da homoseksualci uporabljajo službe duševnega zdravja pogosteje kot drugi. Glede na to, da doživljajo več stisk kot heteroseksualci, bi bilo to pričakovano, vendar 69 % anketiranih meni, da homoseksualci ne uporabljajo služb duševnega zdravja ali socialnih služb nič pogosteje kot drugi. Kaj nam to pove? Morda težave rešijo drugje (se obrnejo na društva, forume po neformalno pomoč) ali pa morda ne želijo uporabljati služb duševnega zdravja? In zakaj je temu tako? V tuji literaturi se opozarja na dejstvo, da je homofobija prisotna tudi v zdravstvenih službah; geji in lezbijke, ki uporabljajo te storitve, lahko naletijo na enako diskriminacijo v storitvah duševnega zdravja kot v širši

družbi. (King et al. 2003) Odzivi služb so odvisni zlasti od osebne razgledanosti in širine profesionalk in profesionalcev oz. na drugi strani od njihovih predsodkov. Pozitiven odziv na homoseksualno spolno orientacijo ni samoumeven. (Urek 2002: 115) 'Diagnosis homophobic', kvalitativna raziskovalna študija v Veliki Britaniji, je nastala prav zaradi vprašanja, zakaj veliko klientov noče take vrste pomoči oz. so z njo nezadovoljni. Med najverjetnejšimi razlogi za to so bili omenjeni strah pred patologiziranjem, strah pred ignoranco in homofobijo osebja, stigmatizacijo, skrb glede zaupnosti in nevidnost spolne usmerjenosti, ki ni heteroseksualna. Na te strahove vpliva tudi zgodovinski odnos gejev in lezbijk do služb duševnega zdravja. (McFarlane 1998) Tudi v poglobljenih intervjujih sem z intervjuvanci razmišljala, čemu je temu tako in dobila odgovore, da »v Sloveniji ni tako razširjena praksa obiskovanja psihiatrov, psihologov. Če greš k psihiatru, si misliš, da je sedaj res nekaj hudo narobe s tabo. V poštev pride bolj neformalna podpora.« Trije intervjuvanci so v stikih z družvi (Legebitra, Dih), kamor so se obrnili po informacije in pomoč. Meni se zdijo ta društva izredno pomembna, so odlični (anonimen) vir nasvetov in informacij ter podpora za homoseksualce. Poleg tega prirejajo različne dogodke in akcije ter druženja.

V moji raziskavi je 50 % anketirancev odgovorilo, da je imelo izkušnje s službami duševnega zdravja. 28 % anketirancev ni pri teh službah motilo nič, 22 % anketirancev pa teh služb ni uporabljalo zaradi težav glede spolne usmerjenosti. Ostali so izpostavili predvsem pomanjkanje razumevanja in pokroviteljstvo ter skrb glede zaupnosti. Omenjena je bila tudi homofobija, nevidnost in negacija spolne usmerjenosti, pomanjkanje znanja in spoštovanja, stigmatizacija, patologizacija, neprimerna vprašanja, pomanjkanje občutka varnosti.

Čeprav odstotkovno te pripombe niso bile velike, se mi zdi pomembno *vsako* neprimerno obnašanje delavcev duševnih služb. Profesionalci na področju duševnega zdravja si pač ne morejo dovoliti, da bi bili homofobični, da bi stigmatizirali in patologizirali homoseksualno usmerjenost! »Že tako se je namreč težko odločiti, da boš razprla, razprl svoje intimne težave popolnemu tujcu, tujki; toliko težja je odločitev, če sploh ne veš, na kakšno mino lahko stopiš, ko prideš čez prag ustanove.« (Urek 2002: 15) Profesionalci bi se morali zavedati pomembnosti spolne usmerjenosti, pa ne zato, ker ta kaj vpliva na duševno zdravje, ampak zato, ker so homoseksualci podvrženi dodatnim družbenim pritiskom, ki imajo lahko posledice.

Ugotovitev moje raziskave zaradi majhnega vzorca ne morem posplošiti, vendar to tudi ni moj namen. Raziskava je bila poizvedovalna; zanimalo me je, ali teorija, da homofobija

povzroča težave v duševnem zdravju homoseksualcev, drži; ali torej obstajajo določene težave v duševnem zdravju (povzete po tujih raziskavah) v tej konkretni populaciji. Vzorec je bil tudi priročen. Morda je ta »priročnost« malce vplivala na rezultate: anketiranci so bili po večini člani društev, društva pa so velik socialni kapital in podpora, zato se morda člani bolje spoprijemajo s heteronormativnostjo in so manj dovzetni za težave v duševnem zdravju. Pokazalo se je, da te določene težave v duševnem zdravju obstajajo, ene bolj, druge manj pogosto, ene so posledica homofobije, druge ne. Zaskrbljujoča se mi zdi predvsem pogostost tesnobe in depresije, medtem ko sta se pitje alkohola in uživanje drog izkazala za neodvisna od homofobije – kot pri ostali populaciji gre tudi tukaj najbrž samo za zabavo in veseljačenje.

Poleg raziskave sem opravila še štiri poglobljene intervjuje (v Prilogah). Intervjuvanci so mi razkrili svoje življenjske zgodbe, kjer sem bolje spoznala stiske in težave, ki so jih lahko deležne homoseksualne osebe: prvi občutki zmedenosti in strahu, prikrivanje homoseksualne identitete drugim, prvo razkritje, pa večno prisoten strah, pogosti občutki tesnobe, depresije, tudi izkušnja z motnjo prehranjevanja, iskanje pomoči pri društvih, izkušnje s svetovalci. Anketiranci so bili različni, njihove zgodbe pa v večini zelo podobne – razen pri enem anketirancu, ki ne dovoli, da homofobija vpliva na njegovo življenje in zatrjuje, da nima nobenih težav, niti slabih izkušenj. To je odlično in je lahko vzor drugim, kako se boriti proti temu, še boljše pa je, da kot družba stremimo k premiku od heteronormativnosti do enakovrednosti vseh ljubezni.

5. SKLEPI

- Večina homoseksualcev ob odkritju svoje spolne usmerjenosti doživlja negativna čustva.
- Večina anketiranih meni, da so težave v duševnem zdravju med homoseksualno populacijo pogostejše in so posledica socialne izključenosti in diskriminacije.
- Tesnoba in depresija sta pri homoseksualcih precej pogosti, obe sta glede na rezultate posledici homofobije.
- Tudi samomorilske stiske so pogoste, vendar v večini primerov niso posledica homofobije.
- Samopoškodovala se je tretjina vprašanih, manj kot tretjina je imela motnje prehranjevanja, vendar niti samopoškodovanje niti motnje prehranjevanja niso bistveno povezane s homofobijo.
- Anketiranci so v večini zadovoljni s svojim telesnim izgledom.
- Anketiranci menijo, da uporaba alkohola in drog v homoseksualni populaciji ni višja kot v heteroseksualni. Tudi njihovi odgovori kažejo, da pijejo zmerno.
- Droge uživa 25 %, največ marihuano, in sicer tedensko.
- Večina intervjuvancev meni, da geji in lezbijke služb duševnega zdravja ali socialnih služb ne uporabljajo pogostejše kot drugi.
- Polovica vprašanih ima izkušnje s službami duševnega zdravja. Polovica njih ima negativne izkušnje, opozorili so predvsem na pomanjkanje razumevanja, pokroviteljstvo in skrb glede zaupnosti.

6. PREDLOGI

- Predlagam, da se z rezultati tovrstnih raziskav seznanijo delavci v službah duševnega zdravja in so bolj empatični ter pozorni na morebitna tveganja klientov.
- Predlagam, da se bolj opozarja na tovrstne morebitne posledice heteronormativnosti in homofobije (s članki, prispevki v medijih, z reklamami). Morda bi se ljudje zamislili, če bi vedeli, kako nekateri trpijo. Treba pa je poudariti, da za povišano tveganje za težave v duševnem zdravju ni krivo to, da so oni homoseksualni, pač pa to, da je družba heteroseksistična.
- Homoseksualcem predlagam, da povedo svoje zgodbe (v Priloge sem kot primer dodala 4 intervjuje, ki dobro prikažejo stiske in težave v življenju posameznika/posameznice, ki je homoseksualec/homoseksualka).
- Predlagam večjo raziskavo, katere ugotovitve bi lahko posplošili.
- Ker se mi zdijo društva homoseksualcev odlična podpora in vir informacij homoseksualcem, ki poleg tega omogočajo tudi njihovo druženje in skupne akcije, predlagam ustanovitev takšnih društev (ali njihovih podružnic) tudi izven Ljubljane.

7. LITERATURA

1. American Psychological Association. 2000. *Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*. Dostopno na spletni strani: <http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/guidelines.html> (datum dostopa: 5.9.2009)
2. Božič, Ana. 2008. *Svetovni dan boja proti samomoru*. Dostopno na spletni strani: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1845. (datum dostopa: 17.10.2009)
3. Cobain, Bev. 2008. *Ko nič več ni važno: priročnik za mladostnike z depresijo*. Radovljica: Didakta.
4. Cull, Mark, Platzer, Hazel, Balloch, Sue. 2006. *Out On My Own: Understanding the Experiences and Needs of Homeless Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth*. University of Brighton.
5. Denša, Aleksandra. 2004. *Socialni delavci-ke in njihov odnos do ljudi, ki živijo v istospolni skupnosti*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
6. Davies, Dominic in Neal Charles. 1996. *Pink therapy. A guide for consellers and therapists working with lesbian, gay and bisexual clients*. Open university Press, Buckingham, Philadelphia.
7. Dernovšek, Mojca Zvezdana, Mateja Gorenc in Helena Jeriček. 2006. *Ko te strese stres – kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
8. Erzar, Tomaž. 2007. *Duševne motnje. Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celjska Mohorjeva družba, Celje.
9. Fish, Julie. 2007. *Mental health issues within lesbian, gay and bisexual (LGB) communities*. Dostopno na spletni strani:

www.dh.gov.uk/publications (datum dostopa: 24.4.2009)

10. Goffman, E. 1963. *Stigma*. Simon and Schuster, New York, London.
11. Gruden, Roman M. 1994. *Zavedanje nevarnosti aidsa in odpravljanje spolnih predsodkov, vezanih nanj*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
12. Hafner, Alenka. 2007. *Razširjenost motenj hranjenja v Sloveniji*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.tosemjaz.net/si/clanki/616/detail.html> (datum dostopa: 19.10.2009)
13. Hunter, Ski, Shannon Collen, Knox Jo in Martin, James I. 1998. *Lesbian, gay and bisexual youths and adults. Knowledge for human services practice*. SAGE Publications, Inc.
14. Jan, Bridget. 1996. *Effects of homophobia on heterosexuals*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.lesbianinformationservice.org/hetspap.htm> (datum dostopa: 10.7.2009)
15. Jeršič, Nataša. 2003. *Razmislek o značilnostih homoseksualnosti v ljubljanskem prostoru iz vidika družabnosti*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
16. Johnson, K. et al. 2007. *Understanding Suicide and Promoting Survival in LGBT communities*. Project Report. HSPRC, University of Brighton, Brighton, UK.
17. King, M., McKeown, E. et al. 2003. *Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales. A summary of findings*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.pcsproud.org.uk/SummaryfindingsofLGBreport.pdf> (datum dostopa: 20.7.2009)

18. King, Michael et al. 2008. *Mental disorders, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people- a systematic review*. National institute for Mental Health in England.
19. Košec, Ana in Koludovič Saša. 2006. *(Ne)strpnost do istospolno usmerjenih*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
20. Kuhar, Roman. 2001. *Mi, drugi: oblikovanje in razkritje homoseksualne identitete*. Ljubljana: ŠKUC.
21. Kuhar, Roman in Alenka Švab. 2005. *Neznosno udobje zasebnosti: vsakdanje življenje gejev in lezbijk*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
22. Lešer, I. N. Konec Jurišič. 2007. *Kadar nas je strah, da bi si kdo lahko vzel življenje*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.zzv-ce.si/uploads/zgibanka%2010.%20september%202007.pdf> (datum dostopa: 21.10.2009)
23. Levy, E. F. 1995. *Feminist Social Work Practice with Lesbian and Gay Clients*. V: N. VAN DEN BERGH (ur.), *Feminist Practice in the 21st Century*. Washington, DC: NASW Press.
24. LGBT Suicide Prevention Working Party. 2008. *Suicidal Distress & Suicide Prevention in LGBT communities. LGBT Suicide Prevention Strategy for Brighton & Hove*. Dostopno na spletni strani:
http://www.spectrumlgbt.org/downloads/health/LGBT_Suicide_Prevention_Strategy_for%20Brighton+Hove.pdf (datum dostopa: 7.8.2009)
25. LGBT Community Forum. 2005. *Count Me In. Mental Health: Questions and findings*.

26. Marshal, Andrew. 1995. *Together Forever?*. Pan Books, London.
27. McFarlane, Linda. 1998. *Diagnosis: Homophobic - The Experiences of Lesbians, Gay Men and Bisexuals in Mental Health Services*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.pacehealth.org.uk/publications/> (datum dostopa: 12.8.2009)
28. Meyer, Ilan H. 2007. *Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2072932> (datum dostopa: 10.10.2009)
29. Milivojević, Zoran. 2005. *Tesnoba ali anksioznost*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.viva.si/clanek.asp?ID=3746> (datum dostopa: 26.10.2009)
30. MIND — National Association for Mental Health. 1999. *Suicide and Sexuality*. Dostopno na spletni strani:
http://www.mind.org.uk/help/research_and_policy/suicide_rates_risks_and_prevention_strategies#sexuality (datum dostopa: 1.12.2009)
31. MUZA — Svetovalnica za motnje hranjenja. 2007. *Anoreksija nervoza*. Dostopno na spletni strani:
http://users.volja.net/muza1/Anoreksija_nervoza.html (datum dostopa: 19.10.2009)
- Bulimija nervoza*. Dostopno na spletni strani:
http://users.volja.net/muza1/Bulimija_nervoza.html (datum dostopa: 19.10.2009)
- Kompulzivno prenajedanje*. Dostopno na spletni strani:
http://users.volja.net/muza1/Kompulzivno_prenajedanje.html (datum dostopa: 19.10.2009)
32. Nastran Ule, Mirjana. 1999. *Predsodki in diskriminacije. Izbrane socialno-psihološke študije*. Znanstveno in publicistično središče Ljubljana.

33. Pink Triangle Services Pamphlet Ottawa. 1996. *What is homophobia?* Dostopno na spletni strani:
<http://www.ncf.ca/ip/sigs/life/gay/youth/homooout> (datum dostopa: 3.6.2009)
34. Pirnar, Marta. 2006. *Tok/protitok: konstrukcija in reprezentacija homoseksualne identitete v 20. stoletju*. Ljubljana: ŠKUC.
35. Platzer, Hazel. 2005. *Changing Families: Lesbian, Gay, and Bisexual Identity Work in Mental Health — an Evidence-Based Guide for People who Work with Families*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.pacehealth.org.uk/publications/> (datum dostopa: 12.9.2009)
36. Rijavec Klobučar, Nataša. 2007. *Moj otrok se reže*. Dostopno na spletni strani:
<http://www.ringaraja.net/clanekNatisni.asp?idClanek=549> (datum dostopa: 23.10.2009)
37. Sande, Matej. 2004. *Uporaba drog v družbi tveganj: vpliv varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja*. Pedagoška fakulteta: Ljubljana.
38. Scott, Douglas et al. 2004. *Sexual Exclusion -Homophobia and health inequalities: a review*. Dostopno na spletni strani:
www.gaymenshealthnetwork.org.uk (datum dostopa: 15.6.2009)
39. Sernec, Karin. 2007. *Kaj so motnje hranjenja?* Dostopno na spletni strani:
<http://www.tosemjaz.net/si/clanki/603/detail.html> (datum dostopa: 19.10.2009)
40. Tratnik, Suzana. 2001. *Kdo krati pravice močnejših*. Lesbo, 13-14.
41. Urek, Mojca. 2000. *Vodič za preživetje skozi socialnovarstvene službe in službe duševnega zdravja za lezbijke in geje*. Revija Socialno delo 41, 2: 113-118. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
42. Valetič, Žiga. 2009. *Samomor: večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija.

43. Velikonja, Nataša. 1998. *Izobraževanje proti homofobiji*. Dostopno na spletni strani: <http://www.ljudmila.org/lesbo/lesbo/Lesbo1-8/lesbo1-7/zlozenke/zlo2.htm> (datum dostopa: 1.8.2009)
44. Velikonja, Nataša. 2004. *Lezbijke svetujemo: Ustavimo homofobno nasilje! Policija in homofobni zločini*. Dostopno na spletni strani: http://www.ljudmila.org/lesbo/zlozenke_policija.htm (datum dostopa: 7.11.2009)
45. Vertot, Nelka. 2009. *Svetovni dan preprečevanja samomora 2009*. Dostopno na spletni strani: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?ID=2583 (datum dostopa: 11.11.2009)
46. Vitiello, B., & Lederhendler, I. 2000. *Research on eating disorders: Current status and future prospects*. Biological Psychiatry, 47, 777-786.
47. Vrdelja, Mitja. 2009. *Samomori v Sloveniji*. Dostopno na spletni strani: <http://www.andrejmarusic.org/index.php/novice/besedila/iz-medijev/8-samomori-v-sloveniji-.html> (datum dostopa: 26.10.2009)
48. Zavod za zdravstveno varstvo Celje. 2006. *Samopoškodbe so izraz skrajnih stisk in klic po pomoči*. Dostopno na spletni strani: <http://www.zzv-ce.si/searchtopic.asp?id=370> (datum dostopa: 29.10.2009)
49. Zorn, Jelka. 1998. *Diskriminacija in stigmatizacija lezbijk v vsakdanjem življenju*. Delta, revija za ženske študije in feministično teorijo, 1-2: 131-149.
50. Zorn, Jelka. 2000. *Homoseksualnost iz perspektive drugega*. Revija Socialno delo 39, 1: 21-32. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
51. Warner, J. et al 2004. *Rates and predictors of mental illness in gaymen, lesbians and bisexualmen and women*. British journal of psychiatry 185, 479-485.

8. POVZETEK

Namen moje naloge je bil prikazati povezavo med heteronormativnostjo in povišanim Heteronormativnost producira predsodke, ki vodijo v stigmatiziranost, ta pa v socialno izključenost in diskriminacijo. V primeru homoseksualne populacije je zelo pogosto tudi nasilje, ugotovljen pa je tudi manjšinski stres.

Vse to seveda lahko vpliva na duševno zdravje. Do sedaj v Sloveniji ta vidik homofobije ni bil posebej izpostavljen in obravnavan. V teoretičnem delu sem opisala družbene okoliščine, ki so vse prej kot naklonjene homoseksualcem, dotaknila sem se tudi posameznikovega oblikovanja homoseksualne identitete in njegovih stisk. Posameznik je v večini primerov zmeden, misli negativno, na to pa se nalagajo še heteronormativne izkušnje in negacija homoseksualnosti. Nobeno presenečenje, ni da so v tujih raziskavah odkrili več težav v duševnem zdravju med geji in lezbijkami, saj se spoprijemajo z ogromno stvarmi, s katerimi se heteroseksualcem ni treba. Naj povzamem odgovor iz vprašalnika: «Vem, da imamo vsi težave in probleme, ampak vseeno, ko te družina zavrne in izolira in ko ostaneš brez prijateljev, s katerimi si odraščal, in ko malodane kdo pljune nate na cesti, ne moreš reči, da te ne prizadane bolj kot nekoga, ki ima normalno heteroseksualno razmerje, ki v očeh javnosti ni nesprejemljivo in narobe».

V tujih raziskavah so izpostavili določene težave v duševnem zdravju, ki sem jih obdelala v teoretičnem delu: tesnoba, depresijo, samomorilske stiske, samopoškodovanje, motnje prehranjevanja in pretirano uporabo alkohola ter drog.

V raziskavi sem želela ugotoviti, kakšne izkušnje imajo slovenski homoseksualci, kakšne stiske doživljajo in ali so le-te povezane z družbenim obsojanjem homoseksualnosti, kaj oni menijo o tej problematiki in kakšne izkušnje imajo s službami duševnega zdravja.

Glavne ugotovitve so:

- Večina anketiranih meni, da so težave v duševnem zdravju med homoseksualno populacijo pogostejše in so posledica socialne izključenosti in diskriminacije.
- Tesnoba in depresija sta pri homoseksualcih precej pogosti, obe sta posledici homofobije.
- Prav tako pogoste so tudi samomorilske stiske, vendar v večini niso posledica homofobije.
- Niti samopoškodovanje niti motnje prehranjevanja niso bistveno povezane s homofobijo.
- Anketiranci menijo, da uporaba drog in alkohola v homoseksualni populaciji ni nič višja kot v heteroseksualni.
- Večina intervjuvancev meni, da geji in lezbijke ne uporabljajo služb duševnega zdravja ali socialnih služb nič pogosteje kot drugi.
- Anketiranci, ki imajo negativne izkušnje s službami duševnega zdravja, so opozorili predvsem na pomanjkanje razumevanja, pokroviteljstvo in skrb glede zaupnosti.

9. PRILOGE

Vprašalnik

1. Spol:
2. Starost:
3. Kakšne občutke ste imeli ob spoznanju, da ste homoseksualno usmerjeni?
4. Prosim, označite, kaj ste doživljali (možnih je več odgovorov):
 - občutke ničvrednosti,
 - občutke brezupja,
 - osamljenost,
 - izolacijo,
 - negativna stališča o sebi,
 - čustveni stres,
 - nizko samospoštovanje,
 - kronični stres,
 - nizko samovrednotenje,
 - sram,
 - strah pred zavrnitvijo,
 - sovraštvo do samega sebe,
 - krizo identitete,
 - drugo: _____ .
5. Kako ste se odzvali na občutke homoseksualnosti:
 - ste jih zanikali,
 - ste iskali profesionalno pomoč,
 - ste se občutkom izogibali,
 - ste jih redefinirali (izredni primer, biseksualnost, začasna identiteta, situacija),
 - ste občutke sprejeli.

6. Ali se Vam zdi, da so težave z duševnim zdravjem v gejevski in lezbični populaciji pogostejše kot v splošni populaciji (s tem mislim vse od blažjih duševnih stisk do resnejših)?
7. Ali se Vam zdi, da so težave z duševnim zdravjem med geji in lezbijkami:
 - a.) povezane z izkušnjami socialne izključenosti in diskriminacije,
 - b.) takšne, da homofobija nima vpliva na duševno zdravje?
8. Ali ste imeli kdaj občutke tesnobe?
 - a.) Ali bi lahko trdili, da so bili (vsaj delno) posledica homofobije?
9. Ali ste kdaj doživljali:
 - a.) občasno depresivna obdobja,
 - b.) depresijo kot bolezensko motnjo?
 - Ali bi lahko rekli, da je bila depresija (vsaj delno) posledica homofobije?
10. Ste kdaj resno premišljevali o samomoru ali poskušali narediti samomor?
 - a.) Ali so bile samomorilne misli in občutki posledica izkušenj negativne konstrukcije življenj gejev in lezbijk?
11. Ali se Vam zdi, da je razširjenost samomorilnih stisk večja med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci?
12. Ali ste se kdaj samopoškodovali?
 - a.) Ali bi lahko trdili, da je na samopoškodovanje (vsaj delno) vplivala homofobija?
13. Ali ste imeli kdaj težave s prehranjevanjem, tj.:
 - a.) z anoreksijo nervozo,
 - b.) z bulimijo nervozo,
 - c.) s kompulzivnim prenajedanjem?
 - Ali bi lahko rekli, da so bile motnje prehranjevanja (vsaj delno) posledica homofobije?
14. Ste zadovoljni s svojim telesnim izgledom?

15. Se Vam zdi, da je uporaba alkohola in ilegalnih drog med pripadniki gejevske in lezbične populacije višja kot med heteroseksualci?
16. Koliko alkoholnih pijač na teden spijete?
17. Ali uživate nedovoljene droge?
- Katere?
 - Kako pogosto?
 - Ali menite, da je uživanje alkohola in drog v Vašem primeru povezano (vsaj delno) s homofobijo?
18. Ali menite, da homoseksualci uporabljajo službe duševnega zdravja bolj pogosto kot drugi?
19. Ali imate sami izkušnje s službami duševnega zdravja oz. socialnimi službami nasploh?
- Kaj Vas je motilo pri službah duševnega zdravja:
 - homofobija,
 - stigmatizacija,
 - nevidnost homoseksualne usmerjenosti,
 - negacija spolne usmerjenosti,
 - patologizacija (prepričanje, da je homoseksualnost težava ali odklon),
 - pomanjkanje znanja o oblikah spolne usmerjenosti, ki so drugačne od heteroseksualnosti, neosveščenost,
 - povezava s spolno zlorabo v otroštvu,
 - neprimerna vprašanja, voajerizem,
 - pomanjkanje občutka varnosti,
 - skrb glede zaupnosti,
 - pomanjkanje razumevanja,
 - pomanjkanje spoštovanja,
 - pokroviteljstvo,
 - spolno nadlegovanje,
 - drugo: _____ ?

Intervjuji

1. intervju

S. je moški, star je 33 let. Pravi, da od nekdanj ve, da je gej, že v osnovni šoli se je tega zavedal. Ob tem spoznanju ni nikoli občutil nobenih negativnih občutkov, pač pa le ponos. To, da je homoseksualno usmerjen, se mu je zdelo »kul« in občutke homoseksualnosti je povsem sprejel. Na homoseksualnost ni nikoli gledal kot na drugačnost, problem in vir težav. Živi z mamo samohranilko. Razkril se je pri 17-ih letih. Pravi, da je imela mama s tem dejstvom prva dva tedna težave, potem pa je to sprejela. Pripomnil je, da je njegova mama zelo mlada in je mogoče tudi to botrovalo dejstvu, da je to relativno hitro sprejela. Pravi, da je njegova taktika taka, da ljudi enostavno postavi pred to neizpodbitno dejstvo in le-ti potem to sprejmejo ali ne. Tisti, ki tega ne sprejmejo, ga ne zanimajo več. Tudi na delovnem mestu vsi vedo, da je gej in to sprejemajo, le en sodelavec je homofob, ampak S. se z njim ne obremenjuje. Rekel mu je, naj ga pač pusti pri miru. Sodelavke mu kdaj rečejo, naj si najde punco, a on tega ne vzame za slabo, pravi, da je to »šala«.

Še nikoli ni doživel nobenega napada, ničesar negativnega se mu še ni zgodilo. Pravi, da nima težav v stikih s homofobi«, ker se ne obremenjuje z njihovim mnenjem.

Misli, da geji in lezbijke ne doživljajo več psiholoških stisk kot heteroseksualci, niti niso težave v duševnem zdravju pogostejše v gejevski in lezbični populaciji kot v splošni populaciji. Pravi, da se družijo s takimi ljudmi, ki nimajo problemov v duševnem zdravju ali pa stiske niso povezane s homofobijo. S. je mnenja, da homofobija nima vpliva na duševno zdravje, ker osebno ne pozna nobenega takega primera. Sam ni nikoli doživel občutke tesnobe in depresije oz. ne v povezavi s homoseksualnostjo, nikoli ni premišljeval o samomoru (oz. ne zaradi homofobije) — misli tudi, da razširjenost samomorilnih stisk ni nič večja med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci. S. se nikoli ni samopoškodoval in nikoli ni imel težav s prehranjevanjem — pravi, da je ravno obratno. Ni zadovoljen s svojim telesnim izgledom in dodaja, da bo vsak pošten gej dal takšen odgovor.

S. se razkriva v znanih krogih, zato nima izkušenj s homofobijo. Velika večina njegovih prijateljev je razkritih in tudi oni niso imeli tovrstnih izkušenj. S. pravi, da gre npr. v K4, »kjer so tako vsi homoseksualni«. Spomnil se je edinega primera homofobije: ima prijateljico in njen oče je zagrizen homofob. S.-ja ne mara in hčerki ne dovoli, da govori s S.-jem po telefonu, ko je on doma. S. to upošteva, ker noče kolegici nakopati težav.

Meni, da so ljudje v Sloveniji na splošno zelo tolerantni. Morda tega ne sprejemajo vedno tako, kot bi si želel, misli pa, da niso homofobični, so pač neizobraženi, predvsem starejši, ki so pod vplivom družbe.

Ko je S. imel fanta, se z njim na ulici ni držal za roke in poljubljal, ampak pravi, da se tudi s punco ne bi (»nisem tak tip«), torej po njegovem mnenju tu ne gre za strah pred nasiljem.

Misli, da ni uporaba alkohola in ilegalnih drog med lezbijkami in geji nič višja kot med heteroseksualci. Sam ne pije alkohola in ne uživa nedovoljenih drog.

Po njegovem mnenju homoseksualci ne uporabljajo služb duševnega zdravja nič bolj pogosto kot drugi. Sam ima izkušnje s psihologom, ne sicer v zvezi s homoseksualnostjo, ampak pripomni, da je psiholog vedel za njegovo spolno usmerjenost in se je vedel popolnoma korektno.

2. intervju

M. je stara 19 let. Ne spomni se, kdaj je ugotovila, da je istospolno usmerjena. Pravi, da je nekako že od nekdaj vedela in ni bilo nenadnega šoka. Že v vrtcu ji je bila vseč ena punčka, v osnovni šoli pa fantje — ker so bili drugim puncam, je mislila, da morajo biti tudi njej. V šestem, sedmem razredu pa ji je bila spet vseč ena punca in ugotovila je, »da je to to«.

Doživljala je občutke obupa, čustven stres, sram (ne zato, ker bi verjela, da je homoseksualnost nekaj slabega, ampak sram pred razkritjem — »počutiš se čudno«) in strah pred zavrnitvijo (»pred komerkoli, pred katerim bi se bila pripravljena odkriti, najbolj strah pred bližnjimi, predvsem starši«). Čez čas je občutke sprejela.

Zdi se ji, da so težave z duševnim zdravjem v gejevski in lezbični populaciji pogostejše kot v splošni populaciji. To je opazila tudi pri sebi. Strinja se, da so težave povezane z izkušnjami socialne izključenosti in diskriminacije.

Sama je imela občutke tesnobe, ki so bili povezani s heteroseksizmom in homofobijo. »Tesnoba se je pojavila, če sem samo razmišljala o odkritju pred nekom, še posebej pa, ko sem bila sredi odkritja pred prijateljicama.« Razkrila se je pred dvema prijateljicama, ko je bila stara 17 let. Strah je bil odveč, ker sta zelo dobro sprejeli. Pričakovali sta kaj hujšega, vprašali sta jo, če »je to vse«. »Bilo mi je rahlo slabo, tresla sem se, težje sem govorila in če se dobro spomnim, sem v urah po razkritju imela drisko. K sreči se zdaj lahko temu le smejim, čeprav vem, da se mi lahko podobna situacija spet zgodi in to iz istih razlogov. Manjšo tesnobo sem občutila v pogovoru s prijateljicama tudi nekaj časa po razkritju, ker je

bilo to zame nekaj popolnoma novega, da se lahko z nekom o tem odkrito pogovarjam.« Čeprav sta zelo dobro sprejeli, sta jo vseeno vprašali, če je gotova v svoji odločitvi. Všeč ji je, ker sedaj njena homoseksualnost ni glavna tema (bala se je, da jo bosta od sedaj naprej videli le kot lezbijko), to se prijateljicama ne zdi najbolj pomembno.

To pozitivno sprejetje pa ji ni dalo zagona za nadaljnja razkrivanja, saj pravi, da je vedno znova težko. Zaenkrat ji je še zelo težko, še težje je, če osebo že dalj časa pozna. Pravi, da se je težko odkriti tudi pred osebo s pozitivnimi stališči, ker vseeno ne veš, kako bo sprejela in kdaj utegne to uporabiti proti tebi. M. pravi, da razmišlja, kako bi se razkrila, da ima »sto scenarijev v glavi«.

Pravi, da bi v šoli morali več govoriti o homoseksualnosti (sama se ne spomni, da bi se v osnovni šoli kaj pogovarjali o tem, v srednji šoli pa so se pogovarjali enkrat s socialno delavko). V družini so o homoseksualnosti govorili zelo redko. Pravi, da so včasih starši komentirali, da to ni nič takega, spet drugič pa so imeli nasprotno izjavo — to jo je zelo zmedlo. Pred njimi je delno razkrita. Njena mama je nekoč nekaj govorila o vnukih, M. pa je odvrnila, da bo že videla. Mama jo je dalje zasliševala, kaj naj bi to pomenilo, M. pa je začela jokati in ni hotela povedati. Mama jo je nato vprašala, če ji je katera punca všeč. M. je pritrdila. Mama je odgovorila, »saj si stara šele 17 let, zaradi tega ti ni treba jokati, še vedno te bomo imeli radi.« M. se zdi, da mama tega ni vzela resno, sprašuje pa se, kaj bi bilo, če bi mami povedala, da to zagotovo ni faza, saj ji še nikoli noben fant ni bil všeč. Mama je povedala očetu, ta je rekel, da jo bodo podpirali, babici pa ne povedati. Od tega pogovora je sedaj že dve leti in nikoli več se niso pogovarjali o tem. M. ni zadovoljna s tem, da je to tabu tema, ampak sama ne zmore začeti pogovora. Zelo naporno ji je bilo že delno razkritje, čez čas pa se ji je zdelo, da starša tega nista resno vzela. Brat ne ve za to.

Starši je od takrat naprej ne sprašujejo več o fantih. Pred sorodniki pa se pretvarjajo, npr. ko sorodniki sprašujejo M., kdaj bo imela kakšnega fanta, starši odvrnejo, da bo najbrž pripeljala kakšnega iz Ljubljane, kjer sedaj študira. M. je ob tem zelo neprijetno.

Občasno je doživljala depresivna obdobja, ki so bila povezana z njeno spolno usmerjenostjo. »Težko bi govorila o depresiji, morda le krajših (ura, dan) stanjem, podobnim depresiji. To pa zgleda nekako tako, da se sprva pogosto, če imam slab dan ali gledam kak žalosten film ... in eno kot drugo nima vidne povezave z mojo istospolno usmerjenostjo, morda jočem zaradi omenjenih stvari, slej ko prej pa na tisto pozabim in se jočem, ker imam v družbi probleme zaradi svoje usmerjenosti. Dejansko se smilim sama sebi, ker si npr. težje najdem partnerja, verjetno nikoli ne bom imela klasične poroke ali pa lahko normalno, če sploh, vzgajala otroke

ipd. (niti poroke niti otrok si nisem nikoli posebej želela, ampak samo zato, ker je to nekaj tako težko dostopnega, se sprašujem, zakaj bom prikrajšana za stvari, ki so za druge samoumevne in to iz popolnoma neutemeljenega razloga).« Pravi, da ima homoseksualna oseba veliko obremenitev, ki je drugi nimajo. Pred razkritjem so bila ta obdobja depresije pogostejša. Ko je povedala prijateljicama, je bilo lažje.

Nikoli ni poskušala narediti samomora ali resno premišljevala o njem. Zdi se ji, da je razširjenost samomorilnih stisk večja med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci. Nikoli se ni samopoškodovala ali imela težav z motnjami hranjenja. S svojim telesnim izgledom ni zadovoljna. Ne strinja se s trditvijo, da je uporaba alkohola in ilegalnih drog med pripadniki gejevske in lezbične populacije višja kot med heteroseksualci. Sama ne pije alkohola in ne uživa nedovoljenih drog.

Meni, da homoseksualci uporabljajo službe duševnega zdravja bolj pogosto kot drugi. Sama s temi službami duševnega zdravja oz. socialnimi službami nima izkušenj. »Razmišljala sem že, da bi šla k psihologu, vendar za kaj takšnega še nisem zbrala dovolj poguma, ker konec koncev gre le za popolnoma tujo osebo, poleg tega bi to morala storiti, ne da bi starši za to izvedeli, a zelo nerada skrivam stvari pred njimi, posebej pred mamo.« Na začetku je stopila v kontakt z Legebitro, pisala jim je za nasvet. Pohvalila jih je, da so zelo prijazni. Pozna tudi nekaj gejev in lezbijk, ampak se o tem ne pogovarjajo. Zelo občuduje popolnoma razkrite geje. Pravi, da bi mami nedvomno povedala, da je lezbijka, če bi imela punco. Z le-to pa si v javnosti ne bi izkazovala naklonjenosti, ker jo je strah nasilja.

Na splošno pa nima izkušenj s homofobijo, ker ni razkrita. Zelo pa jo moti splošen odnos do homoseksualnosti. Omenila je, da so se o tem nekoč pogovarjali v šoli in je bila presenečena, ker so imeli sošolci tako negativna stališča o tem (tudi tisti sošolci, od katerih tega ne bi pričakovala, ker so bili razgledani ...). Pogosto je razmišljala, da bi se preselila iz Slovenije zaradi odnosa do istospolnih. Zdi pa se ji tudi, da so včasih sami geji in lezbijke polni predsodkov. Rešitev vidi predvsem v šoli: »Morali bi spremeniti že sam izobraževalni sistem, ki bi vključeval tudi (nediskriminatorno) spoznavanje drugačne usmerjenosti in to ne le pri študiju psihologije ali socialnem delu, ampak že celo v vrtcu. Potem obisk psihologa ali psihiatra sploh ne bo več potreben!«

3. intervju

V. je stara 32 let. Da je lezbijka, je ugotovila pri 22-ih letih, ko ji je prijateljica povedala, da je zaljubljena vanjo. »Nato sem začela razmišljati v tej smeri in ugotovila, da sem lezbijka.« Pred tem je hodila na zmenke s fanti, nikoli ni pomislila na to, da je lezbijka.

Ob spoznanju, da je homoseksualno usmerjena, je doživljala občutke brezupja, imela je negativna stališča o sebi (»predvsem zaradi očeta ... začela sem verjeti, da sem nekaj naredila narobe«), bila je pod stresom, bilo jo je sram in strah zavrnitve (družine, prijateljev). Obrnila se je na Legebitro, obiskovala je pogovorno skupino, ki ji je zelo pomagala (»vidiš, da nisi edini«). Občutke homoseksualnosti je najprej redefinirala (biseksualnost), kasneje, ko se je družila z drugimi geji in lezbijkami, pa jih je sprejela.

Po dobrem letu je V. povedala staršem — mami je napisala pismo, le-ta pa je povedala očetu. Starša sta bila prepričana, da jo je »nekdo pregovoril v to«, v homoseksualnost. Mama jo je poslala k psihologu, oče pa je nad njo izvajal psihično in fizično nasilje. »Oče me je prve pol leta verbalno žalil: letele so opazke, kot so »mamilaš«, »'kriminalc«, »a zdaj pa se z ženskami drgneš«. Ni se mi pustil dobivati z svojo takratno partnerko, zapiral me je. Kamorkoli sem šla, me je zasliševal, kam grem in s kom. Nisem se počutila več svobodno, da lahko sama grem kamorkoli in kadarkoli hočem. Če sem mu ugovarjala, mi je grozil, da me bo razbil in enkrat me je klofnil po obrazu. Takrat sem spakirala nekaj malega in šla, ni me bilo domov čez vikend. V nedeljo sem poklicala in rekla, da me ne bo več domov, če se to ne konča. »Doma jo je motilo tudi to, da je brat lahko pripeljal punco kadarkoli domov in je bila lepo sprejeta, njene spremljevalke pa so morale iti naprej skozi »zaslišanje«, ali so njene prijateljice, sošolke ... »nikoli niso smele biti punce.«

V. se je razkrila tudi bratu (ki jo je branil pred očetom), prijateljem in eni sodelavki. Vsi so pozitivno sprejeli razkritje.

Zdi se ji, da so težave v duševnem zdravju med geji in lezbijkami pogostejše kot v splošni populaciji, to pa predvsem zato, ker se morajo homoseksualci ukvarjati še s stvarmi, ki so za heteroseksualce normalne. Težave v duševnem zdravju med geji in lezbijkami so povezane z izkušnjami socialne izključenosti in diskriminacije. Veliko bolj jih je strah — nasilja, težave jim povzroča razkritje, predvsem pred starši, ki pričakujejo vnuke. »Kakšne poti so bolj trde.« Tudi sama je imela težave v duševnem zdravju. Doživljala je tesnobo, ko jo je oče psihično in fizično mučil. Doda, da je ona največ nasilja doživela v družini, v domačem krogu, ne pa od neznancev. Tesnoba je bila povezana tudi z razmišljanji o prihodnosti. Bala se je, da bo ostala

sama. Pravi, da »je težko najti pametno zvezo, ko si starejši in samski.« Še sedaj kdaj čuti tesnobo, »tesnoba v obliki strahu, nesproščenosti z mojo punco na prostem v javnosti. Ves čas oprezam, da ne bo kje kdo poznan. Pa kaj si bodo mislili in kaj bi se zgodilo, če bi me kdo iz službe videl. Telo čutim trdo, nesproščeno, kontrolirano.«

Ob končanju 5-letne zveze je zbolela za depresijo kot bolezensko motnjo. Pravi, da jo je depresija »zlomila«. »Nisem mogla verjeti, prej tak sonček, potem pa ...« Odselila se je iz skupnega stanovanja in šla živet nazaj domov. Predvsem jo je to zelo motilo. Začelo se je z nespečnostjo. Uspavala, ki jih je predpisal zdravnik, niso pomagala. Nekaj tednov je bila na bolniški, jemala je antidepresive. Poleg bolezni se je morala ukvarjati še s tem, kako naj upraviči odsotnost od dela. Po šestih mesecih se je bolezen umaknila in sedaj je že eno leto v redu.

Že prej, pri 18-ih letih, je premišljevala o samomoru. To je bilo posredno povezano z izkušnjami heteroseksizma: iskala je fante, »ampak to ni bilo to, spraševala sem se, ali bom kdaj srečna. Občutek sem imela, da nikamor ne sodim.« Zdi se ji, da so samomorilne misli pogostejše v gejevski in lezbični populaciji kot v splošni populaciji, »predvsem med bolj mladimi geji in lezbijkami, kasneje se osebno stabiliziraš.«

Samopoškodovala se ni nikoli, prav tako ni imela motenj hranjenja. S svojim telesnim izgledom je zadovoljna.

Tudi uporaba alkohola ter ilegalnih drog med pripadniki gejevske in lezbične populacije se ji zdi višja kot med heteroseksualci. Alkoholizem sama opaža pri starejši generaciji (nad 30, okoli 40, 50 let), ta generacija se ji zdi bolj skrita, ima manj priložnosti za druženje in nato zapade v alkohol.

Sama spi 1 pivo na mesec in ne uživa nedovoljenih drog.

Meni, da homoseksualci ne uporabljajo služb duševnega zdravja bolj pogosto kot drugi, to pa zato, ker ne vedo, da so svetovalnice na voljo. »Saj jih tudi ni veliko, le Legebitra in Mavrična svetovalnica.« Meni tudi, da v Sloveniji ni tako razširjena praksa obiskovanja psihiatrov, psihologov. Zdi se ji, da predvsem manjka partnerskih svetovalnic. V poštrev pride bolj neformalna podpora.

Sama ima izkušnje s profesionalnimi službami, točneje z Društvom za nenasilno komunikacijo. Pogovarjala se je s socialno delavko in bila razočarana, ker ji ni znala pomagati, svetovati, niti jo določenih stvari vprašati ... Problem vidi v tem, da »strokovnjaki ne poznajo specifik te populacije (predvsem kako poteka razkritje, spoznavanje samega sebe ...).«

Splošno stanje v družbi opisuje tako »Zdi se mi, da obstajata dve skrajnosti. Desna homofobna in leva liberalna. Desnica pridiga s trhlimi argumenti, drugi del družbe pa se pomika k temu, da jih ne moti. Menim, da bi morala politika z nekim zakonom, kot je novi družinski zakonik, pokazati in pravno formalno postaviti naš položaj na enakovredno raven. In ja, če bi imela otroke, bi razmislila, če bi jih imela v Sloveniji. Ne bom pa rekla, da ne bom kdaj šla živeti v tujino. Če plačujem davke, jih želim državi, od katere kaj imam.«

Pravi, da sama izkušenj s homofobijo in z neprijetnimi situacijami pravzaprav nima, edino morda s sosedo, kjer sta s punco živeli 5 let. Ta ju je nesramno obravnavala in obtoževala različnih stvari. Na ulici se s partnerko nikoli ni počutila sproščeno. Bolj strah jo je bilo pred ljudmi, ki jo poznajo, predvsem pred sodelavci, pred neznanci pa ne toliko.

Ideja o specializiranih službah se ji zdi dobra, »tudi na Mavrici ravno razmišljajo o specializaciji«. V. bi želela svetovalce, ki so heteroseksualni, ker drugače »se vedno sami s sabo ukvarjamo ... je pa res, da homoseksualci najbolj poznamo tematiko.«

Njena ideja o idealnem svetovalcu je, »da bi poznal, s kakšnimi absurdnimi vsakodnevnimi težavami in stiskami se srečujemo. Da je ogromno stisk in diskriminacije LGBT populacije znotraj družin (s strani staršev), da pozna tudi stiske staršev, da sistemsko dela z celo družino.«

4. intervju

B. je star 24 let. Že v otroštvu so mu bili všeč fanti. Pri 12-ih, 13-ih letih pa je spoznal, da je nedvomno homoseksualno usmerjen. Ob tem spoznanju je imel sprva zelo negativne občutke (»ne veš, kaj je to, kaj te čaka, kako s tem ravnati, strah te je okolice, staršev«), občutke homoseksualnosti je zanikal. Ob spoznanju je doživljal občutke ničvrednosti, brezupa, osamljenost, izolacijo, imel je zelo negativna stališča o sebi, čustven stres, nizko samospoštovanje, nizko samovrednotenje, sram, strah pred zavrnitvijo in krizo identitete. Imel je občutek, da je »slab«, da je to narobe. Na televiziji je slišal, kaj je homoseksualnost, bral je knjige, pomagal si je z internetom. Kasneje so se občutki spremenili v pozitivne. Sam pravi, da je sprejel resnico.

Prvič se je razkril prijatelju, ki je to dobro sprejel. Zdaj je razkrit pred prijatelji in tistimi sorodniki, ki po njegovem mnenju to sprejemajo. Pred starši ni razkrit in pravi, da ga je strah, so zelo konzervativni in tega ne bi sprejeli, pa tudi ne čuti potrebe povedati.

Zdi se mu, da so težave v duševnem zdravju med gejevsko in lezbično populacijo pogostejše kot med splošno populacijo. Tudi osebno pozna homoseksualne ljudi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, in le-te se mu zdijo povezane z izkušnjami socialne izključenosti in diskriminacije.

Sam je imel občutke tesnobe, ki so bili posledica homofobije. Tesnobo opisuje kot grozno izkušnjo, »kot da te nekdo stiska, ne najdeš izhoda.« Imel je pogoste napade tesnobe, večkrat (dvakrat, trikrat) na dan. Nehali so se z obiskom psihiatra.

Ko ni našel izhoda iz tesnobe, je premišljeval o samomoru. Le-ta se mu je zdel edina rešitev. Misli, da so samomorilne stiske bolj razširjene med geji in lezbijkami kot med heteroseksualci (to je slišal, »govori se, da taki ljudje delajo samomore«). Samomorilne misli so minile po obisku psihiatra (psihiatru je povedal zanje in on mu je odvrnil, da samomor nikoli ni rešitev, ni izhod iz težav).

Nikoli se ni samopoškodoval. Imel je motnjo hranjenja: kompulzivno prenašanje. Prenašal se je zaradi strahu in živčnosti in mislil je, da bodo težave na ta način rešene. »Prenašanje je potekalo vsak dan, trajalo je približno nekje 3 mesece. Na dan sem jedel najmanj šestkrat. Takrat sem zelo veliko pojedel. Vsakič, ko sem jedel, enostavno nisem vedel, koliko je dovolj, nisem si znal določiti tiste meje, do katere smem, skratka, kar nalagal sem si zvrhane krožnike. Poleg juhe, mesa ter sladice sem pojedel še zelenjavo in še čokolado, pa tako naprej ... Takrat sem bil zelo čustveno na tleh, bil sem popolnoma zmeden, drugega izhoda nisem videl, kot le v hrani ... Hrana je zame predstavljala nek ideal, nek izhod iz krize, izhod iz kaosa, ki sem ga doživljal, rešitev za vse moje težave, ki so se takrat v tistem trenutku pojavljale. Da, prenašal sem se ravno zaradi tega, ker me je bilo strah, bil sem zelo živčen zaradi homoseksualnosti. Jaz sem bil 100 % prepričan, da se bodo težave lahko rešile na ta način, torej da je hrana takrat zapolnila neko praznino v meni, ki sem jo te mesece čutil. To je bila grozna praznina. Vsakič, ko sem se prenašal, sem bil nekako sit ter zadovoljen, nekako izpopolnjen, zadovoljen sam s sabo. Počutil sem se boljše. Težko opišem te občutke, to je potrebno osebno doživeti. Po moje je to zelo težko razumeti nekemu, ki ne doživlja vsega tega, ki ne gre skozi vse to. Skratka imel sem pretiran apetit, tako sem pridobil tudi telesno težo.«

S svojim telesnim izgledom ni zadovoljen. Misli, da je uporaba alkohola in drog med pripadniki gejevske in lezbične populacije višja kot med heteroseksualci. To pojasnjuje s tem, da »homoseksualci trpijo bolj kot heteroseksualci, so depresivni in žalost ter skrbi utapljajo v alkoholu (kot večina Slovencev), pozabijo ...« Sam spije liter piva na teden in ne uživa drog.

Meni, da homoseksualci uporabljajo službe duševnega zdravja bolj pogosto kot drugi, in sicer zaradi vseh pritiskov. B. je slišal za slabe izkušnje s socialnimi delavkami. Strinja se, da se homoseksualci, ki imajo težave, bolj kot na službe duševnega zdravja obrnejo po neformalno pomoč (na forume, društva).

Tudi sam ima izkušnjo s službami duševnega zdravja. Zaradi občutkov tesnobe je obiskal psihiatra. Najprej mu ni povedal, da je gej, nato pa ga je le-ta spraševal, če ima punco, in se čudil, kako, da je pri 22-ih letih še nima. B. mu je povedal, da so mu všeč fantje, ampak da mu to zbuja dileme, ne razume, zakaj mora biti tako. Psihiater je odreagirano primerno, povedal je, da je to v redu, da ni nič takega, čeprav družba tega še dolgo ne bo sprejemala. Razložil mu je homoseksualnost in različne teorije, predvsem pa zatrdil, naj se ne sramuje tega. B. je bil pri psihiatru dvakrat, obisk opisuje kot super izkušnjo, psihiater mu je veliko pomagal. Pohvalil je psihiatrov pristop in odnos, to mu je vlilo samozavesti in samozaupanja. Psihiater mu je diagnosticiral depresijo kot bolezensko motnjo. »Simptomi depresije, ki so se pri meni pojavili, so bili: bil sem žalosten, potlačen, potrtn, melanholičen. Zelo sem bil nezadovoljen, bil sem poln občutkov, da sem manjvreden, imel sem zelo nizko samospoštovanje ter samozavest. Pesimističen sem bil, obupan... Sprva nisem vedel, ali je to depresija. Mogoče je bila, vendar ne v tolikšni meri, kot bi lahko bila, torej nisem tako hudo zbolel, kakor nekateri.« Psihiater mu je predpisal antidepresive, ki pa jih B. ni jemal. Meni, da mu je psihiater predpisal antidepresive tudi zaradi samomorilnih misli. Čeprav tablet ni jemal, je depresijo premagal. Ker se je počutil bolje, psihiatra ni več obiskal. »Depresijo mi je pomagal rešiti pogovor. Še dandanes ne vem, kako to, a je pomagal. Psihiater mi je zelo natančno ter podrobno opisal in svetoval vse v zvezi z homoseksualnostjo. Tablet res nisem, jedel. Niti ene nisem pojedel. Takoj ko sem jih dobil, sem jih vrgel v koš. V resnici nisem imel depresije, vsaj jaz je nisem opazil pri sebi, nisem se počutil depresivnega. Težko to razložim. Drugi so menili, da sem depresiven. Jaz sem ves čas zanikal.«

B. sumi, da ga je psihiater stereotipiziral — vsi geji so depresivni. »Psihiater je depresijo pri meni očitno opazil, če mi je predpisal antidepresive, nenazadnje je strokovnjak. Še vedno pa ne vem, ali mi jih je predpisal zaradi depresije ali pa zaradi tega, ker so mi všeč fantje. Tudi to je možno. Vse skupaj se mi zdi zelo skrivnostno. No, se je pa depresija pri meni pojavljala tudi prej, morem priznati, preden sem šel k psihiatru. Vendar ne v tolikšnem obsegu, kot bi se morala ali kot se običajno pojavlja. Le občasno ... Ni trajala dolgo ...«

Na vprašanje o odnosu družbe do homoseksualcev odgovori: »Situacija v Sloveniji glede istospolnosti se mi zdi zelo slaba, dokaj negativna, predvsem neurejena. Odnos družbe do

homoseksualnih je zelo negativen, le težka se bo spremenil, kajti še vedno je večina tistih, ki meni, da je to bolezen, da je to napaka ter da je to sramota. Homoseksualne ljudi zaničujejo, se jim posmehujejo ter se jih bojijo, zato je homofobija v slovenski družbi močno prisotna. To bo v prihodnje zelo težko odpraviti. Niti družinski zakonik po mojem tega ne bo odpravil. Ne razumem, zakaj ljudje sovražijo geje in lezbijke. Tega nikoli ne bom razumel. Saj je vsak po svoje drugačen. Vsi drugačni — vsi enakopravni, mar ne? Jaz osebno sem že večkrat premišljeval o tem, da bi se kam preselil. Nekam, kjer so ljudje prijaznejši, kjer homoseksualno spolno usmerjenost bolje sprejemajo, tolerirajo, kjer so ljudje odprti, kjer je sam pogled na to povsem drugačen kakor pri nas. Slovenska družba se mi zdi tako zelo zaprta. Jaz kot Neslovenec to takoj opazim. Tudi veliko turistov in tujcev mi je že omenilo, da so Slovenci zelo zaprt narod. Mogoče je to zaradi majhnosti države.« Zanimalo me je, kako bi se on vedel v javnosti, če bi imel fanta. »Če bi imel fanta, moram priznati, bi mogoče v javnosti delno upal izkazovati nežnosti, odvisno od situacije ter od okoliščin. Strah bi me bilo na takih prostorih, kjer vem, da te lahko kadarkoli, kjerkoli napadejo, predvsem zvečer ter ponoči, podnevi ne toliko. Drugače pa menim, da če ima nekdo nekoga rad, ne grede na spol, potem ima vso pravico to izkazovati tudi v javnosti. Vendar le redki to upajo. Da bi se dva geja držala za roke v javnosti, to redkokdaj vidiš, medtem ko si heteroseksualni ljudje ves čas izkazujejo svojo naklonjenost vsepovsod. To se mnogim ne zdi pravično. To je diskriminatorno.« Kaj meni o specializiranih službah za geje in lezbijke? »Jaz osebno mislim, da bi bilo zelo dobro imeti posebne specializirane svetovalnice za geje in lezbijke, kjer bi svetovalci dobro poznali to problematiko. GLBT populaciji, ne samo gejem in lezbijkam, tudi biseksualcem in transseksualcem bi skušali pomagati na vse možne načine, po svojih zmožnostih ter znanjih, kompetencah. Njihove težave bi jim pomagali rešiti na vse možne načine.«

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana **Špela Bavdaž**, vpisana na Fakulteto za socialno delo v štud. letu **2004 /2005** kot redna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom **Vpliv heteronormativnosti na duševno zdravje istospolno usmerjenih** napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorice **doc. dr. Mojce Urek**.

Datum:

Podpis: